

2 Entstehung und Behandlung emotionaler Schwierigkeiten

Emotionaler Schmerz birgt die Erinnerung an unerfüllte existentielle Bedürfnisse und hilft uns, zu fühlen und zu verstehen, was wir wirklich brauchen. Deshalb ist das Fühlen von emotionalem Schmerz ein produktiver Zustand. Man muss ihm allerdings den Beigeschmack der Katastrophe nehmen.

2.1 Transdiagnostische Perspektive

Offizielle nosologische Klassifikationssysteme für psychische Störungen wie das DSM und ICD definieren Psychopathologie als distinkte, unabhängige und kategoriale Konstrukte. Dies impliziert, dass Klienten entweder eine psychische Störung haben oder nicht haben (kategorial), dass die diagnostischen Kategorien sich nicht überlappen (distinkt sind) und dass das Vorhandensein einer psychischen Störung nicht die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer anderen psychischen Störung erhöht. Sowohl die klinische Praxis wie auch die empirische Forschung stützen diese Annahmen nicht (Krueger & Eaton, 2015).

Aus phänomenologischer Sicht können bei unterschiedlichen Störungsbildern ähnliche dysfunktionale emotionale Verarbeitungsprozesse beobachtet werden, z.B. Emotionsvermeidung, Emotionsregulationsschwierigkeiten (Über- oder Unterregulation) oder maladaptives emotionales Erleben, d.h. den unterschiedlichen Störungsbildern scheinen dieselben emotionalen Verarbeitungsprobleme zugrunde zu liegen. Typischerweise sind diese emotionalen Verarbeitungsprozesse auch prädiktiv für die Entwicklung psychischer Belastungen oder Störungen. Wenn negative Emotionen schlecht toleriert werden können, kann das zu Emotionsregulationsproblemen führen. Diese wiederum sind Prädiktoren für die Entwicklung psychischer Störungen (Barlow et al., 2004, 2017; Gross, 2007).

Dementsprechend bewegt sich der Trend in der klinischen Psychologie weg von kategorialen (ICD und DSM) hin zu transdiagnostischen Klassifikationssystemen und Behandlungsansätzen (z.B. Barlow et al., 2004, 2017). Für Kliniker hat dies den enormen Vorteil, dass die Realität besser abgebildet wird und dass nicht für jedes Störungsbild ein neues Manual erlernt und appliziert werden muss, wie dies in der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) heute die Regel ist.

Darüber hinaus erschwert das häufige Vorhandensein von Komorbidität die Auswahl einer Primärstörung, auf welche sich die Behandlung konzentrieren soll (welches Manual soll angewendet werden?). Die Fülle an verschiedenen Manualen macht die Ausbildung, die Verbreitung und die Implementierung von wirksamer Psychotherapie schwerfällig. All diese Probleme untermauern den Wert und die Wichtigkeit „transdiagnostischer“, d. h. störungsübergreifender Psychotherapieansätze. Transdiagnostische Ansätze funktionieren ähnlich wie Breitband-Psychopharmaka. Diese sind in einem gewissen Maß auch transdiagnostisch. So wirken z. B. Antidepressiva bei mehreren Formen von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen (Müller, 2000).

Barlow und Kollegen (2004, 2017) entwickelten für die Behandlung verschiedener Angststörungen mit dem „Unified Protocol“ ein störungsübergreifendes Manual. Die Wirksamkeit dieser transdiagnostischen Verhaltenstherapie konnte in einer randomisierten, kontrollierten Studie nachgewiesen werden. Das „Unified Protocol“ bietet eine einheitliche Sichtweise von Psychopathologie und psychotherapeutischer Behandlung. Gemäß Barlow und Kollegen ist ein dysfunktionaler Umgang mit negativen Gefühlen (Vermeidung) ursächlich für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Schwierigkeiten. Das „Unified Protocol“ unterstützt entsprechend Klienten in einer erhöhten Akzeptanz negativen Emotionen gegenüber und hilft ihnen, Emotionsvermeidung zu reduzieren.

Die EFT folgt einem humanistisch-existentiellen Ansatz. Sie wurde in den 1980er Jahren entwickelt und war von Anfang an ein transdiagnostischer Behandlungsansatz. Sie basiert auf der simplen Beobachtung, dass Klienten, welche psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, unter *wiederkehrenden schlechten Gefühlen leiden* und einen *ungünstigen Umgang damit* haben. Daraus lässt sich der simple Schluss ziehen, *dass Veränderungen im Erleben und eine veränderte Beziehung zum Erleben* die Schlüssel für tiefgreifende Veränderung und verbessertes Wohlbefinden sind. In den folgenden Jahrzehnten untersuchte die EFT mittels Prozess-Outcome-Studien, wie in relevanten Therapiesequenzen gearbeitet wurde, in denen es zu tiefgreifenden Veränderungen im Erleben der Klienten kam. Bei Prozess-Outcome Studien werden wichtige Prozessvariablen (z. B. Verarbeitungstiefe oder emotionale Aktivierung des Klienten) mit dem Therapieergebnis in Beziehung gebracht. Dies war im damals herrschenden Zeitgeist der Klinischen Psychologie und Psychotherapieforschung, in welchem randomisierte kontrollierte Studien („randomized controlled trials“, RCTs) als Goldstandard galten, außergewöhnlich.

So zum Beispiel untersuchten Adams und Greenberg (1999) den Zusammenhang zwischen therapeutischen Interventionen, der Verarbeitungstiefe der Klienten und dem Therapieergebnis. Der Fokus der therapeutischen Angebote

hen, wie und was sie blockiert hat und wie man die Hausaufgaben anpassen könnte.

Zur Verbesserung der emotionalen Selbstwahrnehmung können die Arbeitsblätter 1 – 5 genutzt werden.

3.4.2 Inszenierung der Selbstunterbrechung bei überregulierten und unterbrochenen Emotionen

BEISPIEL - Herr J. ist ein erfolgreicher Mann in leitender Position. Er kommt in Therapie, weil er sich nach der Trennung seiner Freundin depressiv und antriebslos fühlt. In den Sitzungen ist sein Narrativ external, er spricht mit monotoner Stimme und es fällt der Therapeutin schwer, sich ihm wirklich nahe zu fühlen und sich in ihn hineinzusetzen. Herr J. zeigt in den Sitzungen wenig Emotionen. Wenn er mit Traurigkeit in Kontakt kommt, schluckt er sie sofort herunter und hat danach keinen Zugang mehr dazu.

Wie es der Name bereits andeutet, sind selbstunterbrechende Prozesse dann gegeben, wenn Klienten das Erleben ihrer Emotionen und Bedürfnisse abblocken, wegschieben, deckeln oder deren Ausdruck unterbrechen (Greenberg et al., 1993; Elliott et al., 2013; Greenberg, 2015; Greenberg et al., 2019). Selbstunterbrechung kann also auf zwei Ebenen stattfinden: im Erleben und im Ausdrücken von Emotionen und Bedürfnissen.

In der Zwei-Stuhl-Inszenierung für Selbstunterbrechung wird daran gearbeitet, *wie* die unterbrechende Seite des Klienten sein Erleben *wegschiebt* und *welche Kosten* dies für ihn hat. Der Klient erlebt sich dabei als Autor dieses Prozesses und kann damit aktiv Einfluss darauf nehmen. In früheren Werken wurde die Intervention der selbstunterbrechenden Spaltung als „Subjekt-Objekt-Spaltung“ bezeichnet (Greenberg, 1979). Diese Bezeichnung hebt hervor, dass selbstunterbrechenden Prozesse zur Objektivierung unseres Selbsts führen. Ziel des Stuhldialogs ist es, dass sich Klienten als aktiv handelndes Subjekt dieses Prozesses erleben. Dies bedingt, dass sie sich der Selbstunterbrechung bewusst werden, dass sie erleben, *wie* das passiert und *welche Auswirkungen (Kosten)* dies auf ihr Leben hat (z. B. „ich werde zwar nicht verletzt, aber ich fühle mich auch niemandem nahe“). Durch das Erleben der Kosten der Selbstunterbrechung wird eine gegenläufige Tendenz ausgelöst (z. B. „ich will mich anderen gegenüber nah fühlen“). Wenn sich Klienten als Autoren dieses Prozesses erleben, können sie auch aktiv Einfluss nehmen.

Das zugrunde liegende Verarbeitungsproblem

Selbstunterbrechung kommt im Therapieprozess sehr häufig vor. Sie geschieht meist hochautomatisch und unbewusst (Weston, 2018). Es wird zwischen *starker* und *schwacher Selbstunterbrechung* unterschieden. Schwache Selbstunterbrechung ist dann gegeben, wenn sich Klienten kurzfristig von ihrem Erleben distanzieren, aber durch das empathische Zurückfokussieren der Therapeutin wieder damit in Kontakt kommen. In diesen Fällen wird keine Stuhlintervention durchgeführt, sondern dem Verarbeitungsproblem wird mit *empathischem Zurückfokussieren* begegnet (z. B. „ich verstehe, was Sie sagen, aber lassen Sie uns noch einmal auf dieses Gefühl von ... zurückkommen“). Auch *Prozessbeobachtungen* können helfen, die weiche Selbstunterbrechung zu umgehen (z. B. „mir ist aufgefallen, dass Sie jedes Mal lachen, wenn Sie mit einem schmerzhaften Gefühl in Kontakt kommen. Ist es okay, einen Moment lang beim Schmerz zu bleiben?“).

Eine *harte Selbstunterbrechung* ist dann gegeben, wenn Klienten den Zugang zum Erleben oder zum Bedürfnis nicht wiederfinden („ich habe gerade diesen Schmerz erlebt, aber jetzt ist er wie weggefegt“). In diesem Fall ist ein Zwei-Stuhl-Dialog für selbstbewertende Spaltung indiziert.

Selbstunterbrechung kann zwei Formen annehmen:

1. Entweder ist es eine *Unterbrechung adaptiver Emotionen* (Ärger, Traurigkeit, Eigenempathie, Schmerz) oder *berechtigter Bedürfnisse*. Diese Art der Selbstunterbrechung taucht häufig in der Leere-Stuhl Arbeit auf und verhindert deren Auflösung.
2. Selbstunterbrechung kann auch eine *habituelle Form des negativen Umgangs mit sich selbst* sein („die Bedürfnisse anderer sind wichtiger als meine eigenen Bedürfnisse“ oder „es ist besser, nichts von anderen zu brauchen“). Diese Art der Selbstunterbrechung wird häufig bei Klienten mit einem fragilen Selbst-erleben beobachtet.

Selbstunterbrechende Prozesse sind immer *Angstprozesse* und sie werden durch emotionale, kognitive und somatische Abläufe begleitet. Kurzfristig führt Selbstunterbrechung zu einem Gefühl von Erleichterung und Kontrolle, da sie hilft, einen Furcht einflößenden Zustand zu vermeiden, mittelfristig führt sie jedoch zu Unbehagen, innerer Leere, Hoffnungslosigkeit, Resignation, Ohnmacht/ Machtlosigkeit und dem Gefühl von Unverbundenheit (Greenberg, 2015). Personen mit viel Selbstunterbrechung fühlen sich häufig als *Objekt* oder *Opfer*. Das Blockieren oder Unterbrechen von Emotionen führt dazu, dass keine Verantwortung dafür übernommen werden kann (Greenberg, 1979).

Selbstunterbrechung dient immer dem *Selbstschutz*. Wenn man nichts fühlt, nichts von sich preisgibt und nichts von anderen braucht, kann man weder enttäuscht noch verletzt werden. Man ist angepasst, klein, unsichtbar, aber fühlt sich vermeintlich sicher. Selbstunterbrechende Prozesse kommen häufig bei Klienten mit internalisierenden Störungsbildern vor (d. h. bei emotionaler Überregulation) wie z. B. bei Essstörungen, Depressionen, Schmerzstörungen, Traumafolgestörungen oder Angststörungen.

Der Marker

Selbstunterbrechung kann sich auf verschiedenen Ebenen manifestieren (Paivio & Pascual-Leone, 2010).

- Im Dialog mit dem Leeren Stuhl werden *adaptive Emotionen unterbrochen* (z. B. selbstbehauptender Ärger, Traurigkeit, Vulnerabilität, Schmerz).
- Klienten haben *Glaubenssysteme* oder *Werte*, welche auf Selbstunterbrechung basieren („Ärger ist eine Sünde“, „Eigenlob stinkt“, „Weinen ist ein Zeichen von Schwäche“, „wenn ich auf mich schaue, bin ich egoistisch und verletze damit andere“).
- *Katastrophisierende Ängste* gegenüber gefährlichen Emotionen („wenn ich anfangs zu weinen, kann ich nie mehr damit aufhören, wenn ich mit meinem Schmerz in Kontakt komme, zerbreche ich daran“).
- Selbstunterbrechung kann sich auf *somatischer Ebene* zeigen (Tränen werden heruntergeschluckt, Emotionen werden durch Verspannung im Nacken kontrolliert, Emotionen werden somatisiert).
- *Habituelle Selbstunterbrechung* äußert sich in emotionaler Taubheit, übermäßiger Selbstkontrolle, Schuldgefühlen beim Erleben von Bedürfnissen oder durch Dissoziieren.

Der Marker für eine Selbstunterbrechung hat drei Aspekte:

1. Die Person beginnt, eine Emotion oder ein Bedürfnis zu erleben.
2. Die Emotion oder das Bedürfnis werden unterbrochen (durch Therapeuten beobachtet oder durch Klienten berichtet).
3. Der Klient erlebt negative Konsequenzen durch die Selbstunterbrechung, z. B. negatives somatisches Erleben (Gefühl zu ersticken, Enge im Brustbereich, Kopfschmerzen) oder negatives emotionales Erleben (Hoffnungslosigkeit, Resignation, Gefühl der Viktimisierung).

Beispiele:

Klientin 1: Letzte Woche habe ich mich mit meinem Mann gestritten, mitten im Streit bin ich davongelaufen und hatte für den Rest des Abends schlimme Kopfschmerzen.

Klient 2: Gestern war mein Sohn wieder bis in alle Nacht am Computer. Aber ich konnte mich einfach nicht durchsetzen. Nie kann ich mich durchsetzen, ich fühle mich so hoffnungslos.

Die Intervention

Das oberste Ziel dieser Intervention ist es, dass sich Klienten ihre abgespaltenen, unterdrückten oder ausgelagerten Emotionen und Bedürfnisse wieder *zu eigen machen* und *als zu sich zugehörig erkennen, akzeptieren* und die *Verantwortung* dafür übernehmen. Wenn Emotionen und Bedürfnisse wieder „an Bord“ sind, kann nach Wegen der bestmöglichen Befriedigung im realen Leben gesucht werden. Dies bedingt z. T. auch das Suchen nach und Experimentieren mit geeigneten Ausdrucksweisen (Greenberg et al., 1993). Manchmal ist der Ausdruck der Emotion keine Notwendigkeit, sondern es ist ausreichend, das Gefühl in sich zu spüren, zu verstehen und zu akzeptieren (Paivio & Pascual-Leone, 2010).

Um Verantwortung für sein Erleben zu übernehmen, muss der Prozess der Selbstunterbrechung *bewusst gemacht werden* (Elliott et al., 2013). Meistens ist es effektiver, evokativer und integrativer, wenn Klienten die *Handlung der Selbstunterbrechung* inszenieren (das *Wie der Selbstunterbrechung*), statt das *Was* oder *Warum* (darüber sprechen oder verstehen) (Greenberg, 1979; Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). Die Therapeutin unterstützt den Klienten darin, sich mit beiden Seiten zu identifizieren, dem Subjekt, das die Unterbrechung durchführt und dem Objekt, dem die Unterbrechung widerfährt. Um eine Veränderung zu evozieren, müssen sich Klienten mit dem unterbrechenden Subjekt und dessen Schutzfunktion identifizieren.

Die Selbstunterbrechung ist eine paradoxe Intervention. Indem Klienten inszenieren, wie sie sich selbst zum Objekt machen („fühle nichts“, „brauche nichts“, „das wirst du nicht überleben“), wird häufig eine rebellische Gegenreaktion ausgelöst („aber ich will fühlen, ich brauche das. Ich bin stark genug, damit umzugehen“).