

## **Teil I: Theorie, Diagnostik und Fallformulierung**

# 1 Affekte und Affektphobien in der STDP

Das Ziel des Kapitels ist (1) die Darstellung des Konzepts der Affektphobie und (2) das Herausstellen seiner Bedeutung für die Psychotherapie. Lernziele

- 1.1 Was ist eine Affektphobie? Themen
- 1.2 Warum fokussiert diese Behandlungsmethode auf den Affekt?
- 1.3 Definition und Klassifikation der Affekte
- 1.4 Adaptiver versus maladaptiver Affektausdruck
- 1.5 Die Entwicklung und Behandlung von Affektphobien: Eine Einführung
- 1.6 Die Bedeutung der Angstregulation
- 1.7 Die Therapieziele
- 1.8 Übungen

## 1.1 Was ist eine Affektphobie?

Das Modell STDP gründet auf der Prämisse, dass den meisten psychogenen Störungen konflikthafte Gefühle – d. h. *Affektphobien* – zugrunde liegen.

Die meisten Therapeuten sind mit dem Konzept der Phobien vertraut. Menschen mit Phobien können vor einer Vielzahl äußerer Stimuli Angst haben: Brücken, Spinnen, weite Plätze oder soziale Situationen beispielsweise. Um ihre Angst in Schach zu halten, wenden Patienten unterschiedliche Verhaltensweisen an, um diese Stimuli zu vermeiden. Weil diese phobischen Stimuli außerhalb der Person liegen, können sie als *externale Phobien* bezeichnet werden.

»Externale« Phobien

Überraschenderweise können ganz ähnliche Muster auch in einer psychodynamischen Behandlung beobachtet werden. Nachdem Leigh McCullough viele Stunden Videoaufnahmen von psychodynamischen Kurzzeittherapien studiert hatte, wurde ihr klar, dass das, was als »psychodynamischer Konflikt« begriffen wird, in der Sprache der Lerntheorie genauso gut als Affektphobie bezeichnet werden kann – eine Phobie vor den eigenen Gefühlen (McCullough 1991, 1993, 1994, 1998). Weil diese Phobien innere Gefühlszustände betreffen, prägte sie dafür den Begriff der *internalen Phobie*.

Internale  
(Affekt-)Phobien

Genauso wie jemand kilometerweite Umwege zurücklegt, um eine Brücke zu vermeiden, so vermeiden Patienten oft auf ganz und gar phobische Weise das Erleben und den Ausdruck bestimmter Affekte (Gefühle). Der eine Patient vermeidet Trauer, ein anderer Ärger und ein Dritter Nähe. Und wie Patienten mit externalen Phobien vermeiden auch Patienten mit Affektphobien Gefühle durch die Entwicklung bestimmter vermeidender Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, welche in der Sprache der psychodynamischen Psychotherapie als *Abwehrmechanismen* bezeichnet werden. Vermeidende Reaktionen – oder Abwehrmechanismen – helfen den Patienten, konflikthafte Gefühle hauptsächlich dadurch zu vermeiden, indem sie diese unbewusst machen oder vom Bewusstwerden fernhalten. Jedoch hält die Wirkung der Gefühle auch dann an, wenn sie unbewusst sind. Bspw. können Ärger, Traurigkeit oder Zärtlichkeit, lange bevor wir uns dessen bewusst sind, in uns aufkommen.

Abwehrmechanismen zur Vermeidung von Affekten

Eine Person, die phobisch Ärger oder Selbstbehauptung vermeidet, kann stattdessen zur Abwehr schweigsam werden, weinen, sich depressiv fühlen oder sich unterwürfig verhalten – oder, wenn eine Grenze überschritten wurde, die Kontrolle verlieren und um sich schlagen. Aufgrund ihrer Affektphobie ist diese Person nicht fähig, adaptiver auf ihre Gefühle von Ärger

Beispiele für Affektphobien

oder Selbstbehauptung einzugehen, indem sie sich auf angemessene Art und Weise abgrenzt. Falls Trauer gefürchtet wird, werden Tränen erstickt, man gibt sich amüsiert oder wird emotional taub, anstatt zu schluchzen und darin Erleichterung zu finden. Menschen, die phobisch Zärtlichkeit und Mitgefühl vermeiden, verhalten sich oft hart, sind immer beschäftigt oder werten andere ab, anstatt Nähe zuzulassen und sich zu öffnen. Dies sind nur ein paar Beispiele für Affektpobien; es gibt viele Arten, adaptive Gefühle abzuwehren. Um unsere Position zu verdeutlichen, dass diese unterschiedlichen Arten und Weisen, Affekte aus Angst zu vermeiden, zu den meisten Problemen führen, die wir in der psychotherapeutischen Praxis vorfinden, wenden wir uns nun dem Gegenstand der Affekte selbst zu.

## 1.2 Warum fokussiert diese Behandlungsmethode auf den Affekt?

**Gefühle haben wichtige Signalfunktion** Gefühle transportieren äußerst wichtige Informationen darüber, wie Menschen auf Lebenserfahrungen reagieren. Wenn man diese Informationen verwirft, ist man von einem lebenswichtigen Teil des eigenen Selbst abgeschnitten. Affekte haben eine ganz herausragende Bedeutung in dieser Behandlungsmethode. Patienten werden deshalb darin unterwiesen, sich die folgende Frage immer wieder zu stellen:

»Was sagen meine Gefühle mir?«

*Patienten sollen jedes ihrer Gefühle als ein lebensnotwendiges Signal betrachten, dem man nicht unbedingt folgen muss, dem man sich aber immer zuwenden sollte.*

**Zu wenig Aufmerksamkeit für Affekte** Sowohl die psychodynamische als auch die kognitiv-behaviorale Tradition legte den Schwerpunkt auf Kognitionen (Gedanken), intellektuelle Einsicht und Interpretation; relativ wenig Gewicht wurde dem tatsächlichen Erleben der Affekte beigemessen. Dies ist überraschend, weil viele Patienten mit emotionalen Problemen, Depressivität und Ängsten in Behandlung kommen. Allerdings ist es meist leichter, den Schwerpunkt auf die Kognitionen zu legen, weil diese für das Bewusstsein leichter greifbar sind. Mit der affektfokussierten Psychotherapie versuchen wir, das Verhältnis von Affekt und Kognition zu ändern, indem wir die zentrale und ganz entscheidende Rolle betonen, die das Erleben adaptiver Affekte für therapeutische Veränderung hat.

Es geht nicht darum zu werten nach dem Motto »Ein Fokus auf den Affekt ist gut, ein Fokus auf die Kognitionen ist schlecht.« Kognitionen werden immer ein wesentliches Agens therapeutischer Veränderung sein. Außerdem arbeiten viele Verhaltenstherapeuten effektiv mit Affekten (bspw. im Kontext des Konzepts der »heißen Kognitionen«), wohingegen viele psychodynamischen Psychotherapeuten ihren Patienten oft eher dabei helfen, *über Affekte zu sprechen* als ihnen dabei zu helfen, *ihre Affekte tatsächlich zu erleben*.

Sehr viele Patienten kommen wegen Problemen in Behandlung, die ganz direkt mit dem Gefühlsleben verbunden sind (wie Ängste und Depressionen). Daneben gibt es aber noch viele weitere Gründe, warum es wichtig ist, in der Behandlung den Schwerpunkt auf das affektive Erleben zu legen.

**Affekte als primäres Motivationssystem** In der Behandlung geht es neben der Veränderung seiner Symptomatik, wie bspw. Angst und Depressivität, um die Veränderung des Verhaltens des Patienten. Dem Affekttheoretiker Silvan Tomkins (1962, S. 28-87) zufolge gibt es drei grundlegende motivationale Systeme – innere körperliche Empfindungen und Gefühle –, die uns zu Handlungen bewegen oder spezifische Handlungstendenzen in Gang setzen.

1. Biologische Triebe (Hunger, Durst, Sex usw.)
2. Körperlicher Schmerz
3. Affekte (Ärger, Trauer, Betrübnis, Begeisterung, Furcht, Scham, Freude usw.)

Wie Tomkins zeigt, sind Affekte die primären Motivatoren unseres Verhaltens, weil Affekte jeden Stimulus, mit dem sie assoziiert sind, verstärken. Begeisterung belebt jede Erfahrung, wohingegen Furcht, Scham oder Ekel eine hemmende Wirkung haben. Freude ermuntert dazu, teilzunehmen und sich einzubringen, wohingegen Scham dies durchkreuzt. Auch biologische Triebe (z. B. Hunger, Durst, Sex) motivieren Verhalten, dennoch können Affekte weit mächtiger sein. Denken Sie nur daran, wie leicht der Schamaffekt den Fortpflanzungstrieb hemmen kann, oder wie der Ekel, zum Beispiel darüber, fett zu sein, manche dazu bringen kann, die Nahrungsaufnahme zu verweigern (Tomkins 1984, 1992).

*Falls Affekte die grundlegende motivationale Kraft unserer menschlichen Natur sind, dann müssen sie ganz zentral für unsere klinische Theorie und Praxis sein, wenn man Verhaltensveränderungen bei Patienten bewirken möchte.*

Tomkins hat auch gezeigt, dass, anders als Triebe, affektive Verbindungen verändert werden können (1992, S. 23-27). Unsere Triebe können wir nicht verändern: Wir müssen essen und trinken, und auch unsere sexuelle Orientierung ist ziemlich stark festgelegt. Aber wenn wir während unserer kindlichen Entwicklung gelernt haben, uns wegen bestimmter Dinge zu schämen oder zu fürchten, so können wir dies später wieder verändern. Wir können lernen, stolz auf uns zu sein, anstatt uns zu schämen. Wir können lernen, in sozialen Beziehungen von Freude anstatt Angst erfüllt zu sein oder begeistert statt ärgerlich oder voller Ekel an eine Sache heranzugehen. Wir können auch lernen, uns weniger furchtsam oder beschämmt zu fühlen, wenn wir seelischen Schmerz, Ärger, Zärtlichkeit oder sexuelle Erregung erleben. Neben den angenehmen Empfindungen oder dem seelischen Schmerz, den Affekte auslösen können, besteht ihre wichtige Signalfunktion darin, dass sie uns führen, positionieren und motivieren. Um Patienten zu verstehen und ihr Verhalten vorherzusagen sowie zu beeinflussen, ist es unabdingbar, die affektiven Verknüpfungen zu verstehen und zu verändern, die zu maladaptiven oder adaptiven Reaktionen führen. *Affektive Verknüpfungen, die einst »erlernt« wurden, können auch wieder abgelegt und neu erlernt werden.*

Affektive Verknüpfungen verändern

Lernen bedeutet natürlich in diesem Kontext mehr als der kognitive Erwerb von deklarativem Wissen oder intellektueller Einsicht. Um echte Verhaltensänderungen zu erreichen, müssen Patienten *prozedurales Handlungswissen* erwerben, das heißt, lernen durch neue Erfahrungen. Die Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen des Patienten müssen in seinen körperlichen Empfindungen verankert sein. Die Behandlung zielt darauf ab, dem Patienten viszerale affektive Erfahrungen zu vermitteln. Dies führt zu einem Umlernen beziehungsweise einer Veränderung maladaptiven Verhaltens.

*Affektive Verbindungen wurden durch Erfahrungen erworben und können durch korrigierende Erfahrungen wieder verändert werden. Dadurch wird die affektfokussierte Psychotherapie besonders wirksam.*

Obwohl Affekte als körperliche Signale unsere Handlungen steuern, bleiben sie oft außerhalb des Bewusstseins (d. h. unbewusst). Affekte sind deshalb für Patient und Therapeut schwierig zu erkennen. Bspw. teilen Patienten oft mit, dass sie sich des ansteigenden Ärgers, der Traurigkeit oder Zärtlichkeit nicht bewusst sind, bis diese wie plötzlich hervorbricht. Falls affektive Signale nicht aufgespürt, bewusstgemacht und beachtet werden, können diese unsichtbaren Kräfte das Verhalten des Patienten lenken. Die zentralen motivierenden Affekte zu verfehlen bedeutet, entscheidende Gelegenheiten für echte Veränderung zu verpassen.

Affekte erkennen ist schwierig

Oft kann es schwer erscheinen, sich Gefühlen zu stellen, sie auszuhalten oder zu kontrollieren. Nicht nur Patienten fürchten Gefühle und neigen dazu, sie zu vermeiden; auch Therapeuten haben dieses Problem. Der ausdrückliche Fokus auf den Affekt kann die Neigung von Patient und Therapeut, Affekten aus dem Weg zu gehen, begrenzen. Auch für die Ausbildung von angehenden Psychotherapeuten ist der Schwerpunkt auf den Affekt sehr hilfreich, weil sie dadurch das Rüstzeug für die herausfordernde Arbeit mit Gefühlen erhalten.

Gefürchtete und vermiedene Affekte

Das limbische System und das Mesencephalon (Mittelhirn) stellen eine frühere evolutionäre Entwicklung dar als der Neokortex (Großhirnrinde). Affekte werden vor allem im limbischen System und Mittelhirn generiert, wohingegen die sprachbasierte Verarbeitung und die Affektmodulation vorwiegend im Neokortex vonstatten gehen. Auch wenn Affekt und Kognition eng miteinander verflochten werden können, so muss man davon ausgehen, dass Affekte bei seelischen Prozessen elementarer sind und eine Vorreiterrolle innehaben.

Affekte sind früh angelegt

Auch wenn limbisches Systems und Mittelhirn oft abwertend als »primitiv« bezeichnet werden, wurden sie in der Evolutionsgeschichte erhalten, gerade weil emotionale Prozesse lebensnotwendig sind. Ein gutes Beispiel hierfür ist die konditionierte Angst (LeDoux 1996). Um zu überleben, müssen sensorische Stimuli, die mögliche Gefahren anzeigen, möglichst rasch verarbeitet werden. Dies geschieht direkt über die Amygdala im limbischen System. Der Preis für die Geschwindigkeit ist die Präzision: Die Amygdala kann einen Stock mit einer Schlange verwechseln und so die »Kampf-oder-Flucht-Reaktion« auslösen. Die Großhirnrinde benötigt ein paar Millisekunden länger, um die sensorischen Informationen differenzierter zu verarbeiten und die Reaktion der Amygdala zu hemmen, wenn sich die Schlange in Wahrheit als harmloser Stock erweist.

Im Analogschluss können wir spekulieren, dass Interventionen, die auf das affektive Erleben abzielen, sich stärker auf das limbische System auswirken, wohingegen Interventionen, die auf die Kognitionen abzielen, sich mehr auf den Neokortex auswirken. Kognitive Interventionen wie der Aufbau von Copingstrategien können unmittelbare affektive Reaktionen hemmen, aber um an die Wurzel des Problems zu kommen, muss man sich mit den Strukturen des limbischen Systems und Mittelhirns beschäftigen, wo die affektiven Erfahrungen erzeugt werden.

**Affekte gehen sprachbasierten Kognitionen voraus**

So wie Affekte den sprachbasierten Kognitionen in der Evolution vorausgehen, so treten auch in der individuellen Säuglingsentwicklung Affekt und Motivation vor den sprachbasierten Kognitionen auf. Auch wenn sich Kognition und Affekt mit Voranschreiten der Entwicklung mehr und mehr verflechten, sind die Affekte bereits bei Geburt präsent und gehen der Sprachentwicklung voraus. Stern (1985) zeigt die Bedeutung der affektiven Erfahrungen für die Entwicklung des Kernselbst des Säuglings. Diese tiefen und frühen affektiven Lernerfahrungen müssen in der klinischen Arbeit berücksichtigt werden, weil Affekte die elementaren Kräfte für die Motivation des Säuglings und für die Entwicklung des Selbstempfindens sind.

**Affekt und Kognition sind miteinander verwoben**

Weil Affekt und Kognition während der Entwicklung eng miteinander verwoben werden, werden beide zu starken, motivierenden Kräften des Verhaltens im Erwachsenenalter. Kognitionen spielen eine wichtige Rolle für die Steuerung, Kontrolle und Auswahl von Affekten, maladaptive Kognitionen tragen in erheblichen Maße zur Psychopathologie bei. Kognitive Interventionen sind sehr wirksam darin, Affekte und Verhalten zu verändern, weil es zwischen beiden eine starke Verbindung gibt. Wenn man sich jedoch nur den Kognitionen zuwendet, ohne gleichzeitig die affektiven Erfahrungen zu beachten, bedeutet dies, eine grundlegende treibende Kraft des Verhaltens auszuklammern. Ein bedeutsamer Teil der Wirkung kognitiver Interventionen geht unseres Erachtens auf den Einfluss dieser Interventionen auf die zugrundeliegenden Affekte zurück.

Auch wenn in diesem Manual immer wieder die Bedeutung affektiver Erfahrungen hervorgehoben wird, so halten wir es für ebenso wichtig, dass (1) maladaptive Kognitionen, die affektive Veränderungen blockieren und (2) adaptive Kognitionen, die adaptive Reaktionen leiten, unterstützen und steuern, beachtet werden müssen.

**Fokus auf Affekt ist evidenzbasiert**

Schließlich gibt es zunehmend Evidenz aus Forschung und klinischer Erfahrung, dass die systematische Fokussierung der konflikthaften Gefühle das Leiden des Patienten lindert. Zwei klinische Studien haben die Wirksamkeit dieser Behandlungsform bei Patienten mit Achse-II Cluster C-Persönlichkeitsstörungen und affektiver Störungen gezeigt (Winston et al. 1991, 1994; Svartrberg & Stiles 2003). Außerdem haben mehrere Prozessstudien die Wirksamkeit der affektfokussierten Behandlung gezeigt (Übersicht in McCullough 1998, 2000).

**Zusammenfassung**

Auch wenn Kognitionen im Allgemeinen mehr Aufmerksamkeit bekommen als affektive Erfahrungen, so legt dieses STDP-Modell aus folgenden Gründen den Schwerpunkt auf die Affekte:

- Affekte sind das primäre Motivationssystem und deshalb für jede Veränderung entscheidend.
- Affektive Verbindungen, die erlernt wurden, können abgelegt und neu organisiert werden.
- Affekte sind nicht immer bewusst und können deshalb oft übersehen werden.
- Es kann schwer sein, sich den Affekten zu stellen und diese zu ertragen, weshalb man sie leicht vermeidet, wenn man sich nicht gezielt und systematisch mit ihnen befasst.

- Affekte gehen den Kognitionen in der Evolution voraus und werden im Gehirn gesondert und zeitlich meist vor den Kognitionen verarbeitet.
- In der Säuglingsentwicklung treten zuerst Affekte und später Kognitionen auf.
- Der affektfokussierte Behandlungsansatz hat sich in zwei randomisierten klinischen Studien als wirksam erwiesen.

## 1.3 Definition und Klassifikation der Affekte

Emotionen sind weniger greifbar und sichtbar als äußere Objekte und deshalb schwerer zu benennen. In der Literatur werden die Bezeichnungen für Gefühle relativ uneinheitlich gebraucht. Um etwas Klarheit zu schaffen, verwenden wir in diesem Manual die folgenden Definitionen für Gefühl, Emotion und Affekt:

**Schwierigkeiten mit der Definition**

Unter einem Affekt wird ein biologisch angelegtes Set psychischer, körperlicher/physiologischer, mimischer und hormoneller Reaktionen verstanden, die uns zum Handeln motivieren. Die angeborenen Affekte sind Interesse, Freude, Ärger, Trauer, Furcht, Scham und Verachtung. Diese Bezeichnungen stehen für unterschiedliche Gruppierungen von Gefühlen. Bspw. umfasst die Kategorie Furcht auch Sorge, Angst, Schrecken und Grauen; ähnlich schließt Ärger auch Gereiztheit, Selbstbehauptung oder Zorn mit ein.

**Definition: Affekt**

Viele Autoren haben unterschiedliche Termini für die Bezeichnungen von Emotionen eingeführt (z. B. Tomkins 1962, 1963, 1991, 1992; Basch 1976; Damásio 1994, 1999; Frijda 2001; Lazarus 1991; Oatley & Jenkins 1996; Watson & Clark 1995). Bspw. verwendet Tomkins den Begriff der Emotion als ein Synonym für Affekt, wohingegen andere Autoren Emotion komplexer definieren, als Mischung von Affekt und lebensgeschichtlicher Erinnerung (z. B. Basch 1976; Nathanson 1992). Angesichts dessen entschieden wir uns, Affekt, Emotion und Gefühl als weitgehend austauschbare Begriffe zu verwenden, um es einfach zu halten und Tomkins zu folgen.

Das Wort Gefühl wird oft nicht formal definiert, auch wenn viele Emotionsforscher diesen Begriff für das bewusste Erleben der Emotion oder des Affekts reservieren. In der STDP wird das Wort »Gefühl« oder »Fühlen« häufig auch dann verwendet, wenn diese »Gefühle« dem Patienten zunächst nicht bewusst sind (wie in nachfolgendem Beispiel):

**Definition: Gefühl**

**THERAPEUT:** Ihr Gesichtsausdruck wirkt so, als ob Sie sich gerade jetzt traurig fühlen. Was denken Sie?

**PATIENT:** Ja, jetzt, wo Sie es ansprechen ... ich hatte es zuvor nicht gemerkt.

In diesem Manual wie in unserer klinischen Praxis wird »Fühlen« deshalb nicht auf die bewusste Erfahrung eingeengt, sondern auch verwendet, wenn vor- und unbewusste Affekte gemeint sind. Auch hat das Verb »fühlen« eine breitere Bedeutung, weil Menschen nicht nur ihre Gefühle fühlen, sondern auch andere Empfindungen: äußere Sinneswahrnehmungen wie Bewegungen oder die Beschaffenheit von Dingen.

Es gibt nur wenige Grundaffekte. Experten diskutieren noch die Feinabstimmung der Einteilung, aber die vier weitestgehend akzeptierten Kategorien sind:

- Trauer (sorrow)
- Ärger (anger)
- Freude (joy)
- Furcht (fear)

Im Englischen bietet sich hier die Eselsbrücke »sad-mad-glad-scared« an.

Hinsichtlich der Übereinstimmung der Emotionsforscher kommen dann an zweiter Stelle die folgenden vier Affekte:

- Begeisterung (excitement)
- Scham (shame)

- Verachtung/Ekel (contempt/disgust)
- Zärtlichkeit/Zuwendung (tenderness/care)

Weil jeder dieser Affekte für eine »Familie« eng miteinander verbundener Emotionen steht, die unterschiedliche Gefühlsintensitäten abdecken, halten wir es mit Tomkins und verwenden duale Begriffe, um dies abzubilden, wie Vergnügen/Freude (enjoyment/joy) oder Furcht/Schrecken (fear/terror).

**Zwei Affektgruppen** Unter klinischen Gesichtspunkten, also wenn es darum geht, Verhalten zu verändern, ist es hilfreich, die Grundaffekte in zwei Gruppen einzuteilen:

1. Aktivierende Affekte (z. B. Ärger), die uns öffnen, uns dazu bewegen, uns einzubringen oder uns anzunähern.
2. Inhibitorische Affekte (z. B. Scham), die uns verschließen oder uns dazu bewegen, uns zurückzuziehen oder etwas zu vermeiden.

Die meisten Affekte lassen sich einer der beiden Gruppen zuordnen. Ein paar aber, wie Furcht und Ekel, können sowohl aktivieren als auch inhibieren. Die nachfolgende Aufzählung der Grundaffekte folgt den Arbeiten von Tomkins mit leichten Modifikationen für den klinischen Gebrauch.

### Aktivierende Affekte

Die aktivierenden Affekte bewegen uns, energetisieren uns und stoßen Handlungen an, uns anzunähern statt zu vermeiden, uns zu öffnen anstatt uns zu verschließen, zu rennen statt zu erstarren. Jeder dieser Affekte kann adaptiv oder maladaptiv auftreten (► Kap. 1.4). Die STDP zielt darauf ab, Patienten zu helfen, diese Affekte auf adaptive und konstruktive Weise auszudrücken. Im Einzeln unterscheiden wir acht Kategorien aktivierender Affekte:

#### Ärger / Selbstbehauptung: *Verstimmung, Gereiztheit, Zorn, Rage, Tobsucht*

**Funktion** Dient dazu, eigene Bedürfnisse geltend zu machen, Grenzen zu ziehen, eine nicht erwünschte Handlung oder Grenzverletzung zurückzuweisen und Einhalt zu gebieten. Im Kontext der affektfokussierten Behandlung sprechen wir immer von Ärger in Verbindung mit Selbstbehauptung, um die Bedeutung des adaptiven Ausdrucks von Ärger hervorzuheben.

#### Traurigkeit/Trauer: *Kummer, weinen, jammern, schluchzen, betrauern*

**Funktion** Dient dem Weinen, dem Ruf nach sozialer Unterstützung, der Linderung von Schmerz und der Annahme eines Verlusts. Tomkins nannte diese Kategorie Verzweiflung/Seelenqual. Wir bezeichnen diesen Affekt als Traurigkeit/Trauer, um ein sehr wichtiges Ziel der Behandlung – die Trauerarbeit – hervorzuheben, und um diese Affekte vom emotionalen Schmerz zu unterscheiden, der ein inhibitorisches Gefühl und oft auch eine maladaptive Form von Verzweiflung und Seelenqual ist.

#### Furcht/Schrecken: *Beunruhigung, Erschrecken, Beklemmung, Panik*

**Funktion** Fördert das Fluchtverhalten. Furcht (Angst) kann aber auch Handlungen hemmen, weshalb dieser Affekt ausführlicher unter dem Abschnitt der hemmenden (inhibitorischen) Affekte erläutert wird.

#### Genuss/Freude: *Fröhlichkeit, Zufriedenheit, Ruhe, Gelassenheit, Vergnügen, Meisterschaft (mastery), Akzeptanz, Frieden, Ehrfurcht, Erstaunen, Entzücken, Gnade*

**Funktion** Beruhigt und besänftigt Seele und Körper und strebt nach Wiederholung der angenehmen Handlungen. Die Aktivierung von Genuss/Freude entspannt die Muskeln und hilft, loszulassen und gelassen zu werden.

**Interesse/Begeisterung: Anziehung, Neugierde, Enthusiasmus, Hoffnung, Begierde, Ausgelassenheit, Lust**

Aktiviert fokussierte Aufmerksamkeit, Annäherung oder exploratives Verhalten. Funktion

**Nähe/Zärtlichkeit: Fürsorge, Mitgefühl, Liebe, Bindung, Hingabe, Stolz auf andere, Freude mit anderen, Vertrauen, Verletzlichkeit (Vulnerabilität)**

Aktiviert sowohl fürsorgliches Verhalten gegenüber den Bedürfnissen anderer als auch Offenheit für und Vertrauen in andere. Bewegt einen Menschen, andere zu umarmen, zu berühren, zu halten und für jemanden zu sorgen, auf jemanden einzugehen, offen und berühr- und verletzbar zu sein. Wegen der Bedeutung der Bindungen und der Objektbeziehungen für die klinische Arbeit fassen wir unter dem Begriff Nähe positive Emotionen zusammen, wie sie gegenüber anderen Menschen erfahren werden. Es handelt sich dabei um Facetten folgender positiver Gefühle: Interesse/Begeisterung (die Grundlage für Attraktivität und romantische Liebe) und Vergnügen/Freude (der Grundlage für Verbindung oder Hingabe). Nähe wird nachfolgend verwendet, um diese Mischung aus Zärtlichkeit, Fürsorge und Vertrauen zu bezeichnen.

**Positive Gefühle dem Selbst gegenüber (positive Selbstgefühle): Mitgefühl mit sich selbst, Selbstfürsorge, Selbstachtung, gesunder Stolz, gesunde Freude über sich selbst, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl.**

Wie die vorherige Kategorie, so stellen auch die positiven Selbstgefühle eine Mischung der positiven Grundaffekte von Tomkins dar, diesmal aber auf das eigene Selbst gerichtet. Die Funktion dieser positiven Selbstgefühle ist die Aufrechterhaltung der Selbstachtung und der Schutz der Integrität und der Selbstfürsorge. Selbstgefühle haben eine hohe Bedeutung für die seelische Gesundheit und die klinische Arbeit.

**Sexuelles Begehen: Erregung, Verliebtheit, Lust, sexuelle Leidenschaft**

Aktiviert sexuelles Verhalten. Nach Tomkins handelt es dabei um einen Trieb und nicht um einen Affekt. Wir schließen das sexuelle Begehen hier jedoch ein, weil phobische Reaktionen auf sexuelle Gefühle für die klinische Arbeit wichtig sind und genauso wie phobische Reaktionen auf Affekte behandelt werden können.

### **Inhibitorische Affekte**

Die inhibitorischen Affekte bewegen uns dazu, Handlungen einzustellen, uns zurückzuziehen statt voranzuschreiten, zusammenzuziehen anstatt zu entspannen und loszulassen. Sie zügeln uns und modulieren unsere Reaktionen. Inhibitorische Affekte können sehr hilfreich sein, wenn sie angemessen ausgedrückt werden. Pathologische Zustände folgen aus einem Zuwenig oder Zuviel an Hemmung. Folgende fünf Kategorien werden unterschieden:

**Angst/Panik: Lähmende Furcht/Schrecken, Befürchtungen, Sorgen, Nervosität, Wachsamkeit, Scheu, Entsetzen**

Hemmt Verhalten, das die Person in Gefahr bringen würde. Funktion

**Scham/Erniedrigung: Befangenheit, Peinlichkeit, Demütigung**

Hemmt jedes für das Selbstgefühl nicht annehmbare Verhalten. Funktion

**Schuld: Schuldgefühl, Tadel, Selbstvorwürfe**

Hemmt jedes Verhalten, das für die kulturellen oder gesellschaftlichen Regeln oder Gesetze untragbar ist. Funktion

**Emotionaler Schmerz/Seelenpein:** *Verletzt sein, bestürzt sein, Depression, Qual, Leiden, Not, Agonie, Trübsal*

**Funktion** Hemmt Verhalten, das Unbehagen und Leid verursacht. Diese Reaktionen finden wir oft in der klinischen Praxis vor, aber meist vermischt mit weiteren Affekten, z. B. Verzweiflung, seelischer Schmerz, Schuldgefühle, Scham, Zorn oder Furcht.

**Verachtung/Ekel:** *Geringschätzung, Hohn, Ekel*

**Funktion** Hemmt Nähe zu anderen. Klinisch tritt dieser Affekt oft im Zusammenhang mit sexuellen Konflikten oder Traumatisierungen auf. Auch wenn wir der Kürze halber diesen Affekt nicht immer erwähnen, sollte man Verachtung/Ekel immer im Hinterkopf behalten, wenn Angst, Scham oder seelischer Schmerz die Inhibition nicht erklären.

## 1.4 Adaptiver versus maladaptiver Affektausdruck

Abhängig davon, wie ein Affekt genutzt wird, und von den daraus folgenden Konsequenzen kann ein Affekt hilfreich (adaptiv) oder schädlich (maladaptiv) für das Individuum und seine Umwelt sein. Bspw. kann Ärger genutzt werden, um auf angemessene Weise Grenzen zu setzen, oder er kann auf schädliche Weise in Wutausbrüche, aggressives Fahren oder Gewalt münden.

**Erleben vs. Ausdruck von Affekten**

Um beurteilen zu können, ob ein Affekt adaptiv oder maladaptiv ist, ist es hilfreich, zwischen dem inneren (intrapsychischen) Erleben eines Affekts und dem (zwischenmenschlichen) Ausdruck des Affekts zu unterscheiden. Oft entscheidet die Art und Weise, wie ein Affekt interpersonell ausgedrückt wird, darüber, ob dessen Folgen adaptiv oder maladaptiv sind. Andere Affekte, z. B. lähmende Schamgefühle, sind primär wegen der Intensität des inneren Erlebens schädlich. Manchen Klinikern mag die Unterscheidung von adaptiven und maladaptiven Affekten nicht vertraut sein. Für die Wirksamkeit der affektfokussierten STDP ist es jedoch entscheidend, (1) zwischen adaptiven und maladaptiven Affekten zu unterscheiden und (2) Patienten anzuleiten, Affekte auf adaptive Weise auszudrücken und in Handlungen umzusetzen.

**Adaptiver Affektausdruck befreit**

Ein adaptiver Affekt wird zunächst bewusst im Körper erfahren, dann interpersonell gut gesteuert und wohlbedacht ausgedrückt. Der adaptive Ausdruck von Gefühlen ist niemals explosiv. Der adaptive Ausdruck wirkt befreiend, kann Dinge zum Guten wenden und Menschen einander näherbringen.

**Maladaptiver Affektausdruck**

Der maladaptive Ausdruck von Gefühlen ist interpersonell destruktiv, führt zu negativen Gefühlen zwischen den Menschen, vergrößert die Distanz und führt zu Frustrationen, Missverständnissen, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit. Folgende Anzeichen deuten fast immer darauf hin, dass ein Affekt auf maladaptive Weise ausgedrückt wird oder eine maladaptive Funktion hat.

- Selbstbemitleidung, Weinerlichkeit, Schmollen, Einnahme der Opferrolle
- unkontrolliertes Verhalten, Ausagieren
- Gedankenlosigkeit
- chronische Verspätung
- übertriebener Enthusiasmus
- falsche Friedfertigkeit, zuckersüße Lebenswürdigkeit
- gedankenloses Abreagieren (Wutanfälle, Launenhaftigkeit, Tobsucht, hysterisches Schluchzen)

**Adaptive und maladaptive Versionen der Affekte:** Sowohl aktivierende als auch inhibitorische Affekte können auf adaptive oder maladaptive Weise ausgedrückt werden. Nachfolgend wird der Unterschied zwischen adaptiven und maladaptiven Formen von aktivierenden Gefühlen an drei Beispielen erläutert (einschließlich der inneren Erfahrung und des äußeren Ausdrucks).