



Leseprobe aus: Lammers, Emotionsfokussierte Methoden, ISBN 978-3-621-28256-7
© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28256-7>

3 Behandlungsaufbau und Vorbereitung

3.1 Emotionsfokussierte Interventionen im Gesamtkonzept der Therapie

In diesem Kapitel soll die Frage geklärt werden, wie emotionsfokussierte Techniken am sinnvollsten in die Therapie eingebaut werden können. Dabei darf nicht vergessen werden, dass es sich um eine Ansammlung von Techniken handelt, die nicht in einem zwingenden inhaltlichen Zusammenhang stehen und bei weitem nicht allesamt im Rahmen einer Therapie zur Anwendung kommen können und sollen. So beschäftigt sich die Schematherapie intensiv mit lerngeschichtlichen Entstehungssituationen für problematische Emotionen, die in Form von Bedürfnisfrustrationen in der Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen zu suchen sind. Hingegen liegt der Fokus von ACT viel stärker auf der Verfolgung von persönlichen Zielen, während bezüglich der problematischen Emotionen allein die Achtsamkeit und Akzeptanz im Mittelpunkt steht. In störungsspezifischen Manualen der KVT wurde dagegen bislang der größte Fokus auf die Regulation von Emotionen durch Veränderung kognitiver Bewertungen gelegt. Jede emotionsfokussierte Technik kann also nur Teil eines übergreifenden Therapiekonzeptes sein und steht nicht für sich allein. Der Therapeut muss sich darüber im Klaren sein, zu welchem Zweck und welchem Ziel er eine bestimmte emotionsfokussierte Technik wählt. Diese Entscheidung kann durch die Wahl eines Verfahrens der dritten Welle der Verhaltenstherapie erleichtert werden (z. B. ACT, Schematherapie, MBCT oder DBT), welches Vorgaben bezüglich des Einsatzes von emotionsfokussierten Techniken im Rahmen des therapeutischen Gesamtkonzeptes macht.

Ferner wird die Wahl der emotionsfokussierten Techniken natürlich vor dem Hintergrund des jeweiligen Krankheitsbildes und der individuellen Problematik des Patienten getroffen werden. So muss eine Borderline-Patientin eher Techniken lernen, die ihr eine größere Kontrolle über ihr emotionales Erleben i. S. eines Emotionsmanagements vermitteln. In diesem Fall kommen u. a. Psychoedukation, Techniken der Stressregulation oder verhaltensorientierte Interventionen in Betracht. Eher emotionsstimulierende Interventionen, wie z. B. imaginative Verfahren, gestalten sich bei diesen Patientinnen dagegen schwierig und können nur bei hinreichender Stabilität der Patientin angewendet werden. Bei emotional stabilen Patienten hingegen kann es eher um die Stimulation des emotionalen Erlebens, das Entdecken und Differenzieren von primären Emotionen und deren erlebnisorientierte Prozessierung gehen. Techniken der Stressregulation hingegen müssen emotional stabile Patienten in der Regel nicht erlernen, da sie nicht von ihrem emotionalen Erleben überflutet werden und auch die Kontrolle über ihr Verhalten nicht verlieren.

3.2 Fallkonzept für emotionsfokussierte Strategien

Fernab spezieller Konzepte der therapeutischen Verfahren der sog. dritten Welle werden emotionsfokussierte Techniken in die bekannten störungsspezifischen Fallkonzepte und Manuale der kognitiven Verhaltenstherapie eingebettet. Aus der KVT sind Fallkonzepte bekannt (Beck, 2013), die u. a. auf den folgenden Faktoren aufbauen:

- ▶ gegenwärtige Probleme bzw. problematische Verhaltensweisen
- ▶ dysfunktionale Annahmen in Bezug auf die Probleme
- ▶ dysfunktionale Grundannahmen und konditionale Annahmen
- ▶ biographische Erlebnisse, die relevant für die gegenwärtigen Probleme sind
- ▶ dysfunktionale Bewältigungsstrategien

Dieses kognitive Fallkonzept sollte um emotionsfokussierte Aspekte erweitert bzw. akzentuiert werden. Die grundlegende emotionsfokussierte Annahme zur Entstehung der psychischen Symptomatik ist die eines sog. emotionsphobischen Konflikts: In dem Bemühen, das Erleben von problematischen und aversiven Emotionen zu vermeiden und zu unterdrücken, zeigen Patienten dysfunktionale Bewältigungsstrategien (Verhaltensweisen, Kognitionen, Emotionen), die aber ihr psychisches Leiden aggravieren bzw. überhaupt erst hervorrufen (so z. B. wenn sie auf Einsamkeitsgefühle mit Alkoholkonsum, Essanfällen, Suizidgedanken oder anderen selbstschädigenden Bewältigungsstrategien reagieren).



Die problematischen Emotionen, welche erlebt, vermieden oder unterdrückt werden, sollten in den horizontalen und vertikalen Verhaltensanalysen, sowohl den Mikro- als auch den Makroanalysen, dargestellt werden.

Der Zusammenhang zwischen Problememotionen, dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und negativen Konsequenzen (psychisches Leiden) kann sehr offensichtlich sein, wenn sich das Vermeidungsverhalten auf einen externen Stimulus bezieht und ein offensichtliches Problemverhalten darstellt. Zum Beispiel vermeidet ein soziophober Patient Kontakte, um seine Angst und Schamgefühle unter Kontrolle zu behalten, leidet dann aber unter Einsamkeit. Oder ein Patient mit einer Panikstörung vermeidet öffentliche Plätze und Bus und Bahn, um seine Angst nicht erleben zu müssen, entwickelt aber aufgrund des Verstärkerverlustes durch reduzierte positive Erlebnisse eine Depression. Hierbei ist das Vermeidungsverhalten ein offensichtliches Problemverhalten, das im Mittelpunkt der Störung steht und in Verhaltensanalysen sofort die Frage nach den hierdurch vermiedenen Emotionen aufkommen lässt.

Viele emotionsphobische Konflikte sind aber weniger offensichtlich, da das diesbezügliche Vermeidungsverhalten wenig auffällig ist, sich häufig nicht auf externe Stimuli bezieht und nicht im Mittelpunkt der Erkrankung steht. Bei diesen Patienten drängt sich somit die Frage nach einer vermiedenen Emotion nicht unmittelbar auf. So kann ein Patient mit einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung seine Scham- und Hilflosigkeitsgefühle dadurch vermeiden, dass er sich in der Therapie angepasst

verhält, alle Hausaufgaben perfekt erfüllt, und sich sehr zufrieden mit dem Therapeuten und der Therapie zeigt. Oder eine Patientin mit einer Angsterkrankung kann ihr emotionales Schema von Einsamkeit und Traurigkeit mit einem hohen Autonomiebestreben und Kontrollverhalten vermeiden. Der Therapeut sollte immer davon ausgehen, dass ein emotionsphobischer Konflikt einen wesentlichen Teil der psychischen Problematik ausmacht und häufig Grundlage bzw. Nährboden für die offensichtlicheren symptomatischen Verhaltensweisen und Beschwerden ist. Er sollte nach emotionalen Konflikten suchen, auch und insbesondere, wenn diese nicht offensichtlich sind.



Das Prinzip der negativen Verstärkung ist für die Aufrechterhaltung von emotionalen Konflikten und der Symptomatik von entscheidender Bedeutung. Angesichts der problematischen bzw. symptomatischen Verhaltensweisen eines Patienten muss immer die Frage gestellt werden, welche Stimuli bzw. Erlebnisse und welche Emotionen er hierdurch zu vermeiden versucht.

Arbeit an primären und sekundären Emotionen. Vor diesem Hintergrund kann die emotionsfokussierte therapeutische Arbeit pragmatisch auf zwei Ebenen angeordnet werden. Zum einen auf der Ebene der Arbeit an den sekundären Emotionen, unter welchen der Patient symptomatisch leidet. Hierzu gehören die Emotionen, die im Vordergrund der jeweiligen psychischen Erkrankungen stehen (insb. die Angst). Zum anderen die Ebene der Arbeit an dysfunktionalen emotional-kognitiven Schemata in Form der primären maladaptiven Emotionen.

Die zentrale Rolle der Emotion Angst ist u. a. als die Reaktion auf ein frustriertes bzw. bedrohtes Bedürfnis nach Kontrolle über das Erleben der problematischen primären Emotionen zu verstehen. Es handelt sich hierbei dann um die Angst vor der Scham, die Angst vor der Traurigkeit, die Angst vor der Hilflosigkeit, die Angst vor dem Einsamkeitsgefühl und nicht zuletzt auch um die Angst vor der Angst, wie sie z. B. bei Panikpatienten vorkommt.

Während die sekundären Emotionen eher im Mittelpunkt des Erlebens des Patienten stehen und für den Therapeuten offensichtlich sind, müssen die primären Emotionen erst in der Therapie herausgearbeitet werden. In Bezug auf problematische sekundäre Emotionen ist der Patient aufgrund der offensichtlichen Belastung häufig auch eher zu einer veränderungsorientierten Arbeit motiviert. Bezüglich der primären Emotionen hingegen muss dem Patienten zunächst überhaupt einen Zugang zu diesem problematischen emotionalen Erleben ermöglicht werden. Da er bislang dieses emotionale Erleben vermieden und bekämpft hat, u. a. in Form seiner sekundären Emotionen, wird er sich dem auch nur annähern können, wenn der Therapeut ihm eine sichere, vertrauensvolle und das emotionale Erleben fördernde Beziehung anbietet. Darüber hinaus handelt es sich bei den primären Emotionen um beziehungsbezogene Emotionen wie Einsamkeit, Traurigkeit, Scham, Angst vor Verlassen-Werden, die sich durch ungünstige frühere Beziehungserfahrungen herausgebildet haben. Diese Emotionen lassen sich nur durch korrigierende emotional getragene Bezie-

hungserfahrungen verändern, die der Therapeut zu vermitteln in der Lage sein muss. Für die emotionsfokussierten Aspekte der Verhaltenstherapie ist also die Frage von Bedeutung, ob sich die Interventionen und Techniken auf die im Vordergrund stehenden Emotionen richten oder auf ein maladaptives emotionales Schema. Dies Konzept von emotionalen Schemata mit ihren maladaptiven primären Emotionen impliziert gewissermaßen die Symptombildung durch dysfunktionale Bewältigungsstrategien. So sinnvoll und von Bedeutung dieses Konzept für die Therapie aber auch ist, so setzt es nicht den Ansatz der symptomorientierten Interventionen in der KVT außer Kraft, welche auch eine Top-down-Veränderung von emotional-kognitiven Schemata bewirken können. So wird ein Patient mit einer sozialen Phobie, dessen soziale Angst und der damit einhergehende soziale Rückzug eine Bewältigungsstrategie für seine primären Scham- und Minderwertigkeitsgefühle ist, regelhaft von einem Training sozialer Kompetenzen profitieren. Die hierbei erzielten Erfolge, z. B. positive Beziehungen oder berufliche Erfolge, wirken nämlich in Folge auch positiv auf seine Scham- und Minderwertigkeitsgefühle.

Allerdings lässt sich im praktischen Alltag auch das Phänomen beobachten, dass z. B. Patienten mit einer Zwangsstörung unter einem KVT-Programm mit Exposition eine deutliche Besserung ihrer Symptomatik erfahren, aber weiterhin Gefühle von Scham und Schuld erleben (Clark, 2012). In solchen Fällen hat die erfolgreiche Bearbeitung der sekundären Emotion offenbar das Erleben von primären Emotionen in den Vordergrund gerückt.

Hinweise auf emotionsphobische Konflikte

Die folgenden Punkte können in der klinischen Praxis für Therapeuten hilfreich sein, um verdeckte emotionsphobische Konflikte frühzeitig zu entdecken:

- ▶ Die Therapie »läuft zu glatt«. In der psychotherapeutischen Arbeit kommt es unweigerlich zu Problemaktualisierungen, bei denen der Patient mit vermiedenen Emotionen in Kontakt kommt. Bleiben solche Aktivierungen unangenehmer Emotionen mit entsprechenden Verhaltensreaktionen des Patienten zu lange aus, kann dies an seiner Vermeidungshaltung liegen.
- ▶ Deutlich angepasstes Verhalten des Patienten z. B. bezüglich therapeutischer Hausaufgaben oder ein auffälliges Rückversicherungsverhalten mit Fragen nach der Zustimmung des Therapeuten können ein Hinweis auf die Vermeidung von Emotionen wie Angst, Einsamkeit, Scham oder Unsicherheit sein.
- ▶ Der Therapeut stellt sich im Therapieverlauf immer wieder die Frage, welche Emotionen dem Patienten vermutlich am unangenehmsten sind und wie diese ausgelöst werden können. Es sollte versucht werden, die entsprechende Emotion im sicheren Rahmen der therapeutischen Beziehung gezielt zu stimulieren (u. a. direktes Ansprechen, Imagination, Rollenspiel) und einer Bearbeitung zugänglich zu machen.

Die erwähnten Facetten eines emotionsfokussierten Fallkonzeptes sind in Abbildung 3.1 dargestellt. Ein leeres Fallkonzept findet sich als Arbeitsblatt 1 im Anhang.

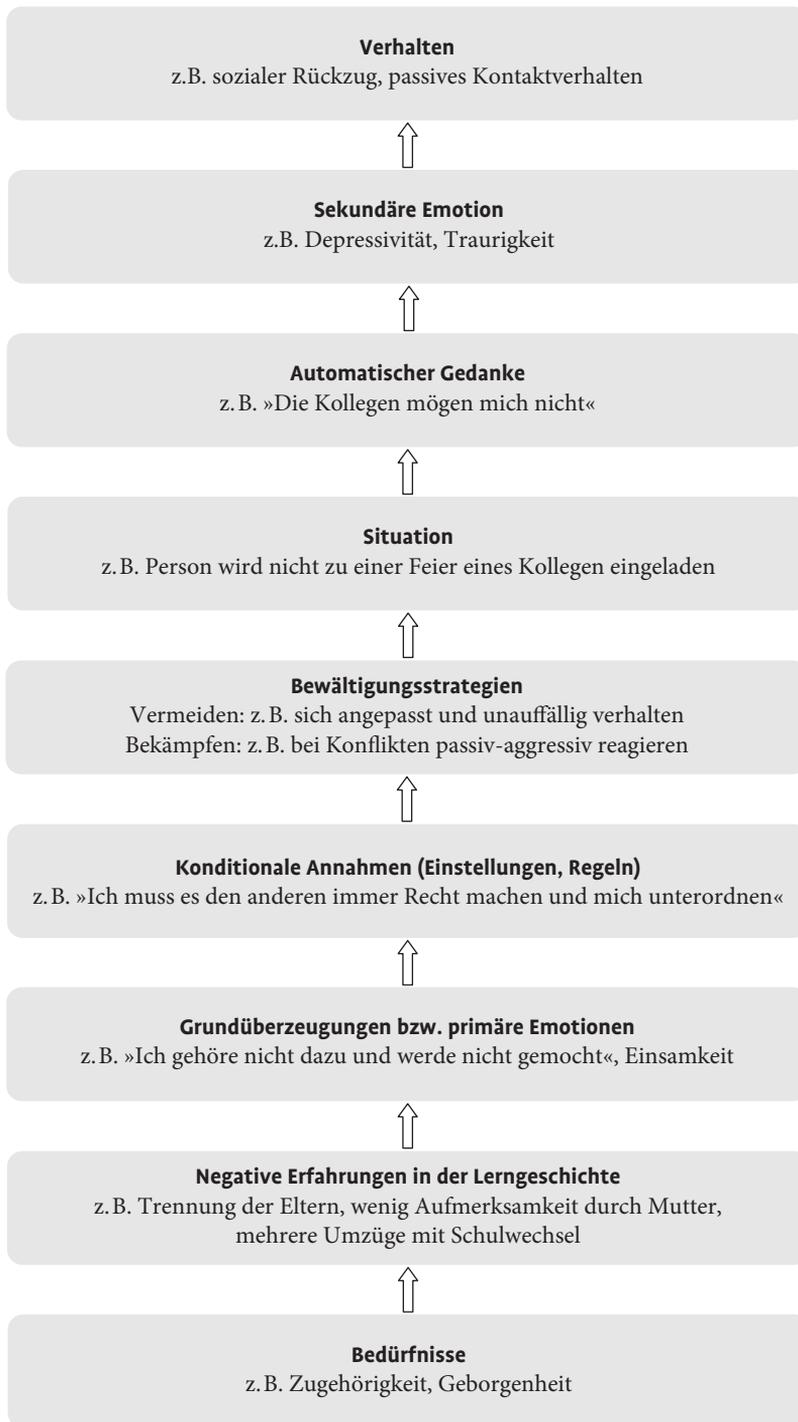


Abbildung 3.1 Fallkonzept (mit Beispiel)

3.3 Verhaltensanalyse mit Fokus auf Emotionen

Die Verhaltensanalyse zeigt wichtige Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen und Techniken auf, weshalb sie auch bei der emotionsfokussierten Arbeit am Anfang der Therapie stehen sollte. Aus didaktischen Gründen soll an dieser Stelle zunächst eine Verhaltensanalyse vorgestellt werden, wie sie im Rahmen einer KVT üblich ist, um diese dann im Anschluss um wichtige emotionale Aspekte zu ergänzen.

Eine Verhaltensanalyse für einen sozialphobischen Patienten könnte z. B. wie folgt aussehen:

- ▶ **Situation:** Der Patient muss zum Jahresgespräch mit seinem Vorgesetzten (externe auslösende Situation).
- ▶ **Organismus:** Der Patient weist die negative Grundannahme »Ich bin minderwertig.« auf. Diese bedingt die konditionale Annahme »Andere Menschen sind mir überlegen und sehen meine Fehler.«, welche in die Verhaltensregel bzw. Bewältigungsstrategie mündet: »Ich muss ständig kontrollieren, dass ich nichts falsch mache, und wann immer möglich neue Aufgaben und Herausforderungen vermeiden.«
- ▶ **Reaktion (kognitiv):** »Ich bin ein Versager und werde die neuen Aufgaben eh nicht schaffen! Mein Vorgesetzter wird schlecht über mich denken!«
- ▶ **Reaktion (emotional):** Angst, starke Beunruhigung
- ▶ **Reaktion (physiologisch):** Anspannung, Unruhe, Zittern der Hände, Schweißausbruch
- ▶ **Reaktion (motorisch):** Der Patient sagt den Termin kurzfristig ab.
- ▶ **Positive Konsequenz:** Nach der Absage des Termins nimmt die Angst und Anspannung ab: negative Verstärkung.
- ▶ **Negative Konsequenz:** Der Patient hat wiederum die Erfahrung gemacht, dass er sich in einer sozialen Situation nicht behaupten konnte und seine beruflichen Probleme nehmen zu.

Emotionsfokussierte Verhaltensanalyse. Zum Zweck der emotionsfokussierten Interventionen kann für den gleichen Patienten die folgende Verhaltensanalyse formuliert werden, welche um die wesentlichen emotionalen Konflikte ergänzt wurde:

- ▶ **Situation:** Der Patient muss zum Jahresgespräch mit seinem Vorgesetzten (externe auslösende Situation).
- ▶ **Organismus:** Der Patient weist die negativen Grundannahmen »Ich bin minderwertig.« auf. Dieser Grundannahme entspricht die maladaptive primäre Emotion der Scham und der Angst vor dem Verlassenwerden (emotionales Schema). Diese bedingen die konditionale Annahme »Andere Menschen sind mir überlegen und sehen meine Fehler.«, welche in die Verhaltensregel bzw. Bewältigungsstrategie »Ich muss ständig kontrollieren, dass ich nichts falsch mache, und sollte Kontakte vermeiden.« mündet, welche dazu dient, nicht in Kontakt mit der Scham und der Angst zu kommen.

- ▶ **Reaktion (primär emotional):** Aktivierung der Scham und der Verlassenheitsangst durch Gedanken an das kommende Gespräch (emotionales Schema).
- ▶ **Reaktion (kognitiv):** »Was könnte ich dieses Jahr falsch gemacht haben? Was für neue Aufgaben kommen auf mich zu, denen ich nicht gewachsen bin?« Die kognitive Reaktion (Grübeln, Kontrollieren) wird als dysfunktionale Bewältigungsstrategie für die Emotionen der Scham und Angst aufgefasst.
- ▶ **Reaktion (physiologisch):** Anspannung, starke Beunruhigung
- ▶ **Reaktion (kognitiv):** »Ich bin ein Versager und werde die neuen Aufgaben eh nicht schaffen! Mein Vorgesetzter wird schlecht über mich denken!«
- ▶ **Reaktion (sekundär emotional):** Aus der kognitiven Reaktion ergeben sich die sekundären Emotionen der Angst und der Unsicherheit.
- ▶ **Reaktion (motorisch):** Der Patient sagt den Termin kurzfristig ab. Die motorische Reaktion wird als dysfunktionale Bewältigungsstrategie für die Emotionen der Angst und der Unsicherheit aufgefasst.
- ▶ **Positive Konsequenz:** Nach der Absage des Termins nimmt die Angst und die Anspannung ab: negative Verstärkung.
- ▶ **Negative Konsequenz:** Der Patient hat wiederum die Erfahrung gemacht, dass er sich in einer sozialen Situation nicht behaupten konnte und seine berufliche Probleme zunehmen. Hierdurch wird sein emotionales Schema der Scham und Verlassenheitsangst aufrechterhalten.

In dieser emotionsfokussierten Verhaltensanalyse findet sich im Wesentlichen die Unterscheidung von primären Emotionen und sekundären Emotionen wieder. Außerdem wurde ansatzweise eine Kettenanalyse in Bezug auf situative kognitive Prozesse eingebaut, deren Ausgangspunkt die kurzfristige Aktivierung der primären Emotion ist. Hierauf reagiert der Patient mit bewältigungsorientierten Kognitionen, welche jedoch bei zunehmender Anspannung in katastrophisierende automatische Gedanken übergehen, die dann die sekundäre Emotion von Angst auslösen. Die behaviorale Reaktion ist wiederum eine Bewältigungsstrategie, die auf die sekundäre Emotion gerichtet ist.

Die Verhaltensanalyse wird zusammen mit weiteren Informationen unter Zuhilfenahme des Arbeitsblattes 1 in ein Fallkonzept eingefügt, das Grundlage der weiteren therapeutischen Interventionen und Techniken ist.

Ansatzpunkte für emotionsfokussiertes Vorgehen. Aus dieser Verhaltensanalyse ergeben sich neben vielen anderen Techniken und Interventionen u. a. die folgenden emotionsfokussierten Ansatzpunkte:

- ▶ Reduktion der dysfunktionalen Bewältigungsstrategie des Grübelns und Kontrollierens mit achtsamer Akzeptanz von Scham und Verlassenheitsängsten
- ▶ Reduktion des Problemverhaltens (Absage des Gespräches) mit Exposition der Angst
- ▶ Disputation und Korrektur emotionsauslösender Kognitionen (für Angst, Scham und Verlassenheitsängste)
- ▶ Identifikation der maladaptiven primären Emotionen und deren Bearbeitung

- ▶ Arbeit an biographischen Aspekten der primären Emotionen
- ▶ Zwei-Stuhl-Arbeit an Scham und Verlassenheitsängsten
- ▶ Erlernen von selbstberuhigenden Sätzen (i. S. der Self-Compassion-Psychotherapie)

Fallbeispiel

Der 47-jährige Patient kommt wegen seiner Belastung durch die gerade vollzogene Trennung von seiner Ehefrau zur Therapie. Er habe immer nur sehr kurze Beziehungen geführt und sich vor vier Jahren entschieden, mit der damals gerade aktuellen Freundin eine Familie zu gründen. Doch schon vor der Geburt des Sohnes vor zwei Jahren habe es zunehmend Streitigkeiten gegeben. Der Patient war über die Entwicklung zutiefst unglücklich, da er sich als beziehungsunfähig erlebte. In der Verhaltensanalyse konnten u. a. Gefühle von Ärger und Genervtheit herausgearbeitet werden, welche bei engeren Kontakten zu Frauen schnell auftraten. Er bräuchte dann immer viel Abstand und Zeit alleine, um sich wieder wohl zu fühlen. Der Ärger konnte als sekundäre Emotion identifiziert werden, die immer auftrat, wenn sich eine Nähe zu einer Frau entwickelte. Als primäre Emotionen stellten sich im Verlauf Einsamkeit, Traurigkeit und Angst i. S. eines Horror Vacui dar. Diese nicht zuletzt in ihrer Intensität maladaptiven Emotionen konnten auf traumatische Erfahrungen in seinen ersten zwei Lebensjahren zurückgeführt werden. Er wuchs damals nach der Trennung der Eltern bei seiner drogenabhängigen Mutter auf, die ihn komplett vernachlässigt hatte. Im Alter von zwei Jahren kam er zu seinem Vater, da er aufgrund der körperlichen Vernachlässigung stark untergewichtig war. Diese Beziehungserfahrung hatte ihre emotionalen Spuren bei ihm hinterlassen und die Angst war eine regelrecht Angst vor der Beziehungslosigkeit und der existentiellen Bedrohung hierdurch. Wann immer eine Frau ihm später zu nahe kam, wurden diese Emotionen aktiviert, die er nicht ertragen konnte.

3.4 Einsatz emotionsfokussierter Strategien im Therapieverlauf

Jede bekannte verhaltenstherapeutische Strategie, Intervention bzw. Technik kann um emotionsfokussierte Aspekte erweitert werden. Deswegen kann es auch nicht einen spezifischen Zeitpunkt für emotionsfokussierte Interventionen im Therapieverlauf geben. Schon in der Exploration der Problematik und spätestens bei den Verhaltensanalysen treten die problematischen Emotionen und die hiermit assoziierten Verhaltensweisen und Kognitionen zu Tage. Bereits bei der Problemklärung bietet sich also neben der Verhaltensanalyse die Durchführung einer Emotionsanalyse und Psychoedukation bezüglich des Zusammenhanges von Emotionen, Kognitionen und Verhalten an (s. Abschn. 3.3). Das Augenmerk sollte also von Beginn der Therapie an auf den Problememotionen liegen. So werden in der therapeutischen Beziehung, insbesondere bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, regelhaft deren Problememotionen