

Ein krankmachender Umgang mit Gefühlen

„Alle diese Gefühle müssen ausgegraben, einer Prüfung unterzogen und schließlich losgelassen werden.“

Irvin D. Yalom¹

Definition und therapeutischer Weg:

Es kommt zu einem krankmachenden Umgang mit primären (Reaktionen einschließlich den) Gefühlen, wenn primäre (Reaktionen bzw.) Gefühle sich nicht gesund entwickeln, nicht angemessen abregiert und/oder integriert werden können.²

Nach Greenberg und Safran sind primäre Gefühle die *authentischen*. Man könnte sie auch als die ursprünglichen bzw. durch die Evolution grundgelegten oder näher an der genetischen Veranlagung verstehen. Diese Gefühle sollen einem Menschen dabei helfen eine Situation richtig einzuschätzen und angemessen auf sie zu reagieren.³ Aus psychologischer Perspektive zeigt sich folgender Weg für eine gesunde Entwicklung primärer Gefühle:⁴

„Grundgefühle sind schon in der frühesten Mutter-Kind-Interaktion zu beobachten: der Ausdruck von [...] (Neugier, Erregung), Überraschung (Schreck) und Ekel (Abscheu) ab der Geburt; Freude (Vergnügung) kommt nach 4-6 Wochen dazu, Ärger (Zorn, Wut, Aggression) und Traurigkeit (Kummer, Schmerz) folgen mit 3-4 Monaten und Angst (Furcht, Entsetzen) vor bestimmten Objekten stellt sich mit 6-8 Monaten ein. Auch könnte der Ausdruck von [...] (Verachtung) hier dazu gezählt werden.

Manche Forscher wählen abweichende Einteilungen und Benennungen dieser Grundgefühle, auch variieren die Angaben zum Zeitpunkt ihres erstmaligen Auftretens, aber in groben Zügen stimmen sie überein. Der Ausdruck von Scham- und Schuldgefühlen und das Erleben dieser Gefühlsqualität treten erst später hinzu, nämlich sobald die Wahrnehmung der eignen Person in Bezug auf jemand anderen möglich wird, etwa gegen Ende des zweiten Lebensjahres.

Erst nach diesen Grundgefühlen entstehen die komplexen Emotionen. Diese werden unter wesentlicher Beteiligung des kognitiven Systems hervorgebracht und sind relativ uneinheitlich beschrieben.“

¹ Yalom I.D. (2016), S.147.

² Vgl. dazu Körner 2013, S. 141 und Parfy et al. 2003, S. 26; James Gross (Standford University) untersuchte 1997 die Wirkung von unterdrückten Gefühlen, dabei zeigte sich, dass Menschen, „die alles unterdrückt hatten“, weniger begeisterungsfähig und erschöpfter waren als die, die ihren Gefühlen Ausdruck verleihen durften. (Zeug, Katrin 2017).

³ Greenberg und Safran gehen davon aus, dass „alle primären affektiven Emotionen adaptive motivationale Informationen für den Organismus“ darstellen. (Linehan 2008, S. 167) „Oft sind die primären Emotionen dem Kontext angemessen und passend.“ (Linehan 2016, S. 323) „Angemessene Emotionen auszulösen verlangt vom Therapeuten, daran zu glauben, dass eine primäre Emotion immer angemessen ist und den Klienten sinnvoll organisieren wird. Der Therapeut muss der Versuchung widerstehen, den Klienten davor bewahren zu wollen, Traurigkeit oder Verzweiflung zu erleben. Primäre Emotionen gleichen einem Scheinwerfer, der anspringt, um uns zu zeigen, welches (Problem) wahrgenommen werden muss[...] Besteht Klarheit über eine Emotion, dann nutzt ihre Handlungstendenz naturgemäß der Problemlösung.“ (Körner 2013, S.146).

⁴ Parfy et al. 2003, S. 26. Bestimmte Ausdrücke wurden von mir im folgenden Kasten weggelassen, da ich diese Begriffe nicht als Beschreibung von Gefühlszuständen betrachte, wie beispielsweise *Interesse*. Interesse ist für mich mehr eine kognitive Bewertung, die zu einem Gefühl wie Neugier führen kann, aber an sich noch kein Gefühlszustand.

Dagegen sind sekundäre Gefühle mehr die *gelernten*, d.h. Reaktionen auf primäre kognitive Einschätzungen und emotionale Zustände. Nach Linehan kann man diese sekundären Gefühle als ein Endprodukt einer Gefühls- und Gedankenkette verstehen.⁵ Beispielsweise könnte ein Mensch aufgrund einer Verletzung anfangen Wut zu erleben, gleichzeitig wird ihm bewusst, dass er sich in einem sozialen Umfeld befindet, in dem Wut bestraft wird (= Gedankenkette), also fängt er an die Wut zu unterdrücken bzw. durch ein entgegengerichtetes Gefühl zu überdecken (= Gefühlskette).⁶ Dadurch kommt sein ursprünglich angelegtes und der Situation angemessenes Gefühlsprogramm durcheinander.

Durch Wiederholungen solcher Situationen werden die Reaktionen zur Gewohnheit und ein neues Gefühlsprogramm entsteht. Das kann schließlich dazu führen, dass dieses veränderte Gefühlsprogramm zum Einsatz kommt, wenn es nicht mehr benötigt wird und es für einen Menschen besser wäre primäre Gefühle auszudrücken.

Unabhängig davon erzeugen einmal aktivierte primäre Gefühle Spannungen, die nicht angemessen abregiert werden, wenn sie nicht ausreichend ausgedrückt werden können.⁷ Breuer und Freud sehen in der Quantität einer solchen Spannung, die eigentliche Ursache für die krankmachende Wirkung: „Es kommt offenbar auf ein quantitatives Moment an, nämlich darauf, wieviel von solcher Affektspannung einer Organisation verträgt.“⁸ Um diese Spannungen zu regulieren kann ein Mensch damit anfangen Ersatzhandlungen zum Einsatz zu bringen (bspw. Zwänge, Substanzmissbrauch, Selbstverletzung, ...).

Eine Therapie würde darin bestehen wieder einen Zugang zu den primären Reaktionen und Gefühlen zu bekommen, um diese einerseits angemessen⁹ abzureagieren (emotionale Seite; Katharsis) und sie andererseits in die Persönlichkeit zu integrieren (intellektuelle Seite).¹⁰ Einen solchen Zugang bekommen wir, indem wir sekundäre Gefühle abschwächen und primäre Reaktionen finden und verstärken.¹¹ Dadurch kommt es wieder zu einer Konfrontation mit den primären Gefühlen.¹² Doch vor einer Konfrontation muss dafür gesorgt worden sein, dass das mentale Niveau eines Menschen

⁵ Linehan (2008), S. 167.

⁶ Parfy et al. (2003), S. 56.

⁷ Vgl. eingeklemmter Affekt bei Breuer und Freud (2007), S. 39; oder: „Dysfunktionale und unangemessene Emotionen sind laut Greenberg und Safran gewöhnlich sekundäre Emotionen, welche die Erfahrung und Äusserung primärer Emotionen blockieren.“ Ähnlich sieht es Linehan (2016, S. 323). Für sie entsteht emotionaler Stress, weil primäre Emotionen nicht gesund gelebt werden können, sondern stattdessen sekundäre Reaktionen erfolgen (Scham, Angst oder Wut).

⁸ Breuer und Freud (2007), S. 194.

⁹ Angemessen bedeutet in diesem Fall auf einer Art und Weise, die ihrem ursprünglich gesunden Ziel dient.

¹⁰ Zwar ist das Affektive das Effektive, wie bereits die scholastische Philosophie feststellte (Maureder 2008, S. 29). Doch das affektive Abregieren allein ist zu wenig, daneben braucht es weiters die intellektuelle Einsicht und Realitätsprüfung, wie Franz Alexander bereits 1946 durch sein Konzept des „korrigierenden emotionalen Erlebnisses“ beschrieben hat (Yalom, 2019, S. 51f). Auch ist nach Yalom Psychotherapie als ein emotionales und ein korrigierendes Erlebnis zu sehen: „Wir müssen Situationen, mit denen wir konfrontiert werden, sehr intensiv erleben; aber wir müssen auch unseren Verstand nutzen, um die Implikationen dieses emotionalen Erlebnisses zu verstehen.“ (Yalom, 2019, S. 54). „[...] effiziente(n) Therapie (wechselt) immer [...] zwischen *Hervorrufen und Erleben* des Affekts und *Analyse und Integration* des Affekts.“ (Yalom 2002, S. 86) „Die Fähigkeit, über das eigene emotionale Erleben zu reflektieren, ist eine wichtige Komponente des Veränderungsprozesses (Yalom 2019, S. 119). Die neurobiologischen Grundlagen für dieses Zusammenspiel sind bei Grawe (2004, S. 125) beschrieben.

¹¹ Linehan (2008), S. 167.

¹² Linehan (2016), S. 323.

ausreichen kann, um eine nützliche Integration zu ermöglichen.¹³ Als Therapeut benötigt man für diese Schritte die Fähigkeit starke Gefühle zu wecken, einzudämmen und zu erforschen.¹⁴

Zusätzlich muss sich ein Therapeut darüber im Klaren sein, dass es sehr wichtig ist, eine „nichtwertenden Atmosphäre“ zu schaffen (*Kontext emotionaler Selbstvalidierung*).¹⁵ Denn Menschen, die Mühe mit einer angemessenen Gefühlsregulation haben, erfahren in der Regel bereits häufig stark verurteilende Bemerkungen, wie beispielsweise: „Wenn du nur deine Einstellung ändern würdest, könntest du deine Gefühle verändern.“¹⁶ Wo immer versucht wird therapeutische Veränderungen zu erreichen, „[...] kommt es entscheidend darauf an, dass dies in einem positiven motivationalen und emotionalen Kontext eingebettet geschieht.“¹⁷

Bei der therapeutischen Arbeit ist es nicht einfach primäre von sekundären Reaktionen bzw. Gefühlen zu unterscheiden: „Greenberg [...] führt aus, dass primäre Emotionen die Eigenschaft besitzen, in Reaktion auf die gegenwärtigen Bedingungen plötzlich einzusetzen, als frisch oder neu, als ganzheitlich und tief empfunden werden, und sich auch in unglücklichem Zustand als „gut“ anfühlen. Dies steht im Gegensatz zu sekundären Emotionen. Sekundäre Emotionen erscheinen oft undeutlich und verschleiernd, der Mensch fühlt sich traurig, hoffnungslos oder gehemmt, hat wenig Energie und ist weinerlich.“¹⁸

Eine andere Differenzierung zwischen Gefühlsreaktionen und wie man sie voneinander unterscheiden kann, ist mir bei Van der Hart und seine Kollegen begegnet. Sie grenzen ihrerseits vehemente Emotionen von intensiven adaptiven Gefühlen ab. Einiges an ihrer Beschreibung ähnelt dem Konzept von primären und sekundären Gefühlen. Bedenkenswert sind dabei die Kriterien anhand derer man beide voneinander unterscheiden kann: „*Eine vehemente Emotion unterscheidet sich von einer starken Emotion insofern, als erstere nicht adaptiv, die betroffene Person ihr nicht gewachsen und ihr Ausdruck nicht von Nutzen ist.* Je intensiver sie ausgedrückt wird, umso dysfunktionaler [...] und umso überwältigender wirkt sie [...]“ Vehemente Gefühle „wirken überwältigend, sind reflexhaft und automatisch und verschließen sich häufig sprachlichem Ausdruck. Der Patient reflektiert nicht über das, was er erlebt[...]“ Bei intensiven adaptiven Gefühlen dagegen handelt es sich um „die Gefühle, die Menschen erleben, wenn sie sich auf einer adäquaten mentalen Ebene befinden; wenn die Gefühle auf interpersonal adäquate Weise reflektiert zum Ausdruck gebracht werden; wenn sie dem Patienten helfen, ein besseres Leben zu führen; und wenn sie ihm zu dauerhafter, statt nur zur zeitweiligen Erleichterung verhelfen[...] Adaptive Gefühle beinhalten selbst dann, wenn sie sehr intensiv sind, Selbstreflexion über das, was wir erleben und warum wir es tun; sie schließen relativ akkurate Wahrnehmungen und auf der gegenwärtigen Situation basierende Voraussagen ein und beinhalten ein wesentlich höheres Maß an Kontrolle über reflexhafte Handlungen als vehemente Emotionen.“¹⁹

¹³ Van der Hart et al. (2008), S. 333.

¹⁴ Vgl. Yalom (2019), S. 572.

¹⁵ Die große Bedeutung eines angemessenen Kontextes wird auch von Grawe (2004, S. 129) betont, indem er postuliert, dass die zwei wichtigsten Schwerpunkte therapeutischer Arbeit folgende sind: *Kontextgenerierung und Problembearbeitung*. „Diesen Kontext herzustellen und aufrechtzuerhalten, ist für die Herbeiführung der erwünschten Veränderungen ebenso wichtig, wie die Durchführung angemessener problemspezifischer Interventionen.“ (Grawe 2004, S. 140).

¹⁶ Linehan (2016), S. 323.

¹⁷ Grawe (2004), S. 140.

¹⁸ Körner (2013), S. 142.

¹⁹ Van der Hart et al. (2008), S. 20f, S. 338 und S.278. Vgl. dazu auch Yalom (2019, S. 411) „In Kapitel 2 habe ich Vorfälle beschrieben, die von Klienten als Wendepunkte in ihrer Therapie bewertet wurden. In der Mehrzahl dieser kritischen Vorfälle ging es um die erstmalige Äusserung starker negativer Affekte.“

Bislang habe ich den theoretischen Hintergrund bzw. Rahmenbedingungen für eine effektive Psychotherapie dargelegt. Nun möchte ich versuchen darzustellen, wie eine Therapie inhaltlich bzw. strukturell beschaffen sein kann, um einen krankmachenden Umgang mit Gefühlen zu durchbrechen.²⁰ Aus meiner bislang gemachten therapeutischen Erfahrung kann ich sagen, dass sich die Module Achtsamkeit und Umgang mit Gefühlen aus dem DBT Skills Training sehr gut dazu eignen.²¹

Phase 1 Achtsamkeitstraining: Das Achtsamkeitstraining ist als eine Schule für die Selbstwahrnehmung konzipiert, um die Fähigkeit zu stärken, sich selbst auf eine konzentrierte, nicht verurteilende Weise besser beobachten zu können.

Phase 2 Theoretisches Wissen über Gefühle vermitteln (Psychoedukation): Patienten sollen zu Experten ihrer eigenen Erkrankung gemacht werden, damit sie ihre Reaktionen besser einordnen und beeinflussen können. Im DBT Skills Training findet diese Wissensvermittlung auf den Arbeitsblättern 1-31 aus dem Modul Umgang mit Gefühlen statt (Allgemeines Emotionsmodell, Spezifische Emotionen, Gefühle abschwächen, etc.).

Phase 3 emotionale Verwundbarkeit verringern: Der Skill *ABC GESUnD* (Arbeitsblätter 37-41) stellt eine Checkliste dar, anhand derer man entscheiden kann, wo es sich lohnen würde anzusetzen, um die emotionale Verletzbarkeit zu verringern.²²

Phase 4 Achtsamkeitsfähigkeiten auf die Beobachtung eigener emotionaler Reaktionen anwenden: Es lohnt sich eine persönliche Gefühlsmatrix zu erstellen, anhand derer festgehalten wird, wie bestimmte Gefühle sich bei einer Person bemerkbar machen (typische Gedanken, typische Wahrnehmung, typisches Körpererleben, typischer Handlungsdrang). Dadurch wird das Spezifische des jeweiligen Gefühls herausgearbeitet, d.h. wodurch sich die Gefühle voneinander unterscheiden. Schließlich führen alle diese Ausführungen zu dem zentralen Skill VEIN AHA. Die Schritte des VEIN eignen sich dazu, zu klären, welche Gefühle aktuell im Spiel sind, und die Schritte des AHA helfen dabei zu entscheiden, wie man am besten mit diesen Gefühlen umgeht. Es lassen sich drei verschiedene Szenarien unterscheiden, in denen ein Gefühl zum Problem werden kann:²³

- a.) Wenn ein Gefühl nicht zur Situation passt. Man empfindet bspw. Scham nach einem berechtigten Kompliment, dabei würde man zutreffender Freude oder Stolz empfinden können.
- b.) Wenn ein Gefühl zwar zur Situation passt, aber in der Intensität zu stark ist, um danach angemessen zu handeln. Ein Beispiel dafür wäre, wenn ich in der U-Bahn angerempelt werde und explodieren könnte oder den Betreffenden am liebsten bewusstlos schlagen würde.
- c.) Wenn ein Gefühl passen würde, ich aber nicht danach handle. In solchen Fällen ist häufig die Angst vor den Konsequenzen grösser als die Stärke des Gefühls. Wenn mich bspw. mein Chef fünf Minuten vor Arbeitsschluss wieder mit Aufträgen überhäuft, obwohl ich ihn gebeten

²⁰ Eine andere Variante dieses Weges findet sich bei Körner (2013), S. 140f. Sie folgt dabei den Grundsätzen der üblichen Expositionstherapie: Exposition mit Auslösereizen und Reaktionsprävention.

²¹ Bohus et al. 2013. Siehe dazu auch das Handbuch der Dialektischen-Behavioralen Therapie. Skills Training Manual von Linehan (2016). Der Autor hat immer wieder gute Erfahrungen damit gemacht die Version, die von Bohus et al. (2013) stammt, mit weiteren Arbeitsblättern von Linehan (2016) zu ergänzen.

²² Die Maßnahmen aus Phase eins bis drei stellen geeignete Interventionen dar, um das mentale Niveau eines Menschen zu verbessern (vgl. dazu Maßnahmen von Van der Hart et al. 2008 S. 334f).

²³ Bohus et al. (2013), S. 193.

hatte, mir nicht zu viele Aufträge vor dem Feierabend auf den Schreibtisch zu legen, könnte ich Ärger erleben. Dieser hätte die Funktion mir dabei zu helfen für mich einzustehen. Stattdessen würde man in dem Fall den Ärger aber unterdrücken, was Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit oder Wertlosigkeit hinterlassen kann.

Wie könnte man nun in diesen Situationen mit den eigenen Gefühlen umgehen, um zu verhindern, dass sie eine toxische Wirkung entwickeln?

Im Falle a.)²⁴ würde es darum gehen, das Gefühl ganz abzuschwächen, um Platz für die emotionale Reaktion darunter zu schaffen. Nach dem Abschwächen würde man ein weiteres Mal ein VEIN durchführen, um die neu auftauchenden Gefühle einzuschätzen.

Im Falle b.) würde es darum gehen, die Gefühle nicht ganz abzuschwächen, sondern nur so weit, bis eine Gefühlstärke erreicht wird, die der Situation angemessen erscheint. Ärger zu erleben und angemessen auszudrücken ist beispielsweise nicht falsch, wenn jemand unseren Besitz beschädigt.

Im Falle c.) würde es darum gehen, das Gefühl so weit zu stärken (aufzudrehen), bis es stark genug ist, um angemessen danach zu handeln (dazu braucht es dann eventuell zwischenmenschliche Skills).²⁵ Man könnte den Ärger dazu nutzen, um den Chef höflich aber bestimmt zu bitten, dass dieser kurz vor Feierabend nicht erneut so viele Aufträge auf den Schreibtisch platziert.

Wenn ein berechtigtes Gefühl sein Ziel erreicht hat, wird es im gesunden Fall von selber aufhören.²⁶ Kann ein Gefühl in einer bestimmten Situation aus verschiedenen Gründen²⁷ gerade nicht ausagiert werden, kann der Skill emotionales Leiden loslassen bzw. Emotionsurfen (Arbeitsblatt 42 und 43) einen Umgang bieten, der verhindert, dass ein Gefühl eine krankmachende Wirkung bekommt.

Fallbeispiele zur Untermauerung der oben formulierten Hypothese:

Auch in diesem Fall gibt es für die oben formulierte Annahme zahlreiche Berichte, die sie begründen. So haben bereits Breuer und Freud in ihren Studien der Hysterie an verschiedenen Stellen beschrieben, wie bedeutsam die Katharsis (emotionale Seite) in Verbindung mit einer assoziativen Korrektur (intellektuelle Seite) für einen Heilungsprozess sein kann.²⁸ Als Beispiele für fehlende assoziative Korrektur nennen die Autoren die Geschehnisse eines Unfalls, die nicht mit den anschließenden Erlebnissen der wiederhergestellten Sicherheit assoziativ verbunden werden konnten.²⁹ Beispiele für die krankmachende Wirkung eines nicht abreagierten Affekts finden wir ebenfalls in den Studien. Die Autoren nennen u.a. Menschen, die lange Zeit mit der Krankenpflege beschäftigt sind und die durch ihre Aufgaben so eingenommen werden, dass sie daran gewöhnt werden „einerseits [...]alle Zeichen der eigenen Ergriffenheit zu unterdrücken, andererseits (sich) [...] bald von der Aufmerksamkeit für (die) [...] eigenen Eindrücke ab (zu lenken), weil [...]Zeit wie Kraft fehlt, ihnen gerecht zu werden. So speichert der Krankenpfleger eine Reihe von affektfähigen

²⁴ Die folgenden Empfehlungen stammen vom Autor und basieren auf eigenen klinischen Erfahrungen.

²⁵ Siehe dazu das Modul zwischenmenschliche Fertigkeiten aus dem Skillstraining (Bohus et al. 2013).

²⁶ Parfy et al. (2003), S. 28.

²⁷ Beispielsweise im Fall b., wenn es sich bei dem Täter um einen betrunkenen, möglicherweise zu gewaltneigenden Menschen handelt.

²⁸ Breuer und Freud (2007), S. 39.

²⁹ Breuer und Freud (2007), S. 33.

Eindrücken in sich auf, die kaum klar genug perzipiert, jedenfalls nicht durch Abreagieren geschwächt worden sind. Er schafft sich Material für eine Retentionshysterie. Genest der Kranke, so werden all diese Eindrücke freilich entwertet (assoziative Korrektur); stirbt er aber, bricht die Zeit der Trauer herein, in welcher nur wertvoll erscheint, was sich auf den Verlorenen bezieht, so kommen auch jene der Erledigung harrenden Eindrücke an die Reihe, und nach einer kurzen Pause der Erschöpfung bricht die Hysterie los, zu der der Keim während der Krankenpflege gelegt wurde.“³⁰

Schöne Beispiele zur Untermauerung der oben angeführten Annahme findet man auch bei Kelly Körner im Praxisbuch DBT.³¹ Eines davon möchte ich näher darstellen.³²

„Eines Tages berichtete ein Klient von einem sehr wichtigen Ereignis in jener Woche. Ganz plötzlich änderte sich sein Affektverhalten und er wirkte beschämt. Innerhalb weniger Sätze legte er in übertriebener Weise dar, dass er keine Fortschritte mache und eine Last für seinen Therapeuten sei; mit ihm würde er seine Zeit nicht sinnvoll nutzen. Er wirkte weggetreten und bemerkte am Ende: „Womit beschäftigen wir uns hier eigentlich?“ Die ersten fünf Male, als das passierte, ging der Therapeut sofort auf die Frage ein. [...]Jetzt, bei der sechsten Wiederauflage, wird ihm klar, dass sich dieses Szenario ständig wiederholt. Sein Bemühen um eine Rückversicherung und Validierung der Fortschritte zeigt offensichtlich keine Wirkung. Heute [...] beurteilt er (zuerst), was zu dieser Affektänderung geführt hat und vermutet, dass vielleicht ein routiniertes Fluchtverhalten „gezündet“ hat. Er fragt: „Ist jetzt gerade etwas passiert? Wir sprachen gerade über X, und ich sagte dann Y, und dann machen Sie auf einmal jede Menge hoffnungslose Bemerkungen. Können wir uns das noch mal anschauen? Welche Wirkung hatte das bei ihnen, als ich Y sagte?“ Er sollte sich jeden Augenblick des Gespräches vornehmen, um das Erleben des Klienten nachzuvollziehen und mithilfe der Kettenanalyse identifizieren, welche Variablen die Störung der Emotionsregulation während der Sitzung bestimmen. Er erfährt, dass der Klient zu Beginn der Sitzung froh darüber war, ihn wiederzusehen. Die Affektänderung wurde ausgelöst, als der Therapeut eine ihm wichtige Aussage missverstand. Die spontane emotionale Reaktion gründete in der Verletzung darüber, dass der Therapeut ihn falsch verstanden hatte. Dann verurteilte sich der Klient sofort dafür, sich verletzt zu fühlen – er empfand Scham und Demütigung, weil er sich Verständnis wünschte. Die steigerte sich zu einer massiven Selbstinvalidierung (und dem Gedanken „Du bist einfach ein ganz dummes Baby, ein Fass ohne Boden“) und er war überzeugt davon, dass er sich unreif verhielt und überreagierte. Dann entflammte Wut auf den Therapeuten als primäre Reaktion darauf, dass er einem wichtigen Bedürfnis nicht entsprochen hat und auf sich selbst, als Fluchtreaktion auf die sehr unangenehme, verletzliche Emotion. Dann schweiften seine Gedanken ab und er war verärgert darüber, sich nicht konzentrieren zu können und darüber, dass der Therapeut nicht therapeutisch intervenierte. Dieser vermutete dann, dass die Situation, den Klienten falsch verstanden zu haben, eine Kaskade sekundärer Reaktionen auslöste, die als Flucht vor den sehr unangenehmen *primären Emotionen Verlangen* (verstanden zu werden) und *Verletzung* (missverstanden zu werden) dienen.“

³⁰ Breuer und Freud (2007), S. 181f. Vgl. dazu auch andere Fallbeispiele aus den Studien der Hysterie, bspw. Miss Lucy (S. 134). „Der Konflikt der Affekte hatte den Moment zum Trauma erhoben. [...]einer kleinen Szene, in welcher die widerstreitenden Affekte einander entgegengetreten waren, das Bedauern, diese Kinder zu verlassen, und die Kränkungen, welche sie doch sie zu diesem Entschluss drängten.“ Weiters kann man hier auch die pathogene Verarbeitung von Schuldgefühlen anführen. Siehe dazu: Ellenberger (2005), S. 52 Beispiel von Aldenhoven und S. 745 Beispiel von Heinrothy.

³¹ Auch bei der Akzeptanz-Commitment-Therapie (ACT) liegt ein Schwerpunkt ihres Ansatzes in dem adaptiven Erleben von Emotionen (Van der Hart 2005, S. 303). Dabei konzentrieren sie sich darauf, den Patienten dabei zu unterstützen bestimmte Gefühle zu erleben, ohne dass er sie durch Ersatzhandlungen überdeckt.

³² Körner (2013), S. 141f. Ein weiteres Beispiel bei Körner (2013): Fallbeispiel Lara S. 147ff.

Quellen:

Breuer Josef und Freud Sigmund (2007). Studien über Hysterie. 6 Aufl.

Bohus Martin und Wolf Martina (2013). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Schattauer Verlag. 2. Aufl.

Ellenberger Henri F. (2005). Die Entdeckung des Unbewussten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung. Diogenes Verlag. 2. Aufl.

Grawe Klaus (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag.

Linehan Marsha (2008). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP Medien Verlag.

Linehan Marsha (2016) Handbuch der Dialektischen-Behavioralen Therapie. Skills Training Manual. CIP Medien Verlag.

Körner Kelly (2013). Praxisbuch DBT. Strategien der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Beltz Verlag.

Maureder Josef (2008). Mensch werden – erfüllt leben. Ignatianische Impulse. Echter Verlag.

Parfy Erwin, Schuch Bibiana und Lenz Gerhard (2003). Verhaltenstherapie. Moderne Ansätze für Theorie und Praxis. UTB Facultas Verlag.

Van der Hart Onno, Nijenhuis Ellert R.S. und Steele Kathy (2008). Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Junfermann Verlag.

Yalom, Irvin D. (2002). Der Panama-Hut. Oder was einen guten Therapeuten ausmacht. BTB Verlag. 7. Aufl.

Yalom D. Irvin (2019). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Klett Cotta Verlag, 13. Aufl.

Yalom D. Irvin (2016). Denn alles ist Vergänglich. Geschichten aus der Psychotherapie. BTB Verlag.

Zeug Katrin (2017). Ich schaffe das! Zeit Online.