

Gernot Hauke und Mirta Dall'Occhio

Die Arbeit mit Emotionen in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT): Emotionale Aktivierung durch Embodimenttechniken

Therapy with emotions in Strategic Behavioral Therapy (SBT): emotional activation
by embodiment techniques)

Wir beschreiben ein erlebnisorientiertes Verfahren, das in sieben Schritten eine intensive emotionale Arbeit ermöglicht. Der Prozess emotionaler Aktivierung und Regulation kann mithilfe des Körpers wirkungsvoll unterstützt werden. Dabei folgen wir empirisch gesicherten Befunden der Embodimentforschung, wonach bestimmte Bewegungen des Körpers, Mimik, Gestik sowie Atemrhythmen mit spezifischen Emotionen und motivationalen Prozessen in Zusammenhang stehen. Konkrete Problemsituationen führen zu einem emotionalen Feld mit 4 bis 8 verschiedenen Emotionen. Dadurch entsteht ein sehr differenziertes Bild der jeweiligen Kompetenzen zur Emotionsregulation, wobei insbesondere primäre und sekundäre Emotionen erkennbar werden. Embodimenttechniken unterstützen die Exposition mit vermiedenen und wenig vertrauten Emotionen. Schließlich werden diese körperbezogenen Erfahrungen eingesetzt, um die Verwirklichung konkreter handlungsorientierter Ziele zu planen und umzusetzen. Der Prozess wird durch ein Fallbeispiel verdeutlicht.

Schlüsselwörter

Kognitiv-Behaviorale Therapie – emotionale Aktivierung – Embodiment – primäre und sekundäre Emotionen – Emotionsregulation

We describe an experiential 7-step method enabling intense emotional work. The process of emotional activation and regulation can be effectively supported by the body. To this end, we use empirically validated findings in the area of embodiment research. Certain body movements, facial expressions, gestures and breathing rhythms are associated with specific emotions and motivational processes. Concrete problem situations lead to an emotional field with 4-8 different emotions, creating a highly differentiated perspective regarding emotion regulation competencies. Within this framework primary and secondary emotions are recognizable. Embodiment techniques support the exposure to avoided and unfamiliar emotions. Finally, such body-related experiences are used to plan and implement the achievement of practical action-oriented goals. The process is illustrated by a case example.

Keywords

cognitive behavioral therapy – emotional activation – embodiment – primary and secondary emotions – emotion regulation

1 Wenn das Gefühl mit dem Verstand wedelt

Mit seinem viel beachteten und povokativen Artikel „The affective dog and his rational tail“ hat Jonathan Haidt (2001) Kritik am rational orientierten Modell kognitiver Prozesse geübt. Beispielhaft führt er dies anhand von Entscheidungsfindungen in moralischen Situationen vor. Moral definiert ja – nicht nur philosophiegeschichtlich – ein klassisches Feld, in dem der rationale Imperativ, er gibt ja vor, wie man handeln soll, regieren sollte. Seine Studien haben explizit einen deskriptiven Anspruch, d. h., Haidt versucht nachzuvollziehen, wie Menschen *tatsächlich* in moralischen Situationen entscheiden und welche Rolle Intuition und Nachdenken hier *de facto* spielen. Danach treffen wir sehr schnell auf emotional-intuitive Weise ein Urteil. Die rationale Begründung wird anschließend fabriziert; d. h., es werden dann Aussagen und Argumente sozusagen nachträglich zusammengestellt, um die jeweilige primär intuitiv-emotionale Entscheidung zu begründen bzw. zu rechtfertigen. Das Bild vom emotionalen Hund macht deutlich, dass die Richtung von Entscheidungen und anderen Verhaltensweisen sehr schnell aufgrund emotionaler Prozesse festgelegt wird. Schließlich muss der Schwanz dorthin gehen, wo der Hund hingeht. Die Ratio folgt der Emotion. Wenn wir diese inzwischen gut belegte Tatsache akzeptieren, dann muss der affektive Hund davon überzeugt werden, einen anderen Pfad zu wählen, wenn eine Verhaltensänderung passieren soll. Der rationale Schwanz hat dabei nicht immer allzu viel zu melden, zumal er mit seiner Sprache den affektiven Hund kaum erreicht. Wie aber kann man ihn erreichen? Was ist die passende Sprache? Es ist die Sprache der Emotionen. Nur eine Therapie mit Emotionen ist in der Lage, nachhaltig eine Richtungsänderung anzustoßen. In diesem Artikel stellen wir Ihnen ein Modul der Strategisch-Behavioralen Therapie vor, das eine intensive emotionale Arbeit ermöglicht.

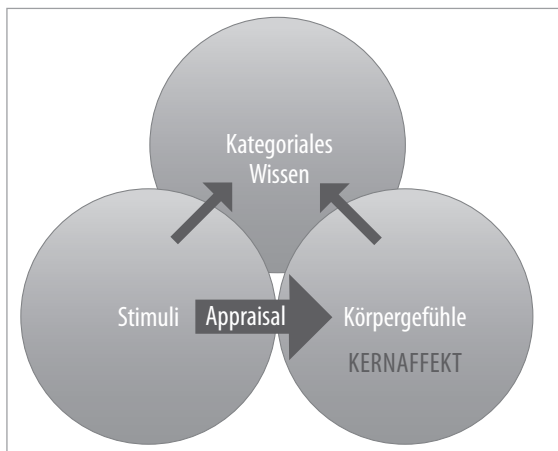
2 Emotionspsychologische Grundlagen

Wie mit obiger Metapher schon angedeutet, lassen sich grob zwei informationsverarbeitende Systeme spezifizieren (Epstein, 1994; Kahneman, 2003). Das umfassendere – emotional-intuitive – System arbeitet sehr schnell, automatisch und integriert mühelos viele Informationen in einem assoziativen Netzwerk. Diese Prozesse verlaufen parallel, unbewusst und sind nicht ohne Weiteres introspektionsfähig. Sie unterliegen der Gewohnheitsbildung und sind deshalb schwierig zu steuern oder zu modifizieren. Die Arbeitsweise des rationalen Systems ist wesentlich langsamer, da die entsprechenden Prozesse nacheinander ablaufen. Beide Systeme repräsentieren in gewisser Weise zwei Welten, die ohne Übersetzungshilfe nur sehr mühsam miteinander zu kommunizieren vermögen. Bilder und bildhafte Sprache sind dazu geeignet, zwischen den beiden Welten Emotion/ Intuition und Ratio zu vermitteln (Hauke, 2013). Zum besseren Verständnis befassen wir uns etwas eingehender mit dem emotional-intuitiven System. Eine erste Arbeitsdefinition charakterisiert Emotionen als aktuelle Zustände von Personen, die sich nach Qualität und Intensität unterscheiden, die auf ein Objekt gerichtet sind, die den Personen ein charakteristisches Erleben vermitteln und häufig zu physiologischen Veränderungen und bestimmten Verhaltensweisen führen (Meyer, Schützwohl & Reisenzein, 1993). Wesentlich für die therapeutische Arbeit sind die Komponenten einer emotionalen Episode und deren Funktionen (Scherer, 2005):

- Bewertung von Objekten und Ereignissen (Appraisalkomponente)
- Systemregulation (neurophysiologische Komponente, Körpersymptome)
- Vorbereitung und Ausrichtung von Handlungen (motivationale Komponente, Handlungsimpulse)
- Kommunikation von Intentionen (Ausdruckskomponente, Motorik, Sprache)
- Überwachung des internen Zustandes sowie der Interaktion mit der Umgebung (Erlebniskomponente, subjektives Gefühl)
- Mit besonderem Blick auf unsere Interaktion mit der Umgebung konzipieren Barrett & Campos (1987, S. 558) Emotionen als wechselseitig gerichtete Prozesse der Herstellung, Aufrechterhaltung und/oder Unterbrechung von Beziehungen zwischen der Person und der externen bzw. internen Umgebung (Barrett & Campos, 1987, S. 558). Dabei geht jede Form der Interaktion zwischen der Person und ihrer Umgebung mit einer „Familie“ von unterschiedlichen Emotionen einher (Fogel et al., 1992). Solche Emotionsfamilien werden insbesondere durch die Entwicklung eines „Emotionalen Feldes“ eingefangen.

2.1 Die Aktivierung von Emotionen. Die Person ist Architektin ihrer emotionalen Erfahrung (Barrett, Mesquita, Ochsner & Gross, 2007; Frijda, 2007; Holodynski, 2006; Russell, 2003). Der konstruktivistische Ansatz zur Beschreibung dieses Prozesses geht davon aus, dass unser Gehirn ständig mentale Zustände wie Emotionen, Körperzustände etc. durch sogenannte situierte Konzeptualisierungen erstellt (Barrett, 2006; Barsalou, 2009). Dabei werden drei Informationsquellen miteinander kombiniert: Sensorische Stimuli außerhalb des Körpers, sensorische Signale aus dem Inneren des Körpers, d.h. die somatoviscerale Stimulation – das sog. interne Milieu – sowie Vorerfahrungen, d.h. Gedächtnisinhalte und kategoriales Wissen der jeweiligen Lerngeschichte (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Schema der Aktivierung von Emotionen.



In Abbildung 1 wird der Prozess noch etwas deutlicher. Externe (z. B. eine bestimmte Bildung Auslösesituation) bzw. interne Stimuli (z. B. eine imaginierte Auslösesituation) werden mithilfe eines Appraisalprozesses bewertet, wodurch unmittelbar eine somatoviscerale Sti-

mulation passiert und die Interozeption eine Veränderung des internen Milieus registriert. Diese wird als Kernaffekt bezeichnet (Russel & Feldman-Barrett, 1999). Damit wird eine unmittelbare Reaktion beschrieben, die anzeigt, ob Objekte oder Ereignisse hilfreich oder schädlich, belohnend oder bedrohlich sind, und die dazu auffordert, etwas anzunehmen oder zurückzuweisen. Dies fungiert somit als eine Art neurophysiologisches Barometer, das die Beziehung der Person zum Fluss der sich wandelnden Umgebungsbedingungen reflektiert. Sie bilden die Basis für Bewusstsein. Neben dieser Valenzdimension ist der Kernaffekt noch durch eine Arousalldimension zu kennzeichnen. Damit sind Gefühle wie erregt, aktiv, überdreht versus ruhig, still schläfrig gemeint. Damit ist der Kernaffekt in einem zweidimensionalen Circumplex darstellbar (Russel, 2003). Der resultierende Kernaffekt, umgangssprachlich ganz gut als Bauchgefühl charakterisierbar, vermittelt also Lust- oder Unlustgefühle sowie ein gewisses Maß an Aktivierung. Wenn auch nicht vollkommen determiniert, so steht er doch in Verbindung mit fortlaufenden automatischen Bewertungen bzw. „primary appraisals“ der Situation. Die Art und Weise, wie Menschen ihren affektiven Zustand konzeptualisieren, hängt freilich von ihrem Wissen über die Emotion ab, die im Werden ist. So könnte eine Person ihren Kernaffekt als eine besondere Art von Angst, Ärger oder Nervosität erfahren – je nachdem, welches konzeptuelle Wissen sie in die Situation mitbringt. Damit ist die emotionale Erfahrung nicht nur affektiv angenehm oder unangenehm, sondern auch konzeptuell erfasst und bewusst, z. B. als Ärger.

2.2 Aktivierung von Emotionen mithilfe des Körpers: Embodimenttechniken und Effektmuster.

Die Aktivierung von Emotionen mithilfe des Körpers spielt in unserer Form der Therapie eine zentrale Rolle. Früh ergaben sich Hinweise, dass die Induktion von Emotionen mithilfe emotionsspezifischer Gesichtsausdrücke möglich ist (Ekman, Levenson & Friesen, 1983). Die Bedeutung der Gesichtsmuskulatur konnte ebenfalls in den bereits klassischen Studien von Strack, Martin und Stepper (1988) deutlicher herausgearbeitet werden, wobei Versuchspersonen nicht selbst ihre Gesichtsmuskulatur einstellen, sondern wo dies von außen manipuliert wurde. Daraus ergab sich die Schlussfolgerung, dass allein schon die Wahrnehmung einer körperlichen Veränderung zu einer Veränderung im emotionalen Erleben führt (Strack et al., 1988; Soussignan, 2002). In den letzten Jahren konnte eindrucksvoll belegt werden, dass neben der Einstellung der Gesichtsmuskulatur auch weitere körperliche Aktivitäten, wie z. B. Beugen oder Strecken der Arme, bestimmte Bewegungen des ganzen Körpers, Körperhaltungen etc., einen signifikanten Einfluss auf die psychische Regulation zeigen. Unscheinbare körperliche Aktivitäten versetzen die Psyche – sozusagen bottom-up – offenbar schon in einen Zustand, der sich nicht nur deutlich in Messungen motivationaler und emotionaler Variablen niederschlägt, sondern sich auch signifikant auf neuroendokrinologische Maße, z. B. die Testosteron- und Cortisolwerte, auswirkt (Überblick bei Price, Peterson & Harmon-Jones, 2012). Durch Einstellen von bestimmten Atemmustern, Körperhaltung und Gesichtsausdruck gelang es der Arbeitsgruppe um Susana Bloch – offenbar ihrer Zeit weit voraus – schon in den Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts, sechs grundlegende Emotionen zu charakterisieren: Freude-Lachen, Traurigkeit-Weinen, Furcht-Angst, Ärger, erotische Liebe und Zärtlichkeit (Bloch & Santibáñez, 1972; Santibáñez & Bloch, 1986, vgl. auch Philippot, Chapelle & Plairy, 2002). Durch präzise Ausführung körperlicher Handlungen, also durch Einstellen des Atemrhythmus und der Körperhaltung sowie durch Herstellen des Gesichtsausdrucks

– das Gesamt dieser Merkmale wird als emotionales Effektmuster bezeichnet – ist es möglich, eine bestimmte Zielemotion zu erzeugen (Bloch, Lemeignan & Aguilera, 1991). Die Embodimentforschung hat inzwischen eindrucksvoll belegt, dass mithilfe des Körpers noch weitere Emotionen induziert werden können: z. B. Scham, Schuld, Stolz (Tracy & Robins, 2008; Randles & Tracy, 2013; Rotella & Richeson, 2013) Tabelle 1 vermittelt einen konkreteren Eindruck zur Manipulation verschiedener Parameter.

Tabelle 1: Beispiele für Instruktionen zur Aktivierung von Ärger, Angst und Scham mithilfe des Körpers (Bloch, 2006; Tracy et al., 2008)

ÄRGER

Atmung: Schnelles, tiefes und stoßartiges Atmen durch die Nase (Sägezahnmuster); die Atmung ist 3-4-mal tiefer und schneller als in Ruhe

Körperhaltung: Muskulatur ist angespannt, besonders Schultern und Arme, Bewegungstendenz nach vorn (Angriff)

Gesichtsausdruck: Lippen zusammengepresst, Nacken angespannt; Augen schmal; stechender Blick, das Gegenüber mit Blickkontakt fixierend

ANGST

Atmung: In kurzen, schnellen Stößen durch den Mund schlagartig einatmen, zuerst wie bei Schreckreaktion, danach ein kurzes Ausatmen durch den Mund, das aber nicht tief oder vollständig ist. Sofort startet erneutes Einatmen in kurzen, schnellen Stößen usw., so dass eine stockende, flache Brustatmung entsteht

Körperhaltung: Angespannt, Bewegungstendenz ist zurückweichend (Flucht) Gesichtsausdruck: Lippen, Wangen und Hals angespannt, Augen weit geöffnet; Blick auf Gefahrenquelle gerichtet oder nach Gefahrenquelle umherschweifend

SCHAM

Körper: Etwas gekrümmte, insgesamt schlaffe Körperhaltung. Der Kopf ist so weit gesenkt, dass das Kinn den Hals berührt. Die Gestik und der Gang sind minimal, wie gehemmt. Drehende Bewegungen kommen vor, die einem Davonschleichen und Hinauswinden gleichen. Es können Handbewegungen wie Kratzen oder Wischen im Gesicht oder am Kopf vorkommen

Gesicht: Tonus aller Gesichtsmuskeln herabgesetzt. Der Blick wird vermieden. Bei der Scham sind die Augen zur Seite gedreht und wandern von einer Seite zur anderen. Die Augenlider sind dabei gesenkt. Oft wird eine Hand oder auch beide Hände dazu benutzt, um das Gesicht vollständig zu verdecken

Typischerweise steigen auch entsprechende Bilder und Gedanken auf, wenn die Effektmuster praktiziert werden. Die Methodik der Emotionsinduktion wird von uns in einen zielgerichteten Prozess integriert, wobei wir insbesondere auf die Schaffung eines haltgebenden Kontextes Wert legen (Hauke, 2013; Hauke & Dall'Occchio, 2013; Hauke & Spreemann, 2012). Uns geht es auch nicht um die Perfektion in der Darstellung einer Emotion. Vielmehr legen wir Wert auf die induzierten körperlichen und mentalen Prozesse, die uns im Verlaufe des Prozesses Hinweise für Diagnose und Korrektur der emotionalen Selbstregulation liefern.

2.3 Das Unterscheiden und Zuordnen von Emotionen muss oft unterstützt werden.

Einige Patienten sind durchaus dazu in der Lage, ihre emotionalen Erfahrungen auf hohem Differenzierungsniveau zu unterscheiden. Mit erstaunlicher Präzision identifizieren und beschreiben sie diverse Nuancen ihrer emotionalen Erfahrungen. Andere wiederum sind lediglich in der Lage, ihr Erleben mit Qualitäten wie „mir geht es gut“ bzw. „mir geht es schlecht“ zu umschreiben. Menschen, die nicht gut darin sind, ihre emotionalen Erfahrungen präziser zu unterscheiden, sind freilich auch nicht in der Lage, Emotionen als Quellen zahlreicher handlungsrelevanter Informationen zu nutzen. Patienten mit schwach ausgeprägtem Differenzierungsvermögen geraten auch leichter in Gefahr, physiologische Empfindungen, die die emotionale Erregung begleiten, eben nur auszuhalten, falsch zu interpretieren oder gar zu verstärken. Sie schwimmen sozusagen im Meer des Kernaffekts. Der emotionale Prozess ist nicht abgeschlossen, da die Auslösebedingungen nicht zugeordnet wurden, der Zugang zum konzeptuellen Wissen behindert ist, das konzeptuelle Wissen wenig präzise ist usw. Mithilfe unserer Methode führen wir Patienten nicht so sehr verbal, sondern in erster Linie über ihren Körper an das Erleben spezifischer Emotionen heran. Bilder und Kognitionen stellen sich dann von alleine ein und können sukzessive zugeordnet und in ihrer Bedeutung für das Handeln erfasst werden. Menschen, die ihre Emotionen gut differenzieren können, empfinden in der Regel negative Gefühle auch als wesentlich besser handhabbar. Sie verfügen über eine größere Vielfalt an Regulationsstrategien und sind letztlich auch wesentlich erfolgreicher bei ihren Bemühungen, mit negativen Gefühlen umzugehen (Barrett, Gross, Conner & Benvenuto, 2001; Kang & Shaver, 2004). Solche Befunde unterstützen die Annahme, dass gut ausgeprägte Fähigkeiten der Emotionsidentifikation ganz allgemein die psychologische Flexibilität erhöhen und insbesondere eine günstige Selbstregulation fördern. So muss z. B. Ärger tatsächlich wahrgenommen und als solcher identifiziert werden, damit ein emotionales Kernthema erschlossen werden kann, das wiederum Handlungsanweisungen für den Umgang damit enthält. Stattdessen kommt es zu notfallmäßigen Regulationsstrategien, wie z. B. Fressattacken, Alkoholmissbrauch usw.

2.4 Primäre und sekundäre Emotionen.

Sind Emotionen einmal aktiviert, so kann dies in der Person selbst unterschiedliche Reaktionen nach sich ziehen. Dabei ist es fruchtbar, speziell im klinischen Kontext primäre und sekundäre Emotionen zu unterscheiden. Primäre Emotionen sind normative, adaptive und auch universelle Reaktionsweisen innerhalb eines vorliegenden Kontextes, z. B. Ärger angesichts einer Barriere bei der Bedürfnisbefriedigung. Sekundäre Emotionen, z. B. Angst, stellen eine Reaktion auf diese primären Emotionen dar (Greenberg & Safran, 1987; Sulz, 1994; Fruzzetti, Crook, Erikson, Lee & Worrall, 2008). Sie sind gelernte Antworten auf eine primäre Emotion. Dies lässt sich in einer Reaktionskette darstellen (Sulz, 1994; Hauke, 2013):

- Primäre Emotion, die reflexhaft durch die Situation ausgelöst wird (z. B. Wut)
- Primärer Handlungsimpuls, der Bestandteil dieses Reflexes ist (z. B. Angriff)
- Antizipation möglicher (meist intendierter bzw. gelernter) Folgen der intendierten Handlung (z. B. abgelehnt zu werden)
- Sekundäres Gefühl, das dem Impuls entgegengerichtet ist (z. B. Angst, Scham, Schuld) und hilft, ihn zu unterlassen

Innerhalb dieser Reaktionsketten ist die primäre für die jeweilige Situation eine prototypische Emotion mit emotionsspezifischen physiologischen und behavioralen Komponenten sowie einem passenden Kernthema. So ist es beispielsweise nachvollziehbar, dass eine Person mit Ärger reagiert, wenn sie von jemandem ungerecht behandelt wird. Ob diese Ärgerreaktion in einer bestimmten Situation auch adaptiv ist, hängt von mehreren Bedingungen ab. Löse ich damit massive Gegenaggressionen aus oder besteht die Gefahr, von einer wichtigen Bezugsperson verlassen zu werden, so hat die Person ein Problem, ganz besonders dann, wenn sie sich in diesem Moment unterlegen fühlt. So kann es geschehen, dass ein biologisch adaptives Gefühl sozial nicht mehr funktional erscheint. Um die schlimmen Konsequenzen zu verhindern und das emotionale Überleben zu gewährleisten, muss das primäre Gefühl gestoppt werden. Wirksame gegensteuernde Gefühle sind z. B. Angst, Scham und Schuld. Solche Lernprozesse führen dazu, dass der Umgang mit dem primären Gefühl, im Beispiel war das Wut, nicht mehr geübt wird und diese meist auch nicht funktional eingesetzt werden kann. Im Prinzip kommt jede prototypische als primäre Emotion infrage. So kann jemand aufgrund eines Verlustes primär schmerzliche Trauer erleben. Aus lerngeschichtlichen Gründen darf die Person aber die daraus resultierende Handlungsunfähigkeit nicht zulassen und reagiert – im Sinne einer konditionierten emotionalen Reaktion – stattdessen ärgerlich. Hier wird der Kernaffekt bzw. das Bauchgefühl mithilfe des konzeptuellen Wissens und den Informationen zur auslösenden Situation als Ärger interpretiert (Abb. 1). Beim Ärger handelt es sich dann um das sekundäre Gefühl. Auch hier ist die Wirkung des ersten an sich adaptiven Gefühls gebrochen oder sogar aufgehoben. Der Kernaffekt, das Bauchgefühl, wird mithilfe des konzeptuellen Wissens und den Informationen zur auslösenden Situation als Ärger interpretiert (Abb. 1). Offensichtlich verursachen sekundäre Emotionen eine Reihe maladaptiver Reaktionen. Die Selbstregulation der Person passt nicht mehr zum ursprünglichen Auslöser (z. B. stark erregt und angreifend anstatt ruhig und herabgestimmt). Entsprechende Signale an die Umgebung lösen entsprechende Reaktionen aus (z. B. Gegenaggressionen), so dass die Person in Hinblick auf die auslösende Situation (z. B. Erleben eines Verlustes) selbst wieder eine völlig inadäquate soziale Antwort bekommt usw.

3 Sieben Schritte bei der Arbeit mit EAT

Bei unserem Vorgehen geschieht emotionale Aktivierung auf zweierlei Arten:

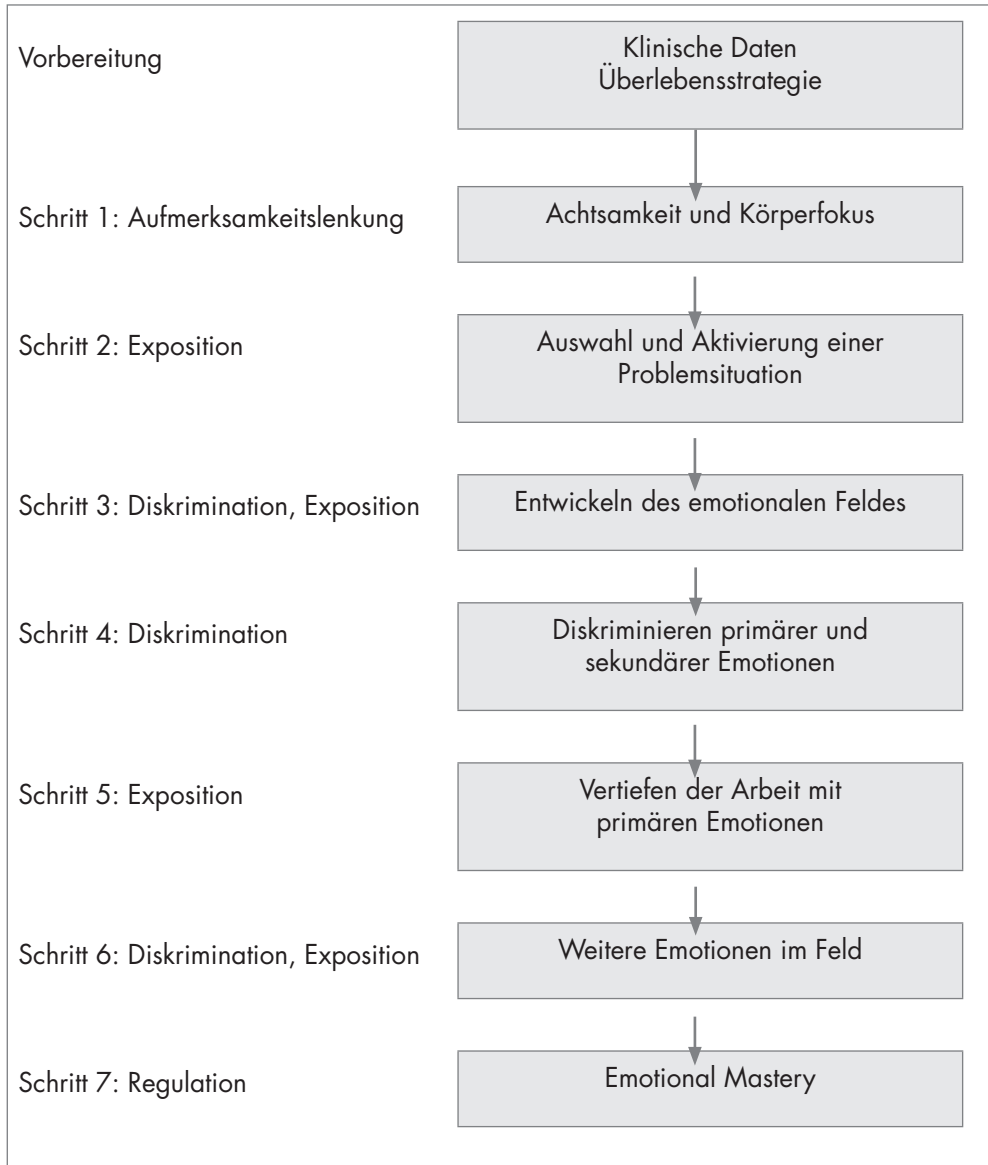
- durch szenische Imagination und
- durch Einsetzen der Effektormuster.

Wir folgen dabei den verhaltenstherapeutischen Prinzipien der Aufmerksamkeitslenkung, der Exposition und des Diskriminationslernens (Abb. 2).

Patienten sollen lernen, die Vielfalt ihrer Gefühle gerade in problematischen Situationen wahrzunehmen und zu benennen. Im unmittelbaren Erleben erfahren sie die Wirkungen primärer und sekundärer Emotionen sowie die Vielfalt weiterer beteiligter Emotionen. Voraussetzung dafür ist das Aushalten unangenehmer bzw. oft vermiedener Gefühle. Weiterhin muss erlebt werden, wie sich unterschiedliche Handlungsimpulse diverser Emotionen „anföhlen“, damit auch ihr Kernthema zuverlässig erkannt werden kann.

Im letzten Schritt geht es um die Verbindung von Emotionen und Zielsetzungen. Das „Meistern von Emotionen“ umschreibt schließlich die Fähigkeit, diese funktional für das Erreichen persönlicher Ziele in der behandelten Problemsituation einsetzen zu können (Hauke & Dall’Ochio, 2013, 2015)

Abbildung 2: Stufen der Emotionalen Aktivierungstherapie (EAT). Links die Prinzipien, die im jeweiligen therapeutischen Schritt im Vordergrund stehen.



Vorbereitung der Arbeit und Überlebensstrategie. Hier werden zunächst die in der SBT üblichen Daten erhoben, z. B. die Lerngeschichte, Verhaltensbeobachtungen, Daten zur Symptomatik und zur Geschichte des Symptoms usw. Daraus wird die sog. Überlebensstrategie entwickelt. Sie spiegelt dysfunktionale Verhaltensweisen in Hinblick auf die Befriedigung zentraler Bedürfnisse wider und stellt somit eine wichtige Information bei der Arbeit mit Emotionen dar. Die Überlebensstrategie ist ein in der Regel nicht bewusstes kognitiv-affektives Schema, das die Problematik des Patienten auf den Punkt bringt (Hauke & Sulz, 2006; Hauke, 2013).

Schritt 1: Achtsamkeit und Körperfokus.

Häufig können Patienten Emotionen weder klar benennen noch diskriminieren. Oft richten sich Gefühle auch nicht klar auf Situationen und Objekte, sondern sind lediglich mehr oder weniger diffuse Körpersensationen. Dieses Modul soll Fertigkeiten vermitteln, Emotionen wahrzunehmen, zu identifizieren und zu diskriminieren. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, müssen zu diesem Zweck drei Informationsquellen gut genutzt werden:

- die auslösende Situation
- Körperempfindungen
- konzeptuelle Inhalte, die im Gedächtnis verankert sind

Patienten erlernen deshalb Fertigkeiten der Aufmerksamkeitslenkung durch Achtsamkeit und der systematischen Selbstbeobachtung (Hauke, 2006; 2013).

Tabelle 2: Übungen zur Schulung von „Achtsamkeit und Körperfokus“

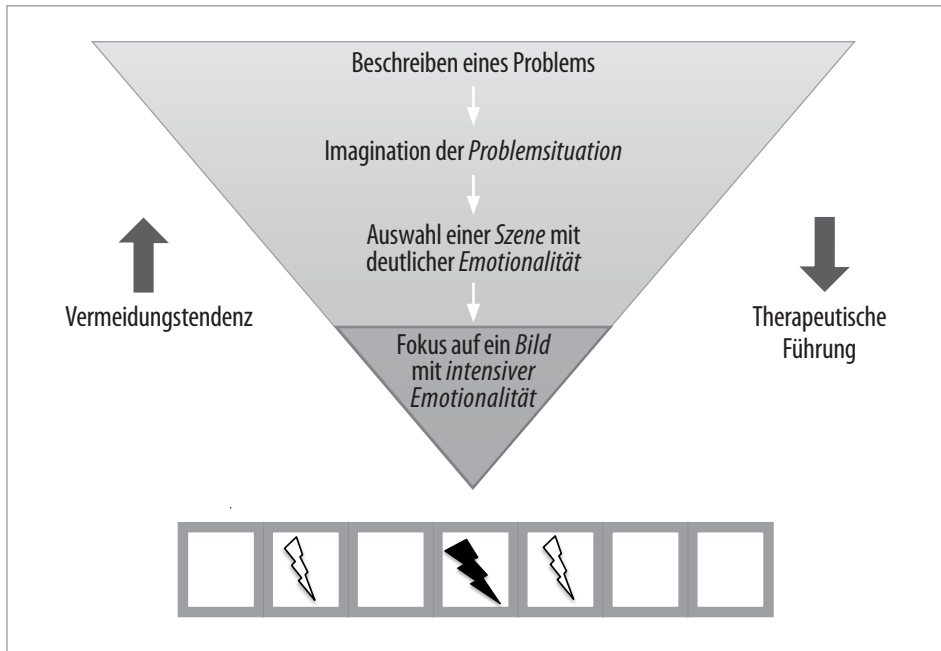
- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Regelmäßige Übungen „Achtsames Atmen“• Wahrnehmungsübung des eigenen Herzschlags zur Verbesserung der Interozeptionsleistung• Bodyscan• Variation von Körperhaltungen, von Bewegungen, der Atmung, Beobachten und Beschreiben resultierender Körperempfindungen• Verhaltensanalytisches Tagebuch |
|--|

Schulung der Achtsamkeit den Gedanken und Gefühlen gegenüber ist kennzeichnend für Verhaltenstherapie der dritten Welle. Im Vordergrund steht hier nicht so sehr die Veränderung gedanklicher Inhalte (z. B. Linehan, 1996; Teasdale, 1999; Hayes, 2004). Stattdessen werden Patienten darin unterstützt, mit für sie schwierigen Situationen in emotionalen Kontakt zu treten und auftauchende Gedanken und Gefühle zu beobachten, nicht zu bewerten, den darin enthaltenen Impulsen nicht nachzugeben und sich dafür nicht zu schelten. Wenn es gelingt, eine achtsame Haltung gegenüber schwierigem Erleben einzunehmen, dann leitet das schon eine Verhaltensänderung ein: Der bisherige Auslöser wird mit einem qualitativ neuen Verhalten gekoppelt. Achtsamkeit stellt unmerklich einen intensiven Körperbezug her, der sehr wertvoll ist. Der Fokus auf den Atem oder der Bodyscan sorgt nämlich nach einiger Zeit für eine differenziertere Wahrnehmung interozeptiver und propriozeptiver Signale. Insbesondere die Interozeption kann durch Übungen zur Wahrnehmung des eigenen Herzschlages verbessert werden (Herbert & Pollatos, 2012). Durch das Etablieren eines achtsamen Körperfokus werden solche Sensationen eingefangen und zu einem Thema verdichtet. In dieser Weise kann die Auslöserseite identifiziert und die Benennung der Emotion vorbereitet werden (vgl. Abb. 1).

Schritt 2: Auswahl und Aktivierung einer Problemsituation

Patienten kommen mit konkreten Problemen in die Therapie. Konkrete Problemsituationen sind auch der Ausgangspunkt für den Einstieg in das emotionale Erleben. Wesentliches Kriterium ist, dass sich der Klient in der Sitzung nach Möglichkeit so fühlt wie in der ursprünglich erlebten Situation. Dabei hat sich eine Form der szenischen Imagination bewährt (Hauke, 2013).

Abbildung 3: Schema zum Vorgehen der Erlebnisaktivierung

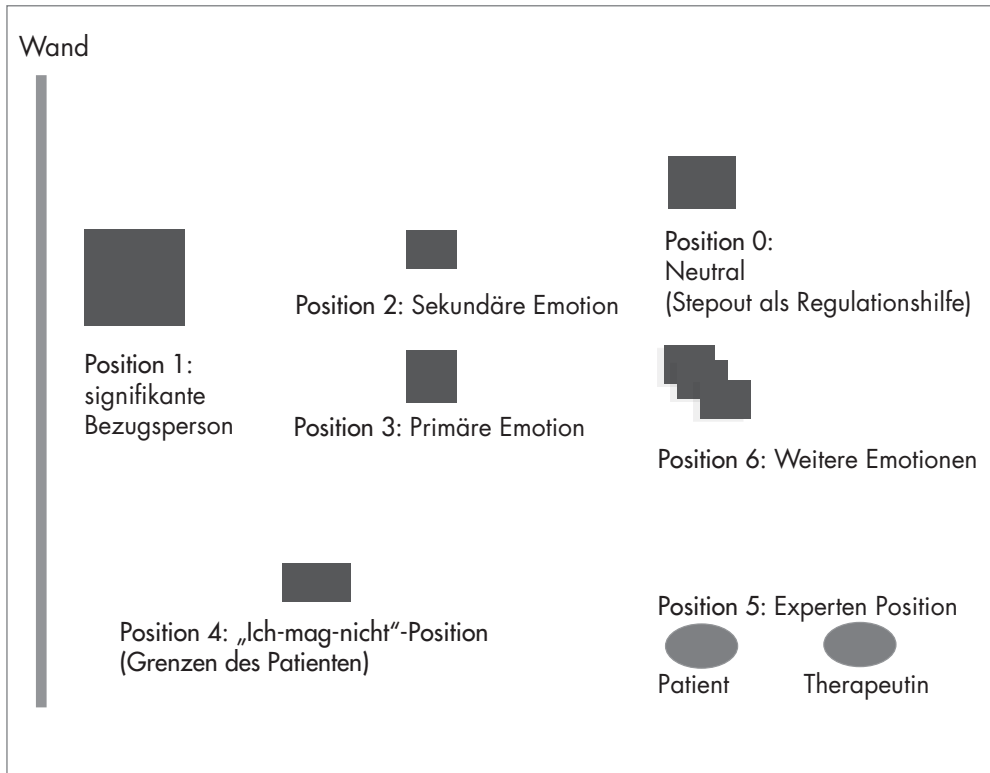


Signifikant ist eine Situation dann, wenn in der Imagination das schwierige Erleben besonders deutlich spürbar wird. Diese Einengung soll durch den Trichter in Abbildung 3 veranschaulicht werden. Am Ende dieses Schrittes sollten Patienten ein Bild aus dem „Situationsfilm“ herausgefiltert haben, das am klarsten das relevante Erleben mit sich bringt.

Schritt 3: Entwickeln des emotionalen Feldes

Das Erleben des Patienten wird nun in den Therapieraum gebracht, in dem eine zunächst offene, leere umgrenzte Fläche – ein Feld – zur Verfügung gestellt wird. Beide stehen; die Therapeutin etwas hinter oder neben dem Patienten. Hier werden nun Positionen festgelegt. Sie sind räumlich getrennt. Prozesse des Vergleichens und Diskriminierens werden dadurch erleichtert. Der Patient kann sich während der Arbeit auf eine Position konzentrieren, hat aber bei Bedarf auch alle anderen Positionen im Blick.

Abbildung 4: Positionen im emotionalen Feld. Ihre räumliche Lage wird vom Patienten festgelegt.



Fokus der Aufmerksamkeit ist zunächst die Position der signifikanten Person(en), die in der emotionsauslösenden Situation imaginiert wurde(n) (Position 1 in Abb. 4). Für sie wird ein Zettel mit Namen der Person(en) vor eine Wand gelegt. Der Patient projiziert nun die signifikante Bezugsperson auf die Wand, beschreibt sie mit Körperhaltung, Gesichtsausdruck, Bekleidung etc. und legt ihr einen typischen Satz in den Mund. Nun wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf sein inneres Geschehen, insbesondere die Körperreaktionen gelenkt, z. B. Kernaffekt, Verspannungen, minimale Bewegungsimpulse nach hinten oder nach vorne usw. Die auslösende Situation wird im Interesse dieses Fokus nun vorerst beiseitegelassen.

Auftauchende Gefühle werden kurz benannt, vom Patienten auf einen Zettel notiert und im Feld positioniert. Wieder wird die Aufmerksamkeit auf den Körper und dessen Impulse gelenkt. Oft tauchen weitere Gefühle auf (Position 6). Diese werden auch wieder vom Patienten auf Zettel notiert und im Raum verteilt. Das zuerst genannte Gefühl ist in der Regel das sekundäre Gefühl. Nun erklärt die Therapeutin die übrigen Positionen, wobei sie vom Patienten auf dem Boden positioniert werden: Position 0 wird als Regulationshilfe benannt: Falls ein Gefühl zu übermächtig wird, dann wird der Patient hier mit einer Körperübung dazu angeleitet, etwas Kontrolle darüber zu bekommen. Der Patient als Spieler in dem Feld kann die Sinnhaftigkeit des Spiels infrage stellen.

Vielleicht fühlt er sich zu sehr belastet, und er möchte sein momentanes Erleben vermeiden. Hier kommt die „Ich-mag-nicht-Position“ (Position 4) ins Spiel. Auf diese Weise können sich Patienten bewusst für eine Vermeidungsreaktion unterschiedlicher Dauer entscheiden. Dies wird ausdrücklich legitimiert, und die Gefahr, dass Patient und Therapeutin versteckt gegeneinander arbeiten, ist somit minimiert. In die Expertenposition (5) wechseln beide auf Anregung von Therapeutin oder Patient. Hier wird gemeinsam über das Geschehen im emotionalen Feld reflektiert. Die Therapeutin ist hier in der Rolle der psychologischen Expertin, der Patient in der Rolle des Experten für sein Leben. Diese Reflexionsprozesse sollen das Verständnis für die inneren Vorgänge schärfen: „Wie gehe ich mit bestimmten Emotionen um?“, „Weshalb spielen gewisse Emotionen in solchen Situationen eine größere Rolle?“. Diese eher metakognitive Beschäftigung bereitet auch schon den siebten Arbeitsschritt mit vor. Hier geht es dann um ein kompetentes Nutzen der eigenen Emotionen bei der Verwirklichung von Zielen.

Schritt 4: Diskriminieren primärer und sekundärer Emotionen

Die Expertenposition (5) wird verlassen, nachdem der Patient seine ausdrückliche Zustimmung in Hinblick auf eine Vertiefung des Prozesses erteilt hat. Er wird gebeten, sich bei der Position der sekundären Emotion (2) hinzustellen. Damit das Gewährsein des Patienten nicht gestört wird, steht die Therapeutin neben oder etwas hinter dem Patienten, wobei sie zuvor mit ihm den räumlichen Abstand abstimmt. Er wird nun darin unterstützt, die Aufmerksamkeit auf die Reaktionen seines Körpers und seiner inneren Vorgänge zu richten. Die Therapeutin richtet ihre Aufmerksamkeit auf den Körper des Patienten: Kleinste Anspannungen, Bewegungsimpulse, Veränderungen in der Mimik und Gestik vermitteln wesentliche Hinweise. Dadurch wird erkennbar, inwieweit sich die sekundäre Emotion zu entfalten beginnt, z. B. wenn der Körper des Patienten leicht zurückweicht. Sind die Hinweise deutlich genug, so führt die Therapeutin das jeweils passende Effektormuster (Atem, Körperhaltung, Gesichtsausdruck) ein, indem sie es modellhaft vormacht. Gegebenenfalls korrigiert sie achtsam die Parameter beim Patienten, was in der Regel zu einer Verstärkung der Emotion und zu einer intensiveren Form der Emotionsexposition führt. Nach ca. 1,5 Minuten wird der Prozess sanft unterbrochen. Bilder können aufsteigen sowie Gedanken und Gefühle. Der Patient schildert diese Inhalte; sie werden aber nicht weiter kommentiert oder analysiert. Stattdessen wird dabei eine achtsame Haltung des Beobachtens unterstützt. Nach der Exposition der sekundären Emotion taucht typischerweise die primäre Emotion auf. Darüber hinaus können auch noch weitere Emotionen, die bislang noch gar nicht erwähnt wurden, ins Spiel kommen. Der Patient notiert sie auf Zettel und positioniert diese im Raum. Beide stellen sich nun auf die Expertenposition (5), um das Geschehen nachzuvollziehen. Dabei wird insbesondere auf den Handlungsimpuls der primären Emotion fokussiert und die Rolle der sekundären Emotion reflektiert.

Schritt 5: Vertiefen der Arbeit mit primären Emotionen

In der Expertenposition kann nun eine Reaktionskette erstellt werden (Hauke, 2013; vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Inhalte der Reaktionskette der problematischen Situation

Reaktionskette	Fragestellungen
Problemsituation (=Verhaltensangebot zur Bedürfnisbefriedigung)	Um was geht es, wer ist beteiligt, was passiert wo und wie? Was geschieht mit mir? Welche Frustration, welche Verletzung erlebe ich?
Primäre Emotion	Was ist das erste Gefühl, das aufblitzt? Was ist es, wenn ich es mir jetzt erlaube zu empfinden?
Primärer Impuls	Welcher Impuls entsteht, wenn ich dieses erste Gefühl zulassen würde – was möchte ich am liebsten tun?
Antizipation der Folgen	Was sind die Folgen für mich und die Beziehungen in der Situation, wenn ich diesen Impuls zulassen würde?
Sekundäre Emotion (gegensteuerndes Gefühl)	Welches Gefühl entsteht dann tatsächlich, und wie wirkt es sich auf mich aus?
Beobachtbares Verhalten	Welches Verhalten zeige ich nach außen? Welches Signal sende ich damit an die Beteiligten?
Symptombildung	Welche Symptome zeigen sich bei mir? Welche Wirkung haben sie auf mich?

Dabei wird nochmals die besondere Rolle der sekundären Emotion deutlich, die ja dabei hilft, die primäre Emotion in der problematischen Situation zu stoppen bzw. zu vermeiden. Die Überlebensstrategie des Patienten qualifiziert die primäre Emotion als eine „verbotene Regung“. Ihr hemmungsloses Zeigen oder Rauslassen hätte das emotionale Überleben gefährdet. Wesentlich ist, dass der Patient das Richtige und Stimmige der primären Emotion in der vorliegenden Problemsituation spürt und anerkennt. An dieser Stelle wird dem Patienten vorgeschlagen, sich im geschützten Rahmen des Feldes mit dieser Emotion etwas mehr vertraut zu machen. Dabei wird argumentiert, dass nur das, was auch vertraut ist, seinen Schrecken verliert und letztlich auch kompetent genutzt werden kann. Ist die Entscheidung für eine vertiefende Arbeit mit der primären Emotion gefallen, stellt sich der Patient auf diese Position (3), die Therapeutin steht wieder in der Nähe. Modellhaft werden von ihr die Merkmale des Effektmusters mit dem eigenen Körper dargestellt. Patienten beginnen mit geringer Intensität, um auch Veränderungen in ihrem Körper gut zu spüren. Da es sich ja typischerweise um eine häufig vermiedene Emotion handelt, ist oftmals besondere Unterstützung bei dieser Expositionsübung durch die Therapeutin erforderlich. Verbale Hinweise, z. B. bezüglich Bodenkontakt der Füße, haltgebende Maßnahmen, wie z. B. eine Hand für den Rücken anzubieten usw., sind hier sehr hilfreich. Oftmals können Patienten von sich aus sagen, was sie brauchen. In jedem

Falle ist die Maßnahme mit ihnen zuvor abzustimmen. Nach Abschluss der Übung wird die Neutralposition (0) aufgesucht. Danach wird der Prozess in der Expertenposition reflektiert. Ziel ist, dass der Patient sich die primäre Emotion „aneignet“. Zu diesem Zweck ist es oftmals notwendig, dass der Patient die Position des primären Gefühls besetzt und dazu ermutigt wird, das Effektormuster in unterschiedlicher Intensität zu üben. Jede Übung wird mit dem Wechsel in die Neutralposition (0) abgeschlossen. Der Patient erfährt dadurch, dass er in der Lage ist, die primäre Emotion durch das Muster der mental-körperlichen Aktivität des Stepout zu regulieren. Er benötigt dazu nicht mehr die sekundäre Emotion. Der Prozess des Akzeptierens und Regulierens der primären Emotion wird immer wieder in der Expertenposition (5) reflektiert.

Schritt 6: Umgang mit weiteren Emotionen im emotionalen Feld

Wie schon erwähnt, tauchen während der Arbeit mit primären und sekundären Emotionen häufig noch weitere Emotionen auf (Position 6). So könnten z. B. neben Ärger als primärem Gefühl und Angst als sekundärem Gefühl z. B. auch noch Schuld, Traurigkeit, Zärtlichkeit usw. auftauchen. Auf den ersten Blick mag dies so erscheinen, als würde dadurch der Überblick verloren gehen. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Tatsächlich wird durch die unterschiedlichen Erregungsgrade und Handlungsimpulse, die sich nun im Feld abbilden, die Gesamtproblematik der ausgewählten Situation deutlicher. Aufgrund der unterschiedlichen Richtung entsprechender Handlungsimpulse wird zunächst eine lähmende Problemlösungs- und Handlungsunfähigkeit verständlich. Das Besetzen der jeweiligen Positionen im Feld, das gegebenenfalls vom Üben der jeweiligen Effektormuster begleitet ist, hilft in hohem Maße dabei, den Patienten im Erleben der problematischen Situation gerecht zu werden und zu validieren. Dabei wird anschaulich erlebt, dass das emotionale Feld im Grunde ein emotionales Netzwerk repräsentiert: Die problematische Situation enthält meist mehrere emotional kompetente Anker für die Aufmerksamkeit. Je nachdem an welchen Aspekten die Aufmerksamkeit andockt, erlebt der Patient nicht nur eine oder zwei, sondern drei, vier oder noch mehr Emotionen. Ebenso können Fragmente der Lebensgeschichte auftauchen. In der Problemsituation könnte z. B. die signifikante Bezugsperson (Position 1) mit ihrem fordernden Auftreten primär Ärger und sekundär Angst auslösen (Positionen 2 und 3), gleichzeitig können aber bestimmte Aspekte des Gesichtsausdrucks etwa freundschaftliche oder gar zärtliche Gefühle (Position 6) induzieren, vielleicht verbunden mit der Traurigkeit (Position 6), sich schon lange nicht mehr körperlich nahe gewesen zu sein usw. Erinnerungen und innere Bilder lerngeschichtlicher Erfahrungen können dabei auftauchen. Einerseits werden Inhalte der verschiedenen Emotionen deutlich. Andererseits ergibt sich auch ein Gesamtbild („Du blockiert mich in einem wichtigen Bedürfnis, und das ärgert mich massiv. Gleichzeitig habe ich aber Angst davor, meinen Ärger zu zeigen, weil ich fürchte, du könntest mich dann verlassen. Ich mag dich doch so sehr, und ich bin so traurig, dass wir schon lange keine Zärtlichkeiten mehr austauschen konnten“). Durch ihre Darstellung im emotionalen Feld haben sie nun auch räumliche Präsenz. Sie können nun nacheinander oder auch parallel betrachtet, aber nicht mehr ignoriert werden.

Schritt 7: Emotional Mastery

Bei der bisherigen Arbeit im emotionalen Feld (ab Schritt 4) wurde die Aufmerksamkeit des Patienten immer wieder auf seine inneren, seine körperlich-mental Prozesse gelenkt.

Jetzt wird wieder stärker auf die äußeren Merkmale der Problemsituation fokussiert. Es geht nun darum, dass der Patient hier lernt, die erlebten Emotionen besser zu nutzen, um seine Ziele zu erreichen. Die im emotionalen Feld befindlichen Gefühle werden nun in einer Tabelle zusammengestellt. In einem nächsten Schritt überlegen Patient und Therapeutin, welche Themen und Zielsetzungen in der konkreten Problemsituation mit den verschiedenen Emotionen verbunden sind.

Zunächst werden primäre und sekundäre Emotionen (Positionen 2 und 3), später die übrigen Emotionen (Position 6) behandelt. Die Expertenposition (5) markiert wieder die metakognitive Perspektive; hier wird über das Erlebte gesprochen.

Der nachfolgende Prozess durchläuft nun im Wesentlichen drei Phasen: **Exposition, Experimentieren und Entscheiden** (Hauke, 2013, und vgl. Tab. 4). Hier werden das bisher Gelernte und auch mögliche Ansatzpunkte für die Emotionsregulation berücksichtigt. Im Rahmen der **Exposition** wird die Problemsituation erneut imaginiert. Der Patient positioniert sich gegenüber der Wand, auf die die signifikante Bezugsperson projiziert wird (Position 1). Die Phase des **Experimentierens** ist wesentlich, um ein Gefühl für Einflussfaktoren und Möglichkeiten der Emotionsregulation zu bekommen. Das Ausführen der Emotionsmuster in unterschiedlichen Intensitätsgraden vermittelt dabei wesentliche Regulationserfahrungen. **Entscheiden** soll sich der Patient, wenn er verschiedene Alternativen im Raum ausprobiert und mit der Therapeutin diskutiert hat. Er wählt jene Variante aus, die im Hinblick auf die Erreichung seines Ziels am erfolgversprechendsten ist.

Tabelle 4: Schrittfolge zur Erarbeitung einer günstigen emotionalen Regulation

Exposition	Experimentieren	Entscheiden
Zielemotion per Embodiment darstellen und spüren: Was will diese Emotion? Interaktionspartner wird an die Wand projiziert. Spontan eingenommene Position im Raum, Körperhaltung und impulsive Körperbewegungen werden registriert. Fühlt sich Patient größer oder kleiner als die Bezugsperson?	mit räumlicher Nähe und Distanz, mit Körperhaltungen und -bewegungen variiertes Geschwindigkeit, mit Anspannungen, mit diversen Intensitäten der jeweiligen Effektormuster, Lautstärke, Aufmerksamkeitslenkung, Fokussieren verschiedener Merkmale der Situation, hilfreiche auf die Situation abgestimmte Selbstinstruktionen	Was soll das Motto der Situation sein? Gestalten: Auswahl geeigneter situativer Umstände. Wählen eines funktionalen Handelns mit geeigneter Mimik, Gestik, Bewegung, Haltung, Position des Körpers, Sprache und passender Intensität des Emotionsmusters. Auf die Selbstregulation achten, auf die Signalwirkung achten Achtsame Haltung einnehmen

In unserer Arbeit achten wir ganz besonders darauf, dass das bis zu diesem Punkt Erarbeitete auch im Alltag umgesetzt wird. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von einem Handlungsprojekt. Dieses Umsetzen wird in der Therapie vorbereitet. Dazu wird gemeinsam ein Plan entwickelt, der auch mögliche Fehlschläge berücksichtigt. Die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung von Zielen wird dadurch erheblich gesteigert (Oettingen & Gollwitzer, 2010).

4 Falldarstellung

Es handelt sich um eine 28-jährige, verheiratete Geschäftsfrau, Mutter zweier Kinder. Sie leidet unter massiver Panik mit Agoraphobie. Schon kurz vor ihrer Heirat war ihr Mann, ein 32-jähriger Geschäftsmann, mit einer Büroangestellten fremdgegangen. Trotz massiver Beziehungskrisen kam man vor zwei Jahren überein, zu heiraten. Die Patientin entschloss sich nun, zu verzeihen, alles hinter sich zu lassen und optimistisch in die Zukunft zu schauen. Nach einer Weile stellten sich jedoch schon die ersten körperlichen Symptome ein.

In der Vorbereitungsphase wurde ihre kognitiv-affektive Überlebensstrategie erhoben:
*Nur wenn ich immer auf die Bedürfnisse der anderen Person achte, ihr immer vertraue ...
 und wenn ich niemals meinen Impulsen und meinen Ärger zu stark zeige, niemals zu viel Freiraum und Selbstständigkeit beanspruche ...,
 dann bewahre ich mir Kontrolle und Nähe zu anderen Personen ...
 und verhindere, zurückgewiesen zu werden und allein zu sein.*

Die Patientin erhält Psychoedukation in Bezug auf ihre Angstsymptomatik. Es werden mit ihr graduierte Übungen der Selbstexposition vereinbart.

Schritt 1: Achtsamkeit und Körperfokus. Die Patientin wurde zunächst darin unterwiesen, ihren Atem als auch ihre Körperreaktionen achtsam zu beobachten. Sie wird gebeten, dies zweimal 5-10 Minuten pro Tag zu Hause zu praktizieren. Dann wurde sie dazu angeleitet, auch Interaktionssituationen, in denen schon leichte körperliche Symptome auftraten, präziser zu beobachten und zu protokollieren.

Schritt 2: Auswahl und Aktivierung einer Problemsituation. Die Patientin imaginiert eine Situation in der Küche. Sie steht am Herd und bereitet Tee. Sie verfolgt heimlich den Partner mit ihren Blicken. Der bereitet sich darauf vor, das Haus zu verlassen und ins Büro zu gehen. Dabei entstehen nach und nach immer stärkere körperliche Symptome. Anfangs unterbricht die Patientin immer wieder durch rationale Betrachtungen über ihr „dummes Verhalten“, über die „Gebote und Verbote einer guten Ehefrau“. Dies wird nicht kommentiert, stattdessen lenkt die Therapeutin ihre Aufmerksamkeit wieder zurück in die Imagination und lässt sie ihre Körperreaktionen explorieren.

Schritt 3: Entwickeln des emotionalen Feldes. Die Patientin wird gebeten, ihren Ehemann an die Wand zu projizieren (Kleidung, Körperhaltung, Gesichtsausdruck, typischer Satz usw.) und sich ihm gegenüber im Raum aufzustellen. Anschließend werden die verschiedenen Positionen im emotionalen Feld durch Zettel gekennzeichnet und erklärt (Stepout, Ich-mag-nicht-Position, Expertenposition). Dann wird sie gebeten, ihre

Aufmerksamkeit für eine Weile wieder auf die Projektion ihres Mannes zu lenken und zu beschreiben, wie sie ihn wahrnimmt. Danach wird sie darin unterstützt, ihre Aufmerksamkeit nur noch auf ihre inneren mentalen und körperlichen Vorgänge zu richten und diese zu beschreiben. Sie berichtet massive Anspannungen im Nacken, in den Schultern und Schmerzen im Bauch. Sie findet das Bild eines massiven Gewichts, das sie zu tragen hätte. Sie möchte zurückweichen, fühlt sich dabei aber wie erstarrt und gelähmt. Die Patientin benennt von sich aus „Angst“, schreibt dies auf einen Zettel und positioniert diesen im Raum. Die Therapeutin registriert im Ausdruck deutlich die Körpersignale von Angst und leitet die Patientin sanft an, das entsprechende Effektormuster auszuführen. Die Patientin weint, wird immer lauter und schreit, dass sie das nicht verdient habe. Als Nächstes bewegt sie sich mit geballten Fäusten auf die Wand zu und bleibt schwer atmend davor stehen. Sie benennt in diesem Ausmaß nie erlebte Wut. Ein entsprechender Zettel wird wieder im Raum positioniert. Im Anschluss daran Stepout-Position und Besprechung in der metakognitiven „Experten-Position“. Als Ergebnis formuliert die Patientin: „Ich versuchte, blind meinem Lebensplan zu folgen. Ich wollte nicht sehen, was wirklich los war. Sie will ihrem Mann sagen, wie traurig sie ist, dass sie nicht das Leben leben kann, das sie sich vorgestellt hat. Die Patientin weint herzzerreißend. Sie setzt sich hin, Oberkörper nach vorn gebeugt und gibt sich ganz dem Weinen hin. Nach einiger Zeit: „Ja, ich habe etwas verloren ...“ Abschließend wird ein Zettel mit der Bezeichnung Abschied/ Verlust/ Trauer im Feld ausgelegt und die Übung mit Stepout beendet.

Schritt 4: Diskriminieren primärer und sekundärer Emotionen. Mit der Patientin wird verabredet, die Position der sekundären Emotion – hier Angst – im Feld zu besetzen. Sie stellt sich auf den entsprechenden Zettel und wird hier erneut in das entsprechende Effektormuster eingeführt. Nach einer Weile bricht wieder der Ärger hervor. An dieser Stelle wird sie gebeten, auch zur räumlichen Position des Ärgers im Feld zu wechseln. Hier unterstützt sie die Therapeutin dabei, sich noch mehr dem Ärger zu überlassen, indem das Effektormuster für Ärger induziert wird. Sie schreit: „Du hast mich so sehr verletzt, ich bin so wahnsinnig wütend!“ Die körperlichen Merkmale von Ärger entwickeln sich wie von selbst und zeigen große Intensität, der Körper richtet sich auf und zeigt einen Impuls zur Wand: „Ich will das nicht mehr, ich bin so wütend auf dich!“ Nach diesem Wutausbruch fühlt sich die Patientin klein und hilflos, Hitze im Gesicht, körperlich verspürt sie einen Zug nach unten: „Ich möchte mich am liebsten unsichtbar machen und im Boden versinken. Ich schäme mich so sehr!“ Bevor sie diese Übung in der Neutralposition beendet, legt sie noch einen weiteren Zettel mit der Bezeichnung „Schämen/ Kleinmachen“ aus. In der Expertenposition wird der gesamte Prozess reflektiert. Die Patientin soll sich in Bezug auf diese Gefühle zu Hause beobachten.

Schritt 5: Vertiefen der Arbeit mit primären Emotionen. Gemeinsam wird eine Reaktionskette formuliert. Die Patientin erkennt Wut als ihr primäres Gefühl an, das jedoch sehr schnell von einer massiven Angst vor Beziehungsverlust ausgebremst wird. Dazu passen auch sehr gut Aspekte ihres Verhaltens gegenüber Kunden, Familienmitgliedern und Freunden sowie ihrer Lerngeschichte: Anpassung wurde belohnt, Eigenständigkeit bestraft. Die Patientin tritt zur Position „Ärger“ und wird hier erneut in das Effektormuster „Ärger“ eingeführt. Nicht nur der Expositionseffekt, sondern auch mit unterschiedlichen Parametern (Körperanspannung, Atemtiefe, Lautstärke) vermitteln eine günstige Controllerfahrung.

Schritt 6: Umgang mit weiteren Emotionen im emotionalen Feld. Unübersehbar deutlich und intensiv verblieben nun noch die Emotionen „Trauer“ und „Scham“ im emotionalen Feld. Dies war noch weiter zu erforschen. Sorgfältig wurde die Patientin in das Effektormuster eingeführt, wodurch sie in eine tiefe, intensive Trauer begleitet werden konnte. Dabei ergaben sich aufschlussreiche Bilder, Gedanken und Erinnerungen. Die Übung wurde mit der Neutralposition beendet. Dann wurde in die Expertenposition gewechselt. Der Reflexionsprozess ergab, dass die Patientin sich als ein Kind erlebte, das immer Probleme hatte, sich im Kreis der älteren Geschwister wirklich zugehörig zu fühlen. Sie sei immer das fünfte Rad am Wagen gewesen, eigentlich überflüssig. Immer hätte sie versucht, ihre Zugehörigkeit zu sichern, indem sie versuchte, es den anderen – ganz besonders den Eltern – recht zu machen. Dabei hätte sie oft verächtliche Reaktionen von ihren Geschwistern geerntet. Sie hätte sich nicht ernst genommen gefühlt, sei oft alleine gewesen. Nun sehe sie ihr Projekt, eine Familie gründen zu wollen, auch davon schwimmen. Sie würde eben nichts auf die Reihe bringen. Schließlich war das Thema Scham noch zu erforschen. Mithilfe des entsprechenden Effektormusters gelangte die Patientin schnell in diesen Zustand, kauerte sich auf den Boden und schlug die Hände vors Gesicht: „Ich fühle mich so nackt und schutzlos!“

Oft hätte sie verächtliche Reaktionen von ihren älteren Geschwistern und deren Freunden geerntet. Man sei um sie herumgetanzt, hätte über sie gelästert, ihr ständig Streiche gespielt, so dass sie in peinliche Situationen geriet. So hätte sie sich lieber kleingemacht. Nicht durch Kompetenzen oder besondere Schönheit auffallen – dies erkannte sie jetzt – gäbe ihr bis heute Sicherheit. Hausaufgabe war nun, sich in Bezug auf diese Emotionen in verschiedenen Alltagssituationen zu beobachten.

Schritt 7: Emotional Mastery. In einer Tabelle werden nun den Emotionen des Feldes Themen zugeordnet. Sogenannte negative Emotionen werden nicht einfach abgebaut oder reduziert, sondern als wichtige Signale in Hinblick auf Handlungsprojekte genommen, die nach Schwierigkeit und Dringlichkeit betrachtet wurden. Um eine möglichst lebendige und treffende Formulierung vorzubereiten, tritt die Patientin zunächst mithilfe der Effektorpatterns in den jeweiligen emotionalen Zustand ein mit der Frage „Was will dieses Gefühl von mir?“.

Abbildung 5:

„Die Scham – mein Schutz“,
Apfel, gehauen, gewachst,
Skulptur der Bildhauerin
und Psychotherapeutin
Monika Rauber
(www.monika-rauber.ch)



Tabelle 5: Emotionen im Feld der Patientin sowie zugehörige Themen

Emotionen im Feld	Themen
Angst (sekundäre Emotion)	Angst vor Zurückweisung graduert aushalten lernen; Einsamkeit „gestalten“ lernen, aber auch ein soziales Netzwerk aufbauen
Wut/Ärger (primäre Emotion)	Grenzen setzen, Nein sagen, Position in der Familie und in Peergruppen einnehmen
Traurigkeit	Abschied von ihren zumeist starren Plänen der Familiengründung, Betrauern des unerfüllten Bedürfnisses nach Zugehörigkeit
Scham	Die Funktion der Scham erkennen; alternative Möglichkeiten des Selbstschutzes in Gruppen erarbeiten, Scham aushalten lernen; Familiennormen versuchsweise übertreten. Stolz auf eigene Leistungen entwickeln

Als erstes Projekt nahm sich die Patientin vor, ein Gespräch mit ihrem Partner zu führen, indem es um das Äußern von Ärger und Grenzsetzung gehen sollte. Die Patientin wurde dazu ermutigt, im Raum verschiedene Möglichkeiten des Ärgerausdrucks in Kombination mit verschiedenen Gesprächsinhalten auszuprobieren. Schließlich entschied sie sich für eine Variante. Gemeinsam wurde ein Plan, auch unter Berücksichtigung problematischer Verläufe, entwickelt und in die Tat umgesetzt. Die gemeinsame Auswertung des Erlebten zeigte die Patientin hochzufrieden mit dem Gesprächsverlauf. Daraufhin wurden weitere Projekte abgestimmt.

5. Fazit

Dieses Modul der SBT ergänzt die bisherige kognitiv-behaviorale Tradition, die mit ihrem Vorgehen in erster Linie negative oder symptomatische emotionale Reaktionen auf Ereignisse, die Stress auslösen, abbauen will (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Goldfried, 2003). Mit unserer Arbeitsweise geben wir allerdings den sog. negativen Emotionen eine günstigere Konnotation, z. B. in Hinblick auf ihren Signalcharakter. Diese eher positive Haltung gegenüber Emotionen – auch den negativen – teilen wir mit humanistischen Ansätzen (Greenberg & Safran, 1987; Ausra & Greenberg, 2007). Wie in CBT traditionell üblich, arbeiten auch wir nach dem Expositionsprinzip und ermöglichen dabei die Erfahrung korrigierender Informationen (vgl. Foa & Kozak, 1986; Rachman, 2001). Wir gehen jedoch über das hier häufige Angstthema hinaus und ermöglichen mithilfe der Effektorpatterns auch selektiv Expositionserfahrungen mit anderen spezifischen Emotionen. Die achtsame Grundhaltung gegenüber schwierigen emotionalen Erfahrungen, die eine negative emotionale Reaktion modulieren kann (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Teasdale, 1993, 1999) ist uns wichtig. Jedoch nutzen wir Achtsamkeit vor allem auch im Sinne der Einführung eines bestimmten Beobachtermodus gegenüber

körperlichen und mentalen Prozessen, um zunächst mehr über die damit verbundenen Gefühlsprozesse zu erfahren. Ganz im Sinne der achtsamen Grundhaltung wird dabei auf eine Unterscheidung positiver oder negativer Emotionen verzichtet. Ist die Klärung ausreichend fortgeschritten, z. B. die ungünstige Regulation primärer mit sekundären Gefühlen erkannt, dann wird gezielt die emotionale Erfahrung wieder gesucht und dazu benutzt, um aktuelle Ziele zu erreichen. Getreu dem Motto vom affektiven Hund mit dem rationalen Schwanz präferieren wir die Reihenfolge körperlich-affektiven Erlebens vor der Erarbeitung kognitiver Inhalte.

6. Literatur

- Auszra, L. & Greenberg, L.S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy* 7, 139-152.
- Barrett, L.F. (2006). Solving the emotion paradox: categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 20-46.
- Barrett, L.F., Mesquita, B., Ochsner, K.N. & Gross, J.J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- Barrett, K. & Campos, J. (1987). Perspectives on emotional development: II. A functionalist approach to emotion. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., pp. 555-578). New York: Wiley.
- Barrett, L.F., Gross, J., Conner, T. & Benvenuto, M. (2001). Emotion differentiation and regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Barsalou, L.W. (2009). Simulation, situated conceptualization, and prediction. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Biological Sciences*, 364, 1281-1289.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bloch, S. (2006). *The alba of emotions – managing emotions through breathing*. Santiago: Ediciones Ultramarinos PSE.
- Bloch, S. & Santibáñez, H.G. (1972). Training emotional ‚effection‘ in humans: significance of its feedback on subjectivity. In S. Bloch & R. Aneiros (Eds.), *Psicobiología del Aprendizaje*. Santiago: Publ. Fac. Med., Univ. de Chile.
- Bloch, S., Lemeignan, M. & Aguilera, N. (1991). Specific respiratory patterns distinguish between basic emotions. *International Journal of Psychophysiology*, 11, 141-154.
- Ekman, P., Levenson, R.W. & Friesen, W.V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221(4616), 1208-1210.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49, 709-724.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Fogel, A., Nwokah, E., Dedo, J.Y., Messinger, D., Dickson, K.L., Matusov, E. & Holt, S.A. (1992). Social process theory of emotion: A dynamic systems approach. *Social Development*, 1 (2), 122-142.
- Frijda, N.H. (2007). *The laws of emotion*. Mahwah: Erlbaum.
- Fruzzetti, A.R., Crook, W., Erikson, K.M., Lee, J.E. & Worrall, J.M. (2008). Emotion Regulation. In W.T. O’Donohue & J.E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 174-186). New York: Wiley.
- Goldfried, M.R. (2003). Cognitive-behavior therapy: reflections on the evolution of a therapeutic orientation. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 53-69.

- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108, 814-834.
- Hauke, G. (2006). Selfregulation and Mindfulness. *European Psychotherapy* 6, 19-52.
- Hauke, G. & Dall'Occhio, M. (2013). Emotional Activation Therapy (EAT): Intense work with different emotions in a cognitive behavioral setting. *European Psychotherapy*, 11 (1), 5-29.
- Hauke, G. & Dall'Occhio, M. (2015). *Das Emotionale Feld. Emotionale Aktivierung durch Embodimenttechniken*. Stuttgart: Schattauer. Erscheint im Frühjahr 2015.
- Hauke, G. & Sulz, S. K. D. (2006). *A 3rd Wave Therapy in Europe – Strategic Brief Therapy (SBT)*. München: CIP-Medien.
- Hauke, G. & Spreemann, J. (2012). Wie der Körper bei der Arbeit mit Emotionen hilft. *Embodiment in der Strategisch Behavioralen Therapie (SBT)*. *Psychotherapie*, 17 (2), 268-278.
- Hauke, G. (2013). *Strategisch Behaviorale Therapie. Emotionale Überlebensstrategien- Werte-Embodiment*. Heidelberg, New York: Springer.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies. In S.C. Hayes, V.M. Follette & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Herbert, B.M. & Pollatos, O. (2012). The body in the mind: On the relationship between interoception and embodiment. *Topics in Cognitive Science*, 4 (4), 692-704.
- Holodynski, M. (2006). *Emotionen. Entwicklung und Regulation*. Heidelberg: Springer.
- Kang, S. & Shaver, P.R. (2004). Individual differences in well-differentiated emotional experience: Their possible psychological implications. *Journal of Personality*, 72, 687-726.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgement and choice. *Mapping bounded rationality*. *American Psychologist*, 58 (9), 697-720.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Meyer, W.-U., Schützwohl, A. & Reisenzein, R. (1993). *Einführung in die Emotionspsychologie (Band I)*. Bern: Hans Huber.
- Oettingen, G. & Gollwitzer, P M. (2010). Strategies of setting and implementing goals: Mental contrasting and implementation intentions. In J.E. Maddux & J.P. Tangney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (pp. 114-135). New York: Guilford.
- Philippot, P., Chapelle, C. & Blairy, S. (2002). Respiratory feedback in the generation of emotion. *Cognition and Emotion*, 16, 605-627.
- Price, T.F., Peterson, C.K. & Harmon-Jones, E. (2012). The emotive neuroscience of embodiment. *Motivation and Emotion*, 36, 27-37.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 164-171.
- Randles, D. & Tracy, J.L. (2013). Shamed into taking a drink? Nonverbal displays of shame predict relapse and worsening health among recovering alcoholics. *Clinical Psychological Science*, 1, 149-155.
- Rotella, K.N. & Richeson, J.A. (2013). Body of guilt: Using embodied cognition to mitigate backlash to personal and ingroup wrongdoing. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49, 643-650.
- Russell, J.A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110 (1), 145-172.
- Russell, J.A. & Feldman-Barrett, L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 805-819.

- Santibáñez, G. & Bloch, S. (1986). A qualitative analysis of emotional effector patterns and their feedback. *The Pavlovian Journal of Biological Sciences*, 21, 108-116.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Scherer, K. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44, 4, 695-729.
- Soussignan, R. (2002). Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: A test of the facial feedback hypothesis. *Emotion*, 2(1), 52-74.
- Strack, F., Martin, L. & Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A non-obtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 768-777.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie: Effiziente Wege zur wirksamen Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Teasdale, J.D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 339-354.
- Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 53-77.
- Tracy, J.L. & Robins, R.W. (2008). The nonverbal expression of pride: Evidence for cross-cultural recognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 516-530.

Korrespondenzadressen

Dr. Gernot Hauke
Rotkreuzplatz 2a | 80634 München
gernothauke@arcor.de

Lic. Mirta Dall'Occhio
Juramento 3106/1B | 1428 Belgrano | Buenos Aires | Argentinien
mirtadall@gmail.com