



Jacob

Auf der Gefühlsebene

Emotionsfokussierte Techniken
effektiv und zielorientiert einsetzen



E-Book inside

BELTZ

Inhalt

Vorwort	11
I Einführung in die Arbeit mit emotionsfokussierten Techniken	13
1 Was sind emotionsfokussierte Techniken?	15
1.1 Welche Ansätze emotionsbezogener therapeutischer Techniken lassen sich unterscheiden?	17
1.2 Muss jede emotionsfokussierte Technik nachbesprochen werden?	19
2 Der Gegenstand emotionsfokussierter Techniken: Konflikte und Widerstand	23
2.1 Woran kann man erkennen, dass einem psychischen Problem ein innerer Konflikt zugrunde liegt?	26
2.2 Was sind die häufigsten inneren Konflikte?	32
2.2.1 Selbstwertkonflikte	33
2.2.2 Interpersonelle Dependenz / Co-Abhängigkeit	35
2.2.3 Narzissmus	38
2.2.4 Mangelnde Disziplin / Verwöhntheit	41
2.2.5 Trotz	43
2.2.6 Verbitterung	45
2.2.7 Wertekonflikte	47
2.3 Wann sind emotionsfokussierte Techniken eher nicht indiziert?	49
2.3.1 »Normale« Gefühle	50
2.3.2 Exzessive Emotionen ohne plausiblen Konflikt Hintergrund	53
2.3.3 Wie lassen sich »normale« und »neurotische« Gefühle differenzieren?	55
3 Was wird mit emotionsfokussierten Techniken angestrebt?	59
3.1 Innere Konflikte in Erfahrung bringen und Raum geben für emotionales Erleben	60
3.1.1 Umgang mit Widerstand und Vermeidung	65
3.1.2 Primärer und sekundärer Krankheitsgewinn	72
3.2 Innere Konflikte im Sinne der eigenen Bedürfnisse lösen	75
3.2.1 Bei Selbstwertkonflikten den geringen Selbstwert stärken	76

3.2.2	Interpersonelle Dependenz und Co-Abhängigkeit reduzieren durch das Aufgeben von Illusionen und die Übernahme von Verantwortung	80
3.2.3	Narzissmus infrage stellen	85
3.2.4	Mangelnde Disziplin und hohe Verwöhntheit konfrontieren und reduzieren	87
3.2.5	Trotz aufgeben und die dahinterstehenden Themen angehen	90
3.2.6	Zur Verbitterung Abstand gewinnen und wieder Verantwortung für das eigene Leben übernehmen	92
3.2.7	Wertekonflikte reflektieren und lösen	94
4	Steuerung emotionaler Prozesse	97
4.1	Vor bzw. hinter dem Prozess bleiben	98
4.2	Den Prozess beginnen und initialen Widerstand überwinden	101
4.3	Mit Widerstand arbeiten	103
4.4	Den Zugang zu wichtigen Emotionen erleichtern	106
4.5	Die Intensität des Erlebens steuern	111
4.6	Dauer und Verlauf	112
II	Emotionsfokussierte Techniken anwenden	115
5	Der therapeutische Entscheidungsbaum	117
6	Was will die Patientin, was sie nicht hat?	121
6.1	Bei Wertekonflikten kann die Antwort auf diese Frage bereits ein großer Teil der therapeutischen Arbeit sein	129
6.2	Manchmal bleibt diese Frage ohne rechte Antwort	130
7	Ist das, was die Patientin will, realistischerweise erreichbar?	135
7.1	Ressourcen oder Bedingungen, die die Realisierbarkeit von Wünschen beeinflussen	136
7.2	Diese Frage ist ohne normative Festlegungen nicht zu beantworten	140
8	Wenn die Patientin unerreichbare Ziele verfolgt: Kommen Sie als Therapeutin damit klar, dass sie das nicht erreichen kann?	143
8.1	Es kann sich lohnen, den Grund für solche Muster herauszufinden	146
8.2	Wenn Sie diese Muster korrigieren, können Sie Ihren Patientinnen besser helfen	150

9	Wenn die Patientin erreichbare Ziele verfolgt: Warum erreicht sie sie nicht?	155
10	Wenn die Patientin unerreichbare Ziele verfolgt: Warum verfolgt sie sie trotzdem?	159
10.1	Überlegungen und Vorgehen bei Abhängigkeitskonflikten	161
10.2	Überlegungen und Vorgehen bei maßlosen narzisstischen Wünschen	165
10.3	Überlegungen und Vorgehen bei Verbitterung	167
10.4	Was tun bei »Pech im Leben« und mangelnden Ressourcen?	169
	Anhang	173
	Literatur	175
	Sachwortverzeichnis	176

1 Was sind emotionsfokussierte Techniken?

Übersicht

In emotionsfokussierten Techniken soll der Patient in der Therapie seine problematischen Gefühle erleben und in einen transformativen Prozess kommen. Diese Techniken können gut für sich stehen und müssen nicht immer intensiv kognitiv vor- und nachbereitet werden.

Was ist eigentlich mit »emotionsfokussierten Techniken« gemeint? Dieser Begriff wird von den meisten Kollegen sicher stark assoziiert mit der Gestalttherapie und anderen humanistischen Verfahren, in denen es darum geht, Selbsterkenntnis- und -entwicklungsprozesse anzustoßen, und dabei stark auf emotionale Prozesse zu bauen. Techniken wie der »heiße Stuhl« oder »Focusing« kommen einem in den Sinn. Man mag an Hypnotherapie denken, in der die Patientin gezielt in einen nicht mehr stark kognitiv dominierten Zustand geführt wird, oder an erfahrungsorientierte psychodynamische Techniken, wenn Menschen in der Kunsttherapie ihr inneres Erleben in Bildern ausdrücken oder – z. B. beim Katathymen Bilderleben – in der Fantasie ihre Konflikte visualisieren. In die Verhaltenstherapie in Deutschland haben diese Techniken durch verschiedene Trends der letzten Jahre Einzug gehalten, die hier oft unter dem Label der »Dritten Welle« laufen (Achtung: International steht die »Third Wave« eher für achtsamkeitsorientierte Ansätze wie DBT und MBSR). Zu den Methoden der Dritten Welle zählen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- ▶ die Schematherapie (Jacob & Arntz, 2011),
- ▶ die emotionsfokussierte Therapie (EFT) sensu Greenberg (Auszra et al., 2016),
- ▶ imaginative Techniken wie das CRIM (Steil et al., 2015) oder
- ▶ die Arbeit mit Albträumen (Pietrowsky, 2011).

Dabei funktioniert die Integration emotionsfokussierter Techniken in die jeweils individuelle therapeutische Arbeit oft so, dass die Therapeutin in einer oder mehrerer der genannten Verfahren Fortbildungen absolviert und das dort Gelernte in ihr übliches Vorgehen integriert.

Beispiel

Emotionsfokussierte Techniken

Imaginatives Überschreiben. Bei dieser Technik versetzt sich die Patientin in der Vorstellung zunächst in eine aktuell emotional belastende Situation. Ausgehend von den dabei aktivierten Gefühlen »wandert« sie in ihrer Vorstellung in ihre Kindheit. Dabei kommen spontan oder von der Therapeutin angeleitet Erinnerungen in den Fokus, die ebenfalls emotional belastend sind (z. B. Vernachlässi-

gung, Gewalt oder Parentifizierung). In der Vorstellung werden diese Erinnerungen so verändert (»überschrieben«), dass sich die emotionale Qualität der Bilder ändert. Dazu betritt meist eine Helferfigur (z. B. Patientin als gesunde Erwachsene) das Bild, beschützt das Kind und erfüllt seine Bedürfnisse. Ziel der Übung ist das Erleben eines transformativen emotionalen Prozesses, weg von Angst, Schuld oder Scham hin zu Sicherheit und Bindung.

Stuhldialoge. Bei dieser Technik wird für verschiedene »Anteile«, Affekte oder Impulse des Patienten jeweils ein eigener Stuhl aufgestellt. Der Patient nimmt abwechselnd auf den verschiedenen Stühlen Platz, um den jeweiligen dort repräsentierten Affekt oder Impuls zu erleben, zu verbalisieren und zu erforschen. Diese Technik kann einerseits eingesetzt werden, um Konflikte zwischen verschiedenen Bedürfnissen oder Affekten besser zu verstehen. Andererseits ist sie auch dafür geeignet, bestimmte wünschenswerte Affekte (z. B. Mut, Überwindung, Selbstbewusstsein, Selbstmitgefühl) zu verstärken.

Kissenschlacht. Bei dieser körpertherapeutischen Übung, die auch gut in der Gruppe durchgeführt werden kann, wird durch das Werfen oder den Kampf mit Kissen spielerisch und harmlos Aggression erlebt und ausagiert. Sie ist besonders gut geeignet für Patientinnen, die den Ausdruck von Wut oder Ärger als sehr bedrohlich erleben und dadurch schlecht in der Lage sind, eigene Bedürfnisse angemessen auszudrücken.

1.1 Welche Ansätze emotionsbezogener therapeutischer Techniken lassen sich unterscheiden?

Im Bereich der emotionsfokussierten therapeutischen Arbeit findet sich also eine Vielfalt an Techniken, Ideen, dazugehörigen psychotherapeutischen Konzepten und entsprechend auch Terminologien. Gewisse Gemeinsamkeiten springen dabei ins Auge. So geht es meist um eher verborgene, nicht direkt bewusste, emotionale Inhalte, und eher um das Fördern von Prozessen statt um das Reduzieren von Symptomen. Eine Definition von »emotionsfokussierten Techniken« findet sich dabei interessanterweise nirgends, selbst der »Dorsch« (Lexikon der Psychologie) und Wikipedia halten sich hier zurück (Stand 26.07.2020). Bei entsprechenden Suchen stößt man auf zwei Quellen: zum einen auf die emotionsfokussierte Therapie (EFT; Auszra et al., 2016), die in Deutschland sicher sehr prominent ist, aber eben auch nur einen von vielen sehr spezifischen Ansätzen darstellt. Zum anderen auf das Buch »Emotionsfokussierte Methoden: Techniken der Verhaltenstherapie« von Claas-Hinrich Lammers (2015), in dem es allerdings eher darum geht, welche Techniken zur Arbeit mit Emotionen in der Verhaltenstherapie mittlerweile Standard sind. Diese Techniken arbeiten jedoch nicht alle direkt im »emotionalen Prozess«.

Definition

Deshalb möchte ich dieses Buch mit einer pragmatischen Definition **emotionsfokussierter Techniken** beginnen: Gemeint sind therapeutische Übungen, in denen die Patientin bedeutsame Emotionen, die in der Therapie eine Rolle spielen, erleben, klären und verändern soll. Dafür wird in der Regel eine spezifische, dafür gut geeignete Erlebensebene verwendet. Der Veränderungsprozess ist implizit, er findet mindestens in Teilen auf einer unbewussten oder automatischen Ebene statt.

Erläuterungen zur Definition

- ▶ **Therapeutische Übungen:** Diese Übungen haben ein Anfang und ein Ende, werden klar erkennbar begonnen, beendet und ggfs. nachbearbeitet. Beispiele dafür sind: Stuhldialog, imaginative Übung, Bewegungsübung in der Körpertherapie, Nutzung eines Instrumentes in der Musiktherapie. Eine generell emotionsbetonende Gesprächsführung hingegen wäre *keine* Technik in diesem Sinne, auch wenn sie das Vorgehen natürlich sinnvoll ergänzt.
- ▶ **Im Rahmen der Therapie bedeutsame Emotionen:** Ein Gefühl kann aus verschiedenen Gründen und Perspektiven bedeutsam sein: (1) Die Patientin selbst benennt es als bedeutsam. (2) Jemand anders (z. B. die Therapeutin) hält es für bedeutsam. (3) Es handelt sich um ein Gefühl, das – aus wessen Perspektive auch immer – »zu viel« erlebt wird. (4) Es handelt sich um ein Gefühl, dass – aus wessen Perspektive auch immer – »zu wenig« erlebt, mutmaßlich verdrängt wird.
- ▶ **Geeignete Erlebensebene:** Gefühle kann man schwer »auf Anweisung« empfinden, sie lassen sich jedoch durch Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen leicht auslösen und beeinflussen. Dazu gehören z. B. die Ebenen der mentalen Vorstellungsbilder, der bildnerischen Gestaltung, der körperlichen Bewegungen, der Musik oder des Schauspiels. Alle diese Ebenen können für die therapeutische Arbeit genutzt werden. Häufig sind die Ebenen austauschbar, das heißt, der gleiche Prozess kann genauso auf der einen wie auf der anderen Ebene bearbeitet werden (s. a. den folgenden Kasten zur Austauschbarkeit therapeutischer Techniken).
- ▶ **Impliziter Veränderungsprozess:** Es wird davon ausgegangen, dass durch die Übung Prozesse angestoßen werden, die zu einer emotionalen Veränderung beim Patienten führen, ohne dass ihm diese zwangsläufig bewusst ist. Je nach Disziplin oder Therapieschule werden solche Prozesse als unbewusst, automatisch oder implizit bezeichnet.

Im Rahmen dieser Definition emotionsfokussierter Techniken wäre etwa eine Emotionsanalyse mit der schriftlichen Protokollierung von Auslösern, Vulnerabilitätsfaktoren, Gefühlen, Gedanken und Verhalten im Zusammenhang mit einer emotionalen Episode keine emotionsfokussierte Technik, obwohl sie Emotionen zum Gegenstand hat. Die Arbeitsebene ist hier jedoch kognitiv, das Gefühl wird nicht im Prozess erlebt. Eine Achtsamkeitsübung kann dann eine emotionsfokussierte Technik sein, wenn sie das Erleben und Intensivieren bestimmter Gefühle zum Gegenstand hat;

die reine Distanzierung von Gefühlen im Rahmen einer Achtsamkeitsübung hingegen wäre keine emotionsfokussierte Technik. Auch das Aufsuchen emotional konditionierter Situationen wäre nicht zwangsläufig eine emotionsfokussierte Technik, etwa wenn das Ziel nur ist, sich an die Emotion zu gewöhnen und die Harmlosigkeit der Situation zu erleben, aber nicht im engeren Sinne »mit der Emotion« zu arbeiten und sie als Hebel für Veränderungen zu nutzen.

Vergleichbare emotionale Prozesse können unter Umständen mit ganz verschiedenen Techniken angestoßen werden. So kann eine emotionale Problematik etwa über Körperempfindungen, mentale Bilder oder im Schauspiel des Psychodramas aktualisiert werden.

Austauschbarkeit therapeutischer Techniken am Beispiel »Selbstwertkonflikt«

Ein Selbstwertkonflikt kann technisch ins Erleben gerufen werden durch ...

- ▶ einen Stuhldialog mit der »unsicheren Seite« und der »gesunden Seite«,
- ▶ eine Imaginationsübung, in der die schwachen, unsicheren Gefühle imaginiert werden, z. B. als unsicheres Kind oder als verunsichertes Tier,
- ▶ eine Atemübung, in der die Patientin so atmet, wie sie es tut, wenn sie sich unsicher fühlt,
- ▶ eine musiktherapeutische Übung, in der die Patientin die Unsicherheit musikalisch ausdrückt, etwa durch zartes Zupfen an einem leisen Saiteninstrument, während der Gruppenpartner auf die laute Pauke haut.

1.2 Muss jede emotionsfokussierte Technik nachbesprochen werden?

Natürlich überlappen die Ebenen der Emotion, der Kognition, der Körperwahrnehmung und des Verhaltens und kaum eine therapeutische Technik wird nur auf der bewussten oder unbewussten Ebene arbeiten. Die (kognitive) Analyse von Emotionen oder Kognitionen kann eine Patientin plötzlich ihre unbewussten Schuldgefühle ganz stark spüren lassen; oder bei der Exposition eines Zwangspatienten mit Kontaminationsängsten kommt plötzlich die verdrängte Trauer über den nie verarbeiteten Tod des Vaters hoch. Umgekehrt wird ein Stuhldialog über Ärger und Verantwortungsübernahme neben dem Erleben der Emotionen auch kognitive Überlegungen und Entscheidungen zu den behandelten Fragen induzieren.

Ich betone den Schwerpunkt auf emotionalen und impliziten Prozessen hier dennoch, da diese in der Verhaltenstherapie im Gegensatz zu humanistischen oder tiefenpsychologischen Ansätzen meines Erachtens zu wenig explizite Beachtung erfahren. Das führt unter anderem dazu, dass viele verhaltenstherapeutisch orientierte Kollegen, die emotionsfokussierte Techniken einsetzen möchten, absolut selbstverständlich davon ausgehen, dass eine therapeutische Technik ohne Nachbesprechen, Einordnung ins SORKC-Modell und Hausaufgabe nicht vollständig sei. Eine implizite Veränderung kann aber unter Umständen ganz ohne diese Elemente auskommen. Sie

ist vielleicht sogar eleganter und wirksamer, wenn sie im Anschluss nicht »kaputt-analysiert« wird. Das hier vertretene Verständnis von emotionsfokussierten Techniken ist also, dass sie in sehr vielen therapeutischen Situationen sinnvoll und auch absolut ausreichend sind.

Fallbeispiel

Die Wirkung der Übung wird durch Nachbesprechung reduziert

Maria M. hat die Diagnose einer Depression. Ihr Kernproblem ist mangelnde Selbstzuwendung. Sie leide schon immer unter dem Gefühl, niemandem wichtig zu sein. In einer Übung mit imaginativem Überschreiben sieht sie sich als fleißiges und braves Grundschulkind, das der chronisch überforderten Mutter auf keinen Fall Sorgen machen möchte und deshalb eigene Bedürfnisse völlig zurückhält. In der Übung geht sie als Erwachsene auf ihr kindliches Ich zu, versichert ihm ihre Zuwendung und erfüllt seine Bedürfnisse. Nach der Übung ist die sonst so harte und disziplinierte Frau M. ganz weich und gerührt. Die Therapeutin beendet die Sitzung, obwohl noch zehn Minuten Zeit wären, mit der warmherzigen Aufforderung, sich in nächster Zeit möglichst gut um die »kleine Maria« zu kümmern. Frau M. nutzt die Zeit nach der Sitzung spontan, um in der Sonne einen Cappuccino zu trinken und das schöne Wetter zu genießen – eine Art von Aktivität, die schon lange auf ihrer Hausaufgabenliste steht, aber irgendwie »nie reinpasst«.

Wir nehmen den gleichen Verlauf der Sitzung bis zum Ende der Übung an: Frau M. ist weich und gerührt. Da noch zehn Minuten Zeit sind, holt die Therapeutin nach der Übung mit imaginativem Überschreiben das SORKC-Modell hervor und versucht mit Frau M. zu erarbeiten, welche Kognitionen in dem Modell mit dem erinnerten Bild zusammenhängen. Frau M. ist eine angepasste und fleißige Patientin und macht gut mit, was sie ziemlich fordert, da sie gerade noch emotional aufgewühlt war. Sie reißt sich aber zusammen und es gelingt ihr, rasch wieder einen »kühlen Kopf« zu bekommen, so dass sie der Therapeutin folgen kann. Sie geht aus der Stunde wie immer: kontrolliert, kühl, das »emotionale Fenster« hat sich rasch wieder geschlossen. Die Motivation zur Selbstfürsorge, die sich in der Metapher des »Kümmerns um die kleine Maria« ausgedrückt hatte, ist abgeklungen.

Kollegen, die mit diesen Techniken wenig vertraut sind, wenden bei diesem Thema gerne ein, dass es in manchen Fällen therapeutisch notwendig erscheint, etwas »zu besprechen« oder zu entscheiden. Das ist sicherlich zutreffend, etwa wenn eine Patientin sich in dem Konflikt sieht, einen neuen (spannenden, herausfordernden, potenziell ihrer Entwicklung förderlichen) Schritt im Leben zu gehen, oder im alten, vertrauten, sicheren (aber langweiligen, keine Entwicklung mehr ermöglichenden) Setting zu verbleiben. Allerdings müssen solche Ambivalenzen nicht zwangsläufig im normalen Gespräch »besprochen« werden. Sehr häufig ist es gut möglich, solche Abwägungen auch im Rahmen der emotionsfokussierten Übung zu machen. Je stärker die emotionale Beteiligung ist, umso mehr ist das sogar zu empfehlen. Wenn Sie sich

einmal für die Durchführung dieser Art von Übung entschieden haben, sollten Sie das bis zum Ende »konsequent durchziehen«.

Fallbeispiel

Die Entscheidung wird in der emotionsfokussierten Übung vertieft

Max M. mit der Diagnose einer Sozialen Phobie und dem Kernproblem eines zu geringen Selbstbewusstseins, hat von seinem Betrieb eine neue Position angeboten bekommen. Diese interessiert ihn inhaltlich sehr und er weist dafür die nötige Kompetenz auf. Trotzdem zögert er stark, das Angebot anzunehmen. Im Stuhldialog mit einem Stuhl für den »unsicheren Max« und einem Stuhl für den »erwachsenen, kompetenten Max« wird für ihn spürbar, wie gerne er diese Herausforderung annehmen möchte und wie sehr er sich über das Vertrauen seiner Vorgesetzten freut. Von der Unsicherheit, die er auf dem Stuhl des »kleinen Max« deutlich spürt, kann er sich auf dem Stuhl des »erwachsenen Max« verständnisvoll distanzieren. Als diese Distanzierung klar gelingt, beendet die Therapeutin den Stuhldialog. Sie schreibt auf dem Flipchart eine Liste von Gründen auf, die dafür sprechen, das Angebot anzunehmen. Herr M., dessen erwachsene Stärke fragil ist, kann allen Gründen zustimmen, allerdings fühlt er sich auf seinem normalen Therapiestuhl wieder zunehmend unsicher und zweifelt. Die Therapeutin ist darüber unglücklich – gerade war doch alles so klar, das sollte sich doch jetzt in eine Entscheidung überführen lassen!

Wir nehmen für **Max M.** den gleichen Verlauf der Sitzung an, bis er sich auf dem Stuhl des »erwachsenen Max« verständnisvoll von seiner Unsicherheit distanzieren kann. Die Therapeutin führt jedoch das Format des Stuhldialogs weiter und bittet Herrn M., dem »kleinen Max« aus der Perspektive des »erwachsenen Max« zu erklären, warum er die Stelle antreten möchte. Herr M. benennt mit klarer Stimme die zentralen Gründe und versichert dem »kleinen Max« zudem, dass und warum er sich keine Sorgen machen müsse. Noch im Stuhldialog fragt die Therapeutin Herrn M. auf dem Stuhl des »erwachsenen Max«, wann er seinem Vorgesetzten seine Entscheidung mitteilen möchte. Für Herrn M. ist klar, dass er dies am besten sofort, aus seinem gestärkten emotionalen Zustand heraus, tun sollte. Die Sitzung wird beendet. Zwei Stunden später bekommt die Therapeutin eine glückliche E-Mail von Herrn M., dass er sofort nach der Sitzung seinen Vorgesetzten kontaktiert und die Stelle zugesagt habe. Er hoffe, dass sie ihn beim Übergang in den neuen Job noch begleiten werde.

Leseprobe aus: Jacob, Auf der Gefühlsebene, ISBN 978-3-621-28806-4

© 2021 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28806-4>



2 Der Gegenstand emotionsfokussierter Techniken: Konflikte und Widerstand

- 2.1 Woran kann man erkennen, dass einem psychischen Problem ein innerer Konflikt zugrunde liegt?
- 2.2 Was sind die häufigsten inneren Konflikte?
- 2.3 Wann sind emotionsfokussierte Techniken eher nicht indiziert?

2 Der Gegenstand emotionsfokussierter Techniken: Konflikte und Widerstand

Übersicht

Mithilfe emotionsfokussierter Techniken werden innere Konflikte erlebt und bearbeitet. Vom Grundprinzip streben das die meisten therapeutischen Vorgehensweisen an; in emotionsfokussierten Techniken wird aber besonders intensiv und direkt mit dem Erleben von Konflikten und Widerständen gearbeitet.

Emotionsfokussierte Techniken behandeln innere Konflikte. Das mag auf den ersten Blick widersprüchlich klingen zu den Entwicklungen der letzten Jahrzehnte in der Psychiatrie und Psychotherapie. Denn in der Lehre von der Psychopathologie und der Definition psychischer Störungen hat sich in den letzten Jahren das Verständnis durchgesetzt, psychische Störungen als Syndrome, also Konstellationen von mehr oder weniger spezifischen Symptomen, zu verstehen. Die Beschreibung solcher Syndrome erfolgt mittlerweile nur noch rein deskriptiv – anders als z. B. in den frühen Versionen des DSM (aktuelle Version: DSM-5, American Psychiatric Association, 2018), als psychoanalytische Erklärungen ein wichtiger Bestandteil der Diagnostik waren. Parallel dazu hat sich in der Psychotherapieforschung, die von der weitgehend verhaltenstherapeutisch ausgerichteten akademischen Gemeinschaft dominiert wird, eine starke Orientierung an störungsspezifischen Vorgehensweisen durchgesetzt. Die aktuelle akademische Forschung und Lehre sind also in erster Linie störungsspezifisch und deskriptiv orientiert. Das hat sicherlich viele gute Gründe – unter anderem waren frühere Diagnosesysteme, die stark mit psychoanalytischen Begriffen operierten, wenig reliabel; zudem sind Syndrome und Symptome weitaus einfacher zu operationalisieren und zu messen als innere Konflikte.

Dennoch gab es schon lange vor dieser deskriptiven Entwicklung – und immer auch parallel dazu – die Vorstellung von psychischen Störungen als Ergebnis oder Ausdruck innerer psychischer (neurotischer) Konflikte. Diese Sichtweise gründet in den frühen psychoanalytischen, psychodynamischen und humanistischen Entwicklungen und wurde in diesen Traditionen immer weitaus genauer betrachtet als in der kognitiven und Verhaltenstherapie. Auch hier gibt es mittlerweile standardisierte Konzepte, z. B. die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2009). Das Konzept psychischer Konflikte liegt auch der Arbeit mit emotionsfokussierten Techniken zugrunde. Aus dieser Perspektive wird davon ausgegangen, dass psychische Störungen dann entstehen, wenn ein Mensch sich nicht so entwickeln kann, wie es eigentlich seinen Bedürfnissen und Möglichkeiten entspräche, weil sein eigenes inneres Erleben ihm dabei im Weg steht.

Diese Denkweise konfligiert übrigens bei genauer Betrachtung nicht mit dem deskriptiven Ansatz, der aktuell in der Forschung vorherrscht. Es handelt sich hier eher um zwei verschiedene Scheinwerfer auf dasselbe Szenario. Dabei gibt es allerdings

keine Eins-zu-eins-Entsprechung zwischen psychischen Konflikten und psychischen Störungen. So mag von mehreren Personen mit sehr ähnlichen inneren Konflikten, aufgrund der Erfahrung von Ablehnung in der Jugend, die erste eine Soziale Phobie entwickeln, die zweite vielleicht eine Cannabis-Abhängigkeit, und die dritte gar keine psychische Störung im engeren Sinne; er schläft vielleicht nur manchmal etwas schlechter ein, wenn am nächsten Tag eine herausfordernde soziale Situation ansteht.

Davon abgesehen findet sich das Verständnis von psychischen Störungen als Ausdruck oder Korrelat von inneren Konflikten auch in den kognitiven und verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen. Es wird dort jedoch weniger mit Begriffen wie »Konflikt«, »Prozess« oder »Widerstand« belegt und diskutiert. Stattdessen geht es um »Grundannahmen« oder »dysfunktionale Kognitionen«. Das klingt anders, deckt sich jedoch in vielen Aspekten.

Fallbeispiel

Den Fall von **Maria M.** würden vermutlich Kollegen der verschiedenen therapeutischen Schulen sehr ähnlich verstehen: Aufgrund ihrer biografischen Erfahrung, nicht wichtig zu sein und anderen keine Sorgen machen zu dürfen, hält sie als Erwachsene ihre Bedürfnisse völlig zurück. Das geht so weit, dass sie selbst gar kein Empfinden mehr für ihre Bedürfnisse hat. Daraus resultieren Probleme wie eine zu geringe Erfüllung eigener Bedürfnisse und vermutlich auch die Unfähigkeit, in Beziehungen zu spüren, dass sie gemocht wird und andere Menschen gerne auf sie eingehen würden. Die depressive Symptomatik kann als Folge der jahrelangen Deprivation wichtiger Bedürfnisbefriedigung verstanden werden. Als Therapieziel wäre es sicherlich in jedem Verfahren wichtig, Frau M. zu helfen, einen Zugang zu ihren Bedürfnissen zu finden. Und jede Therapeutin würde vermutlich auch davon ausgehen, dass (nur) dies zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik führen würde. Allerdings wären die Begriffe und das Vorgehen der verschiedenen Therapeuten ziemlich unterschiedlich, selbst wenn sich alle auf den gleichen Konflikt beziehen:

- Die emotionsfokussierte oder humanistische Therapeutin lässt Frau M. ihren »inneren Kind-Anteil« imaginieren, um möglichst unmittelbar Zugang zu unerfüllten Bedürfnissen zu erhalten und einen empathischen Blick auf sich selbst zu fördern.
- Die kognitive Therapeutin bespricht mit Frau M. ausführlich dysfunktionale Kognitionen wie »Ich bin nicht so wichtig wie die anderen« und erarbeitet mit ihr alternative Kognitionen wie »Ich bin genauso wichtig wie die anderen«. Die Traurigkeit und Rührung, die Frau M. bei dieser Arbeit erlebt, gehört einfach dazu.
- Die Verhaltenstherapeutin gibt Frau M. die Hausaufgabe, sich besser um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern. Sie erwartet, dass Frau M. dabei erleben wird, wie wichtig das für sie ist und en passant vielleicht auch realisiert, wie schlecht sie sich bisher um sich selbst gekümmert hat.

- Die tiefenpsychologische Therapeutin weist Frau M. immer wieder darauf hin, wie sehr sie sich in der therapeutischen Beziehung zurücknimmt und ihre Bedürfnisse nicht adressieren kann. Sie bespricht mit ihr, was das mit ihrer Biografie zu tun haben könnte.

Diese Beispiele zeigen, dass bei Problemen, bei denen innerpsychische Konflikte eine Rolle spielen, keinesfalls *nur* die Arbeit mit emotionsfokussierten Techniken indiziert wäre. Allerdings sind diese oft besonders gut geeignet, weil mit diesen Techniken der Konflikt sehr direkt und intensiv thematisiert werden kann. Das Umgekehrte gilt allerdings schon: Wenn eine psychische Problematik *nicht* durch innere Konflikte erklärt werden kann, sind emotionsfokussierte Techniken in der Regel nicht zielführend.

2.1 Woran kann man erkennen, dass einem psychischen Problem ein innerer Konflikt zugrunde liegt?

Übersicht

Das Vorliegen eines inneren Konfliktes lässt sich vermuten, wenn

- (1) starke »neurotische«, also unangemessene Emotionen auftreten, die sich idealerweise aufgrund der Biografie plausibel verstehen lassen,
- (2) ein Mensch gegen seine eigenen Interessen handelt, obwohl er das objektiv betrachtet nicht müsste, und / oder
- (3) ein Mensch einen anstehende Rollenwechsel nicht vollzieht, obwohl ihm objektiv betrachtet die Ressourcen dafür zur Verfügung stehen. Symptome treten in der Regel dann auf, wenn so eine konflikthafte Situation sich zuspitzt.

Wir gehen also davon aus, dass emotionsfokussierte Techniken dann besonders gut eingesetzt sind, wenn bei der Patientin innere Konflikte zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen. Diese Konflikte müssen zumindest einen gewissen »neurotischen« Anteil haben. Das heißt, dass der Patient es nicht schafft, im Sinne seiner eigenen (angemessenen) Bedürfnisse und (realistischen) Ziele zu handeln, weil er von unangemessenen Gefühlen daran gehindert wird. Doch woran können Sie erkennen, dass eine solche Konstellation vorliegt? Welche Hinweise deuten auf so ein Konfliktgeschehen hin?

Sicherlich sind problematische Emotionen generell ein guter Hinweis darauf. Wenn sich eine Patientin mit intensiven negativen Gefühlen vorstellt, könnte grundsätzlich ein innerer Konflikt dahinterstecken. Allerdings ist das bloße Vorhandensein negativer Emotionen weder notwendige noch hinreichende Indikation für emotionsfokussierte Techniken. Manchmal sind sie auch angebracht, wenn der Patient wenig oder stereotype Gefühle zeigt. Und umgekehrt können auch exzessive negative Emotionen

auftreten, und emotionsfokussierte Techniken dennoch nicht angebracht sein. Im Folgenden werden deshalb die Konstellationen genauer beschrieben, in denen vermutlich ein innerer Konflikt vorliegt, der dann auch sinnvoll mit emotionsfokussierten Techniken bearbeitet werden kann.

Das Paradebeispiel, das regelrecht nach emotionsfokussierten Techniken ruft, ist gegeben, wenn die Gefühle einer Patientin nicht zur Realität passen und sich durch ihre Biografie gut erklären lassen. Das ist z. B. der Fall, wenn sich jemand als Versager empfindet, der objektiv erfolgreich und allen Anforderungen gewachsen ist; oder wenn jemand das Gefühl hat, von anderen abgelehnt zu werden, obwohl sie sehr beliebt ist. Beim Blick in die Biografie finden sich dafür plausible Erklärungen wie übermäßige Leistungsanforderungen, Abwertungen oder Mobbing. Gut reflektierte Patientinnen können womöglich sogar formulieren, dass sie wissen, dass diese Gefühle unangemessen sind, aber sich dennoch nicht von ihnen distanzieren.

Fallbeispiel

Starke neurotische Emotionen

Max M., der Patient mit der Diagnose einer Sozialen Phobie und dem geringen Selbstbewusstsein, neigt dazu, sich unsicher und unbeliebt zu fühlen, obwohl er ein zwar ruhiger, aber sympathischer und attraktiver Mann ist, der bei anderen Menschen gut ankommt. Wenn er zu seinen Gefühlen in Distanz kommt, kann er das auch selbst so einschätzen. Biografisch hatte er in der frühen Pubertät eine sehr harte Zeit. Seine Familie war vom Land in eine weiter entfernte Stadt gezogen und er fand sich in der neuen Peergroup nicht zurecht. Er sprach einen starken Dialekt, für den er verspottet wurde, und konnte bezüglich aktueller Themen mit den Jungs aus der Stadt nicht mithalten. Zudem entwickelte er in dieser Zeit noch starke Akne. Bis zum Ende der Schulzeit fühlte er sich als unglücklicher Außenseiter. Im Studium fand er eine ganz neue soziale Situation vor und kam von Anfang an objektiv betrachtet gut zurecht – die Unsicherheit und Angst vor Ablehnung blieben aber bestehen.

Nora N. hat die Diagnose einer Anpassungsstörung. Ihr Kernproblem sind Schuldgefühle und dass sie dazu neigt, zu viel Verantwortung zu übernehmen. Sie hat zwei kleine Kinder, mit denen sie meistens alleine ist, und sie ist voll berufstätig. Trotz der hohen Alltagsbelastung übernimmt sie immer noch weitere Aufgaben, z. B. im Kindergarten oder der Gemeinde. Damit überfordert sie sich chronisch, schafft sich zu wenig eigene Freiräume zur Erholung und gerät dann wiederholt in depressive Stimmungslagen. In der Therapie geht es darum, sich besser abzugrenzen und für sich selbst zu sorgen. Diese Vorstellung erfüllt Nora mit völlig unangemessenen Schuldgefühlen. Sie hat das Gefühl, ein schlechter Mensch zu sein, wenn sie nicht auch noch für den Kindergarten oder das Feuerwehrfest mehrere Kuchen backt, obwohl sie chronisch am Rand der Erschöpfung ist. In der biografischen Anamnese berichtet sie von einer chronisch depressiven Mutter, für die sich schon sehr früh verantwortlich gefühlt habe. Wenn sie sich gut gekümmert und die Mutter zum Lächeln gebracht habe, habe sie sich gut und wertvoll gefühlt. Habe sie Wünsche