

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/365872990>

Gefühle als Therapiekompass– Auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Behandlungsheuristik (Teil 1): Gefühle als subjektiv erfahrbarer Ausdruck und Bindeglied von Bedürfnissen, d...

Preprint · November 2022

DOI: 10.13140/RG.2.2.27556.55687

CITATIONS

0

READS

323

3 authors:



Jeannette Meissner

Praxis

11 PUBLICATIONS 37 CITATIONS

SEE PROFILE



Tilman Süchting

Berliner Akademie für Psychotherapie

9 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE



Frank Jacobi

Psychologische Hochschule Berlin

235 PUBLICATIONS 16,646 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



PSY-KOMO - Improving the Quality of Treatment for Severely Mentally Ill People to Reduce Somatic Comorbidity and Prevent Increased Mortality [View project](#)

Gefühle als Therapiekompass: Auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Behandlungsheuristik (Teil 1)

Gefühle als subjektiv erfahrbarer Ausdruck und Bindeglied von Bedürfnissen, deren Affektsystemen, Emotionsschemata und Kognitiven Repräsentanzen

Jeannette Meißner, Tilman Süchting, Frank Jacobi

[Manuskript in progress zur Diskussion, u.a. um geeignetes Publikationsorgan zu finden:
Version 1.1 vom 1.3.23 nach erster Diskussionsrunde in RG und anderen Orten]

Zusammenfassung

Emotionale Prozesse in den Mittelpunkt therapeutischer Arbeit zu stellen, wird zunehmend ein Therapieschulen übergreifender Hauptfokus für anhaltende Veränderungen. Die unterschiedlichen Ansätze verstehen darunter zum Teil jedoch etwas ganz anderes. Daraus folgen verschiedene emotionsbasierte Wirkprinzipien, die das Therapieergebnis unterschiedlich effektiv beeinflussen. Im Rahmen der Konzeption einer Behandlungsheuristik („Affektfokussierter Therapiekompass erlebensbasierter Methodenintegration“, ATEM) werden im vorliegenden ersten Teil psychotherapeutisch relevante Grundlagen des Themas Emotionen in der Psychotherapie herausgearbeitet. Es werden Emotionstheorien von biologisch bis hin zu konstruktivistisch orientierten Ansätzen aufgegriffen, um gängige Begriffe (Affekte, Instinkte, Emotionen, (Emotions-) Schemata und Gefühle) differenziert abzuleiten.

Dabei wird zunächst auf einer *Primärebene* illustriert, wie Affektsysteme im Spektrum psychischer Grundbedürfnisse verortet werden können als noch unkonditionierte, archaische Überlebensprogramme. Auf der *Sekundärebene* werden Emotionsschemata als komplexe, sozial konditionierte Vorhersagemodelle beschrieben, die erst über individuelle Erfahrungen entstehen und im kontextuellen Geschehen vor allem auf das implizite Erinnerungssystem zugreifen. Und schließlich betrifft die *Tertiärebene* die mentalen kognitiven Repräsentanzen unserer Emotionen, also gewissermaßen die Lesart unseres „Neokortex als Gastgeber emotionaler Gedanken und Verhaltensweisen“. Diese präfrontalen Abwägungen sind Anleitungen, was im Moment zu tun ist – wobei es auf Sekundär- und Tertiärebene leicht zu Fehlschlüssen kommen kann bei biografisch schwierigen Erfahrungen, die vor allem unbewusst wirken und Einfluss nehmen, was wiederum für Problemlagen, denen wir in der Psychotherapie begegnen, höchst relevant ist.

Schließlich wird herausgearbeitet, dass *Gefühle* die subjektive Erfahrung des Selbst im Moment sind und das Bindeglied von Bedürfnissen, deren Affektsysteme, Emotionsschemata und Kognitive Repräsentanzen der mentalen, überwiegend impliziten Landkarten. Mit diesen Unterscheidungen bemühen wir uns auch um eine Klärung der Begrifflichkeiten. Denn insbesondere der Begriff „Emotion“ wird oft unterschiedlich gebraucht, manchmal als „Gefühl“ (verkörperte, subjektive Emotion), oder auch „Affekt“ („Instinkt, Primär- oder Basisemotion“) oder auch als Schutz- („Sekundär- oder instrumentelle Emotion“), bzw. Abwehrmechanismus (Selbstbeichtigung als schambasierte Abwehr).

Wir können in der Psychotherapie ein klares und differenziertes Orientierungsinstrumentarium gut gebrauchen, denn die (integrative) therapeutische Arbeit auf den genannten Ebenen erfordert unterschiedliche Zugänge und Interventionen. Für nachhaltige therapeutische Wirkungen sind *korrigierende emotionale Erfahrungen* und eine *Überwindung der Vermeidung aversiver hin zu adaptiven Gefühlen* von zentraler Bedeutung.

“Feelings guide all learning from experience” (Mark Solms, 2021); “Feelings come unbidden as reactions to living”, “the more one can laugh when happy, cry when sad, use anger to set firm limits, make love passionately”, “the further one is from suffering. And the fuller one is with the joy of existence, the more generous one can be toward others” (McCullough, 1997).

Gefühle als Therapieschulen übergreifendes zentrales Orientierungssystem

Die psychotherapeutische Landschaft ist ausgesprochen vielgestaltig herangereift, in der die vielen unterschiedlichen Ansätze inzwischen eine Art Überkreuzbefruchtung („cross pollination“, Goldman, 2020, S. 329) erkennen lassen. Die Folge ist oft ein Eklektizismus, mit dem Therapeut:innen Techniken aus unterschiedlichen Ansätzen verwenden, aber zuweilen dabei die theoretische Herleitung und konzeptuelle Einbettung ihres Vorgehens vernachlässigen. So vielversprechend die neueren integrativen Verfahren sind, sie konnten bislang an einem Befund nichts im Wesentlichen verändern, der wenig zufriedenstellend ist: dass Therapie zwar insgesamt nützt, aber nur etwa 30-50% der Patient:innen gut bis sehr gut geholfen werden kann und dass trotz zügiger Symptomreduktion zu Beginn, nach Therapieabschluss bis zu 80% der Patient:innen Rückfälle erleiden (Lambert, 2017, Brakemeier, Herpertz, 2019). Auch wenn die Psychotherapeut:innen selbst oft die Effekte der Therapie optimistischer einschätzen (Roth, 2019).

Historisch gesehen ist diese Situation nicht ungewöhnlich für eine relativ junge Wissenschaft, wie sie die Psychotherapie mit ihrer knapp 150-jährigen Geschichte ist. Es kommt einem hierbei die Einordnung des Philosophen Thomas Kuhn in den Sinn, der bei der Entwicklung der Wissenschaften davon ausging, dass sie in der Regel zunächst durch eine vorparadigmatische Phase hindurchmüssen, in der viele unterschiedliche Ansätze nebeneinanderstehen, bevor es schließlich zu einer Phase eines einheitlichen Paradigmas kommt, in der erst der eigentliche Wissenszuwachs stattfindet (Kuhn, 1962). Solche Bemühungen um einen einheitlichen Ansatz in der Psychotherapie hat es in den letzten Jahrzehnten auch immer wieder gegeben. Bislang haben sie aber noch zu keiner Integration des Feldes geführt.

Wir wollen in diesem und zwei nachfolgenden Artikeln nun ein Modell vorstellen, mit dem sich die vielen psychotherapeutischen Schulen miteinander integrierter verstehen lassen. Dabei begnügen wir uns nicht mit der Benennung von „Common Factors“ als einem kleinsten gemeinsamen Nenner der Schulen. Wir streben auch keine „unifying theory“ an, vor deren Hintergrund wir zeigefingerhebend sagen könnten, wo welche Schulen Recht und wo sie Unrecht haben (siehe zum Überblick über verschiedene Integrationsversuche Jacobi & Brodrück, 2021). Stattdessen schlagen wir einen theoretischen Rahmen vor, in dem viele Ansätze ihren Platz finden und sich ergänzen. Am Anfang unseres Bemühens um einen solchen Rahmen steht eine einfache Feststellung: Wenn Patient:innen zu uns in die psychotherapeutische Praxis kommen und sich Linderung von ihren psychischen Problemen erhoffen, dann handelt es sich bei diesen psychischen Problemen um in der Regel emotionale Probleme: Unsere Patient:innen fühlen sich auf ungesunde Weise niedergeschlagen, ohnmächtig, hoffnungslos, ängstlich, sorgenvoll etc. – anders, als sie sich fühlen wollen. Und in der Psychotherapie geht es dann darum, unseren Patient:innen einen hilfreicherer Zugang zu sich und der Welt zu öffnen und damit zu gesünderen Emotionen zu verhelfen. Die Art der Emotionen und, individuenzentriert gefasst, subjektiven Gefühle unserer Patient:innen zeigen uns dabei den Weg zur Lösung.

Die Gefühle in der Therapie als ein handlungsleitendes Orientierungssystem zu nutzen ist dabei nicht neu. Die zentrale Bedeutung spezifischer emotionaler, affektiver und damit bedürfnisbezogener Veränderungsprozesse für einen nachhaltigen Therapieerfolg wird von Beginn an (bspw. Breuer und Freud, 1895; Rogers, 1951; Beck, 1976) durch umfassende Befunde der Psychotherapieprozessforschung (z.B. Grawe, 2004; Whelton, 2005; Lambert,

2015, 2017; Greenberg, Malberg, Tompkins; 2019), wie auch aus neurowissenschaftlicher Sicht hervorgehoben (z.B. Lane et al., 2015, 2020; Roth, 2019; Solms, 2021; Damasio, 1999, 2021; Panksepp & Biven, 2012; Grawe, 2004)¹.

Ohne Gefühle, so bringen es obige Zitate auf den Punkt, wäre menschliches Lernen unmöglich, ohne emotional korrigierende Erfahrung wird keine Auflösung psychischer Probleme machbar. Unsere Gefühlsregungen gehören zum Leben wie der Atem, unser gewähltes Akronym für unser Modell. Wenn wir uns unserer Gefühle bewusst sind und sie differenzieren können, sind wir in der Lage, unsere Bedürfnisse auf adaptive Weise zu erfüllen. Die subjektiv erlebten Gefühle in der Therapiesitzung sollten daher der zentrale Kompass sein und die therapeutischen Interventionen leiten. Die Art und Weise wie in verschiedenen therapeutischen Ansätzen das subjektiv gefühlte Erleben in der konkreten Therapiesituation von Moment zu Moment in den Mittelpunkt des Behandlungsgeschehens gerückt wird, unterscheidet sich jedoch zum Teil erheblich in den unterschiedlichen Verfahren.

Psychotherapeutische Veränderungen gehen mit neurobiologischen Veränderungen einher

"Psychotherapie wirkt, wenn sie wirkt, darüber, dass sie das Gehirn verändert. Wenn sie das Gehirn [i.e. neurobiologische Prozesse] nicht verändert, ist sie auch nicht wirksam." (Grawe, 2004, S. 18). Bereits Freud vertrat zeitlebens eine neurowissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie und versuchte „materielle Theilchen die Neurone zu nehmen“ (1895), musste diese Versuche seinerzeit aus Mangel an geeigneten Methoden jedoch aufgeben. Er ging zudem noch von einem Erinnerungssystem aus, weshalb seine Strukturmodelle aus heutiger Sicht zum Teil revidiert gehören. Wir wissen inzwischen, dass es mehrere ineinandergreifende Gedächtnissysteme gibt, die über subjektiv und emotional bedeutsame Lernerfahrungen funktionieren. Unbewusste (implizite, non-deklarative) werden von bewussten (expliziten, deklarativen) Erinnerungssystemen unterschieden (Tulving, 1985, Schacter & Tulving, 1982). Explizite episodische Erinnerungen werden dabei vermutlich in übergeordnete semantische Strukturen gespeist, und das implizite Erinnerungsvermögen arbeitet unter anderem über Priming-, Prozedurale-, Gewohnheits-, Habituations- und Konditionierungsprozesse im Langzeitgedächtnis. Unsere affektiven Beziehungserinnerungen werden dabei überwiegend unbewusst (implizit) in den limbischen Strukturen konstruiert, gespeichert und abgerufen (LeDoux, 1996, 2012, 2019; Panksepp und Biven, 2012; Lane et al., 2020; Solms, 2021).

Affektgeleitete Interventionen sind essentiell für den Erfolg von Emotionsexposition bei Angststörungen (Foa et al., 1986, 2006), bzw. inhibitorische Lernmechanismen (Craske, 2015) oder emotionale Transformationen zur Veränderung von Emotionsschemata, die mit Bindungsrupturen assoziiert sind (Elliott et al. 2004; Greenberg et al., 2015; Lane et al., 2020) und auch für andauernde Persönlichkeitsveränderungen (Davanloo, 1995; McCullough, 1997; Abbass, 2015, 2017), etwa durch den Einbezug impliziter semantischer Gedächtnissysteme (Messina et al., 2016; Solms, 2021, Weinberger et al., 2020). Es werden gerade für langfristige charakterologische Effekte strukturelle und funktionale neuronale Veränderungen in kortikalen, vor allem aber subkortikalen Regionen angenommen (Grawe, 2004; Tarzwell, 2017; Roth, 2019; Solms, 2021). Folgt man Grawes neurowissenschaftlicher Hypothese, sollte eine nachhaltig erfolgreiche Psychotherapie gezielt auf die zugrundeliegende gestörte Aktivität limbischer Zentren eingehen (vgl. auch Solms, 2021; Panksepp, 1998, 2012; Barrett, 2017, 2019), denn diese werden zunehmend als ursächlich für das Entstehen vieler

¹ Die inzwischen umfassende Studienlage zur Bedeutung von Affekten und Emotionen in der modernen Psychotherapie seit Breuer und Freud (1895) kann in dieser Reihe nicht ausführlich würdigend dargestellt werden. Wir beziehen uns in diesem zusammenführenden Therapiekompass auf Befunde, die neurowissenschaftlich mit bildgebenden Verfahren gestützt und durch umfassende Psychotherapieprozessstudien der im Weiteren vorgestellten Verfahren (EFT, ISTDP) bestätigt werden.

symptomatischer psychischer Leiden anerkannt. Speziell für Persönlichkeitsstörungen werden auch zugrunde liegende Teilleistungsstörungen des emotionalen Systems angenommen (Linden und Vilain, 2011). Davidson (2012) spricht von „emotionalen Stilen“ (wie Resilienz, Kontextsensibilität), Roth (2015) von basalen „Psychoneuralen Grundsystemen“ (wie das Stressverarbeitungs-, Beruhigungs-, Impulshemmungssystem), die maßgeblich die psychische Grundausstattung und damit auch das individuelle Temperament als Kern der Persönlichkeitsentwicklung bedingen und in der Folge Lern-, speziell Bindungserfahrungen mitbestimmen. Eltern reagieren auf zwei unterschiedlich temperamentvolle Kinder verschieden und formen damit wiederum unterschiedliche Emotionsskripte.

In den letzten Jahrzehnten wurde die Beforschung der Affekte und Emotionskonzepte, sowohl dessen Regulations- als auch Evokationsmechanismen, ein wichtiger Untersuchungsgegenstand der Psychotherapieprozessforschung und der Neurowissenschaften (Gross & Barrett, 2011; Elliott, 2010; Greenberg, 2015; Kramer, 2022; Barrett, 2017; Davidson & Begley, 2012; Lane et al, 2020; Roth, 2019; Panksepp & Biven, 2012; Solms, 2021). Es entwickelten sich neue Schlagwörter und Strömungen wie etwa „Neuropsychoanalyse“ (Begriff wurde Ende der 90er von Solms geprägt, 2011, 2000, Kaplan-Solms, 2005), „Neuropsychotherapie“ (Grawe, 2004), „Psychoneurowissenschaften“ (Roth, 2019) oder „Interpersonal Neurobiology“ (Siegel, 2001). Hiermit entstehen Bedarfe nach integrativen (Meta-) Theorien und allgemein gültigen Psychotherapieprinzipien und Strategien, die einem möglichst breiten Patientenspektrum nützen können und anhaltende Therapieerfolge begünstigen. Einen wichtigen Zugang kann ein (auch evolutionäres) Verständnis von seelischen Bedürfnissen und von emotionalen, bedürfnisbezogenen Verarbeitungsprozessen in der Psychotherapie bieten. Dabei rücken seit den 1970er Jahren zunehmend Mechanismen einer allgemeinen *Affekt- und Emotionsregulation*, wie auch spezifizierenden *Emotionstransformation* als Schlüssel zur Veränderung auch impliziter Erinnerungssysteme in den Fokus.

Fragestellungen auf dem Weg zu einer Behandlungsheuristik emotionsfokussierter Methoden

Wir stellen in diesem einleitenden Teil eine uns wichtig erscheinende Taxonomie vor, um die inzwischen viel und zum Teil divers diskutierten Begrifflichkeiten rund um das Gebiet der Gefühle für die therapeutische Arbeit differenzierter nutzbar zu machen. Damit können verschiedene Therapieansätze im Spannungsfeld supportiver und Fertigkeiten aufbauender Emotionsregulations- vs. explorativer Emotionstransformations- Methoden („working through“) genauer eingebettet und in ihren Wirkmechanismen nachvollzogen werden.

Um zu einer integrativen, praktisch gut handhabbaren Behandlungsheuristik – einem „Affektfokussierten Therapiekompass erlebensbasierter Methoden (ATEM)“ – zu kommen, unternehmen wir in unserer Arbeit drei Schritte. Eine grundlegende Taxonomie der Gefühlsbegriffe bildet die Basis (vorliegender Teil 1) für ein differenzierteres Verstehen von Emotionsverarbeitungsprozessen in der Psychotherapie (Teil 2; Meißner et al., 2023b), um abschließend beispielhaft drei moderne integrative Verfahren aus drei verschiedenen Therapieschulen näher in ihrer Wirkweise zu beleuchten und daraus eine entsprechende Heuristik für psychotherapeutisches Arbeiten mit den im unmittelbaren therapeutischen Prozess auftretenden Gefühlen abzuleiten (Teil 3; Meißner et al., 2023c).

Eine Systematisierung von Emotionstheorien und -begriffen

Es gibt gemeinhin (noch) kein einheitliches Verständnis zur Taxonomie der Begriffe „Gefühl“, „Affekt“, „Emotion“, „hot cognition“ oder „Schema“. Gemeinhin wird der Begriff der Emotion sehr vielfältig benutzt, weil sich gerade in diesem Konzept mehrere phänomenologische

Ebenen vereinen. Auch auf psychotherapeutischer Seite besteht keineswegs eindeutige Klarheit darüber, was etwa mit „Emotionsregulation“, „Emotionsevokation“, „Emotionsgenerierung“ oder „Emotionstransformation“ eigentlich genau gemeint ist. Eine entsprechende schulenübergreifende Definition und Vereinheitlichung wäre allerdings wichtig im Diskurs darüber, welche Wirkmechanismen auf welcher Erlebensebene im Therapiegeschehen auf welche Weise zum Tragen kommen, also zum Beispiel: Welche therapeutische Intervention sollte wann bei welcher Problemstellung welche Gefühlssebene adressieren, und in welchen Konstellationen sollten Affekte eher reguliert oder aber eher evoziert werden?

Emotionstheorien zwischen „nature“ & „nurture“

Emotionstheorien können auf einem Kontinuum zwischen eher biologistisch vs. konstruktivistisch verortet werden (für einen Überblick s. Gross et al., 2011). Erstere gehen von der Existenz evolutionsbiologisch universeller Bedürfnis- und Affektsysteme mit spezifischer neuronaler Architektur aus, häufig auch als Basisemotionen bezeichnet. Bekannte Vertreter reichen von Charles Darwin über Silvan Tomkins, seinen Schülern Carrol Izard und Paul Ekman, aber auch Joseph LeDoux, Antonio und Hanna Damasio und Jaak Panksepp bis hin zu Mark Solms, einem südafrikanischen Psychoanalytiker und Neuropsychologen, auf den wir uns im Folgenden häufiger beziehen werden. Auf dem anderen Pol werden Emotionen als rein psychologisch konstruierte Attributionsprozesse beschrieben, bzw. erst durch das soziale (Rollen-) Gefüge und soziokulturelle externale Umstände geformt. Wichtige Vertreter:innen hier reichen von Wilhelm Wundt über Stanley Schachter und Jerome Singer bis hin zu James Russell und Lisa Feldman Barrett. Letztere nehmen zwar angeborene undifferenzierte Kernaffekte an, die jedoch nicht mehr als unangenehme oder angenehme Erregungszustände darstellen, welche erst nachgelagert in emotionale Episoden transformiert werden. Allen Modellen gemeinsam ist dabei die Annahme einer zentralen Rolle von Emotionen im individuellen Erleben. Unterschiede bestehen darin, wie Emotionen im Zusammenspiel aus psychologischen Zuständen, wie einer subjektiven Erfahrung, Denk/ Attributionsprozessen, physiologischen Reaktionen und ihrem (non-) verbalen Verhaltensaussdruck, verstanden werden. Rein physiologisch betrachtet unterliegen alle menschlichen Reaktionen neuronalen (elektrischen, biochemischen und hormonellen) Aktivitäten in Gehirn und Nervensystem. Über verschiedene Ansätze der Emotionsforschung hinweg besteht deshalb ein *dialektischer Blick* eines evolutionsbiologischen, wie auch durch Erfahrungslernen erworbenen Entstehens von Emotionsvielfalten. Lediglich die Gewichtung aus „nature“ and „nurture“ ist auf diesem Spektrum noch zum Teil kontrovers diskutiert. Alle hier einbezogenen Ansätze beziehen also inzwischen den Netzwerkcharakter unseres Gehirns in ihre Untersuchungen mit ein.

Wir integrieren in unserem Modell nun die benannten neurowissenschaftliche Befunde im Spannungsfeld kategorialer und dimensionaler Modelle, stets auch im Hinblick auf den Nutzen für das Verständnis psychotherapeutischer Prozesse. Wir streben hierbei entlang der derzeit größten Übereinstimmungen eine möglichst präzise Differenzierung an, um durch das spezifizierende Verstehen verschiedener Gefühlsebenen auch therapeutische emotionsbezogene Wirkmechanismen näher zu verstehen und nutzbar zu machen. Wir beziehen uns für eine entsprechende vereinfachende Systematisierung auf das Modell der primären, sekundären und tertiären Ebene im emotionalen Geschehen von Panksepp und Biven (2012) und vor allem auf Befunde, die durch bildgebende Verfahren gestützt werden.

Wirkzusammenhänge entnehmen wir den Befunden von Solms (2021); Solms und Friston (2018), Zirkumplexmodelle von Russell (1980), Scherer (2005). Wir fügen Befunde weiterer Emotions- und insbesondere Therapieprozessforscher hinzu, auf deren Ansätze wir in dieser Artikelreihe besonders eingehen, v.a. Greenberg et al. (2015) und Davanloo (1990).

Integratives Kompass- Modell für das Gefühlsspektrum

In der Abbildung wird eine primäre Bedürfnis-, und Affektebene, eine sekundäre Ebene der Emotionsschemata und tertiäre Ebene der bewusst reflektierbaren und verbalisierbaren Gefühle dargestellt und näher beschrieben.

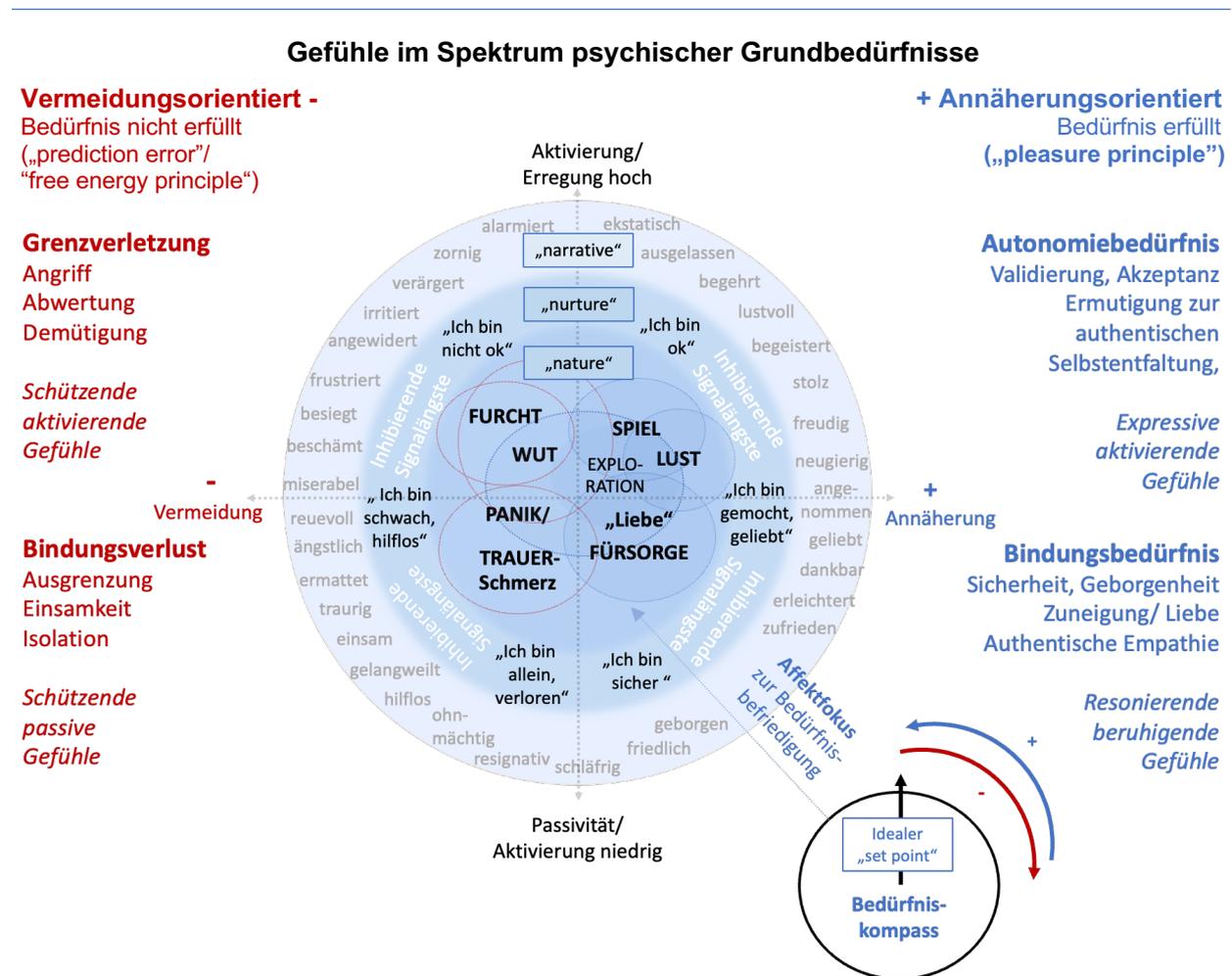


Abbildung 1:

Kompass-Modell für das Gefühlsspektrum als Synopsis folgender Konzepte:

Gefühlsebenen als interagierende Prozessierungen, sinnbildlich „nature“, „nurture“, „narrative“

1. Innenkreis: **Affektsysteme auf Primärebene**, verortet in einem **Zirkumplexmodell** hinsichtlich Valenz und Erregungsgrad, damit annäherungs- vs. vermeidungsorientiert.

2. Mittlerer Kreis: **Emotionsschemata auf Sekundärebene** (über Angst konditionierte Affekte)

3. Außenkreis: **Kognitive emotionale Repräsentanzen auf Tertiärebene** als bewusste, reflektierbare, komplexere mentale und reaktive Zustände.

Bedürfniskompass: Grundprinzip des Lebens ist eine Bedürfnisausrichtung für eine bestmögliche körperlich-psychische Homöostase (in Anlehnung an Solms, 2021, Solms & Friston, 2018).

Bedürfniskategorien: unterteilt in grundlegende Autonomie- und Bindungsbedürfnisse. Daraus ergeben sich Annäherungs- und Vermeidungsausrichtungen (Grawe, 2000) mit dem übergeordneten Ziel bestmöglicher Bedürfnisbefriedigung, max. „free energy“, bzw. „Konsistenzerleben“.

Der Begriff *Gefühl* wird in der Emotionsforschung individuenzentriert verwendet und beschreibt ein mehr und weniger bewusstes, mehr und weniger differenziertes *subjektives Erleben* auf

allen 3 Ebenen. *Affekte* gelten als *fühlbarer* Körperzustand, während *Emotionen* daraus kontextuell und erfahrungsbasiert Sinn und Bedeutung konstruieren, dann als Emotionsschemata überwiegend unbewusst zur Verfügung stehen und einen „felt sense“ vermitteln (Greenberg, 2015, Gendlin, 1996). Auf höherer Ebene haben wir eine kognitive Repräsentanz, eine bewusste, *fühlbare* Erzählung zur Verfügung, die uns den gegebenen Moment erklärt, unser Verhalten steuert und unser Selbst reguliert. Abbildung 1 fasst in einem für die Psychotherapie handlungsleitenden *Gefühlskompass* mehrere wichtige Befunde aus der Emotionsforschung zum affektiven Erleben im Spektrum psychischer Grundbedürfnisse zusammen. Wir werden diese Ebenen im Folgenden näher beschreiben.

Die Primärebene der Affektsysteme „nature“

Auf Primärebene (Innenkreis) sind Affekte wie die Grundfarben („mother nature“) zu verstehen als archaische, unconditionierte Primärgefühle, wie Hunger, Ekel, Lust oder Wut, die vornehmlich dem Hirnstamm und unteren limbischen Ebenen entspringen (Panksepp, 1998, 2012, Solms, 2021, Damasio, 1999, 2021). Genau genommen sind es *Affektsysteme* als sich überlappende, distinkte Reaktionsbereitschaften mit eigener neuronaler und biochemischer Architektur. Sie werden als „innate affects“, als „biological response“, (Tomkins in Demos, 1995), „motor patterns“ (Bowlby, 1979), „affect motor programs“ (Greenberg, 2015), „survival circuits“ (LeDoux, 2012) oder „urtümliche Gefühle“ (Damasio, 2021) und auf „vegetativ-affektiver Ebene“ als „Temperament“ (bspw. Roth, 2015, 2019) beforscht. Barrett et al. (2017, 2007a, b, Barrett und Russell, 1999, a, b, 2019) diskutieren, dass es sich möglicherweise lediglich um einen „core affect“ aus Valenz (etwas ist angenehm oder unangenehm) und Erregungsgrad per Geburt handelt und evolutionsbiologische distinkte Basisemotionen als solche nicht existieren.

Wir kommen also nicht mit einem fertigen Basisaffekt Freude oder Wut zur Welt, sondern einer hierfür anatomischen und biochemischen Grundausstattung. Panksepp benutzt deshalb bewusst eine Großschreibung für diese Affektsysteme, um sie als reale physische, distinkte, zum Teil überlappende neurale Netzwerke für viele Emotionen zugrunde zu legen und für die Forschung und Praxis verständlich zu differenzieren. Was auch immer zukünftige Befunde hierzu noch erbringen, Affekte sind ein verkörperter unmittelbarer Gradmesser darüber, inwiefern unsere Bedürfnisse befriedigt oder frustriert (Anspannung) werden. Sie sind noch nicht zwangsläufig kognitiv bewusst elaborierte, jedoch subjektiv erfahrbare Erlebenszustände und Basis von Emotions- und Kognitionsschemata (welche dann die sekundäre und tertiäre Ebene bilden). Wir kommen mit der physiologischen Anlage zur Welt, Hunger, Ekel, Lust, Wut oder etwa Angst körperlich dringlich zu erleben (Solms, 2021). Solche angeborenen triebhaften Überlebens- und Reproduktionsstrategien stellte bereits Freud ins Zentrum seiner Konzeption der psychischen Kräfte. Diese Reaktionsbereitschaften müssen wir nicht erst erlernen. Affekte sind der Weg, uns in ihrer rohen Form mit unmissverständlicher Dringlichkeit, „embodied“, unsere körperlichen, sensorischen und psychischen Grundbedürfnisse bewusst zu machen. „We feel our way through the problem“ (Solms, 2021). Unser wichtigstes Überlebensziel ist es, eine körperliche wie auch psychische Homöostase mit möglichst geringem Energieaufwand („free energy principle“, Solms und Friston, 2018) aufrechtzuerhalten.

Verliere ich eine mir wichtige Bezugsperson, erlebe ich Trauerschmerz und erhalte Trost, greift mich jemand an, erlebe ich Wut und Sorge dafür, dass meine Grenzen respektiert werden, im kreativen, spielerischen Ausdruck erlebe ich Freude und erschaffe etwas, öffne mich Anderen. Wir müssen nicht erst lernen wie wir fühlen, unsere angeborenen affektiven Überlebensstrategien wurden bereits von unseren Ahnen geformt und werden durch epigenetische Prozesse für die gegenwärtige soziale Nische beeinflusst.

Bedürfnisse und deren entsprechende Affektsysteme sind (auch therapeutisch) nicht veränderlich, sondern überlebensnotwendige und sinnstiftende „primary process powerhouses of the mind“ (Panksepp, 2012, S.2). Ein Affekt ist deshalb nur im Zusammenhang mit seiner überlebensnotwendigen Bedürfnisausrichtung verstehbar (in der Grafik die Bedürfnisse innerhalb Oberkategorien von Autonomie- und Bindungsorientierung und deren Annäherungs- oder Vermeidungstendenz).

LeDoux (2019) betont, dass bereits einfache Organismen einem reflexhaften hin-zu (Nährstoffe, Energie) und weg-von (toxische Gefahr) folgen. Panksepp (2012) differenziert die Affektschaltkreise genauer vor allem auf Basis seines Lebenswerks, seiner neurowissenschaftlichen Studien an Tieren, entlang dreier überlebensnotwendiger Bedürfnistypen, die miteinander in Beziehung stehen: *Interozeptive* Bedürfnisse kommunizieren über Körperaffekte (z.B. Hunger, Durst, Atemnot), *Exterozeptive*, sensorische Reflexe sind über die Sinneskanäle erfahrbar, wozu er auch Ekel, Körperschmerz und sogar Überraschung zählt. Und schließlich nennt Panksepp noch *sozial-emotionale Affektschaltkreise*, die er als „core emotional affects“ bezeichnet. Als unkonditionierte affektiv-verkörpernte Reaktionsbereitschaften sind sie für die Psychotherapie von besonderem Interesse: „SEEKING, CARE, PLAY, LUST, RAGE, FEAR, PANIC/ GRIEF– die wir übersetzen als Explorations-, Fürsorge-, Spiel-, und Lust“- Triebe (annäherungsorientiert), und Wut-, Furcht-, Trauerschmerz als reaktive Überlebensinstinkte (weg von/ vermeidungsorientiert). Solms (2021) entdeckt hierin zwei Angststypen, Bedrohungsangst in Form von Furcht („FEAR/ Anxiety“) und Verlustangst in Form von Panik und Trauerschmerz („PANIC/GRIEF“). Daraus speisen sich letztlich alle komplexen adaptiven oder maladaptiven Emotionsschemata und kognitiv reflektierbare Gefühle auf Sekundär- und Tertiärebene (2. und 3. Kreis). Vor allem das Affektsystem SEEKING ist Panksepp zufolge zentral, als „basic emotional urge“ entstehen daraus primär alle anderen Affekte. Solms (2021) sieht hier eine direkte Verbindung zu Freud’s Triebkonzept. Trieb als ein Begriff, der sich inhaltlich auf die Sphäre der Affekte bezieht und den wir deshalb an dieser Stelle erwähnen wollen. Denn auch die Bindungstheorie untersuchte bereits einen zentralen Trieb nach „affectional bonding“ (Bowlby, 1969, 1979, was Panksepp’s CARE, PLAY und LUST vereint), und auch Grawe geht von einem grundlegenden ubiquitär vorhandenen Grundbedürfnis nach Exploration aus (1998, S. 384, Panksepp’s SEEKING), was in den Bereich der Annäherungsorientierung fällt. Möglicherweise adressieren also diese Konzepte das Gleiche. Begriffe wie „Instinkte, Reflexe und Triebe“ können auf dieser Primärebene verortet werden, auch wenn sie kaum noch in der Psychotherapieforschung vorkommen (kritisch hierzu Solms, 2018, der die Bewegung des Behaviorismus als ursächlich dafür sieht und auch Bowlby, 1979, der früh auf die Notwendigkeit interdisziplinärer Forschung verwies, bspw. den Einbezug auch verhaltensbiologischer Befunde in die Psychologie).

Der Lebenserhaltungstrieb SEEKING instruiert dabei maßgeblich unser Motivationssystem (Panksepp & Biven, 2012, S. 428), und Affekte können als subjektive Triebmanifestationen verstanden werden, bzw. als der Weg, unserer Triebe überhaupt bewusst zu werden (Solms, 2013, 2021). Somit prägen auch Instinkt und Trieb, die sich über bedürfnisgeleitete Affekte zeigen, unser heutiges Verständnis einer grundlegenden Annäherungs- oder Vermeidungsorientierung mit einer Valenz aus angenehm vs. unangenehm (Barrett und Russell, 1999 a, b). Eine Vermeidungsorientierung ist dabei eher rechthemisphärisch und eine Annäherungsorientierung linkshemisphärisch durch bildgebende Verfahren im Gehirn abbildbar (Davidson, 2000). Affekte als „rough & ready tools for survival“ (Solms, 2021) sind aber noch nicht ausreichend, um uns in unserer komplexen sozialen Welt adaptiv orientieren zu können. Nicht die Bedürfnisse direkt, sondern welchen subjektiven Gefühlsgehalt sie bei Nichterfüllung für uns haben, navigiert unser Denken und Tun.

Die innere „Bedürfnis-Kompassnadel“ schlägt dabei nach dem „free energy“- Prinzip aus, denn der Organismus ist auf geringstmöglichen Energieaufwand gepolt und bestmögliche Allostase (also ein kontextuell bestmögliches körperlich-seelisches Gleichgewicht): wenn ein

wichtiges Bedürfnis, gleich welches, frustriert ist und das Vorhersagemodell zur Aufrechterhaltung von dessen Homöostase nicht ganz stimmt („prediction error“), also vom idealen „set point“ abweicht, drängen (Trieb als „drive“: „it drives me to act“, Solms, 2021) uns unsere deshalb auch bewusst erfahrbaren Gefühlslagen „diktatorisch“ (ebd.) ein zu lösendes Problem auf. Wir fühlen, wenn unsere Bedürfnisse nicht erfüllt sind (rot in der Grafik) oder gerade zur Erfüllung trachten (blau). Sobald unser „set point“ für ein bestimmtes Bedürfnis erreicht ist, verschwinden jene anleitenden erfüllten Affekte wieder zugunsten anderer Bedürfnisse (vgl. Abbildung 1). Nicht unsere Automatismen, sondern Störungen im selbstregulatorischen System gewinnen unsere Aufmerksamkeit, alles andere wäre wenig energieschonend.

Beispiel: Gerade eben wurde ich beleidigt, und außerdem habe ich Hunger und muss auf Toilette. Verschiedene Bedürfnisse konkurrieren um Aufmerksamkeit. Je nach Dringlichkeit fühle ich mich angetrieben zu handeln: ich gehe also auf Toilette, mache mir etwas zu essen und schnappe mir einen guten Freund, um die Beleidigungen zu besprechen. Wahrscheinlich in dieser Reihenfolge. Die Affekte wirken dabei antagonistisch mit dem übergeordneten Ziel der von Grawe beschriebenen bedürfnisgeleiteten Auflösung von Inkonsistenzen: Affekte der linken Kreishälfte brauchen Affekte der rechten Kreishälfte zur Auflösung. Unsere Affekte leiten uns differenzierend (Solms, 2021), eben je nach Bedürfnislage, mit unterschiedlicher Gefühlsqualität an: Hunger fühlt sich anders an als Atemnot, Harndrang, Angriffswut, Bedrohungssangst, Spielfreude oder Zugeneigtheit. Jedes Bedürfnis setzt mit seinem bestimmten idealen „set point“ eine Orientierung (egal ob Sauerstoffsättigung im Blut oder Geborgenheit). Diese archaischen Affektsysteme sind „hard wired“ und können nicht überlernt oder in ihrer rohen Form verändert werden. Sie sind evolutionär hoch adaptiv und deshalb Rekonsolidierungsprozessen nicht zugänglich (Solms, 2021, Lane et al, 2020, Panksepp & Biven, 2012). Wir können jedoch lernen, diese basalen überlebenswichtigen Affektlagen zu regulieren, so dass sie uns gesund leiten, wir können aber auch lernen sie so zu unterdrücken, so dass sie uns nicht mehr adäquat zur Verfügung stehen, dazu mehr im folgenden Abschnitt.

Die Sekundärebene: Emotions-Schemata „nurture“

Wie zuvor beschrieben, müssen wir nicht erst lernen wie Freude oder Trauer im Körper aktiviert und erfahren wird. Worüber wir jedoch fühlen, also lachen, weinen oder wüten, und wie oder ob wir diese Gefühle zum Ausdruck bringen, und in welcher Weise, ist genetisch vorgegeben, epigenetisch beeinflusst und schließlich sozial geprägt durch unsere soziale Nische, in die wir hinein geboren wurden. Unsere affektive Veranlagung wird damit erst individuell mit konkreten Erfahrungen im Lebensverlauf verwebt.

Emotionsschemata sind somit (vor allem sozial) konditionierte neuronale Netzwerke, bei deren Entwicklung „nature“ und „nurture“ in Wechselwirkung stehen. Sie sind grundsätzlich erst einmal nützliche mentale Modelle über die Welt, die uns flexibel und situationsangemessen weitestgehend nicht bewusst und automatisiert zu passenden Verhaltensweisen lenken. Ich habe angenehme Gefühle, wenn ich auf meinen Lieblingskollegen treffe, jedoch sofort unangenehme Empfindungen, wenn ich den Kollegen sehe, mit dem mich keine so guten Erfahrungen verbinden. Darüber brauche ich nicht nachdenken, das erinnert automatisiert und weitgehend unbewusst der Chor meiner Emotionsschemata. Diese enthalten somit hoch individuelle, affektiv aktivierbare Aspekte, wie einen bestimmten Auslösereiz (sympathischer Kollege, der sich mir nähert), positive Affekte (ich fühle mich freudig-aufgeregt) gespeist aus den Affekten Spiel und Zuneigung), Gedanken mit impliziten episodischen und sprachlich-bildlichen Erinnerungen an vorherige Begegnungen (den mag ich), körperliche Reaktionen (erhöhter Herzschlag, angenehm-vitalisierende Körperempfindungen), Handlungsimpulse (hin zu), Verhaltensausdruck (lächeln), und all das speist sich aus Bindungs- und Autonomiebedürfnissen, einem gemocht und nah sein wollen.

Bereits Kant (1781) nutzte den Begriff Schema (griechisch für Gestalt, Form) um eine subjektive sinnesbezogene Repräsentation äußerer Objekte zu beschreiben. Von Piaget (1926) im Rahmen entwicklungspsychologischer Studien an Kindern näher beforscht, gelangte das Konzept in die Psychologie. Schemata bieten uns ganz allgemein automatisiert und damit effizient Denk- und Handlungsanweisungen. Wir erwerben im Laufe unseres Lebens, besonders in der frühen Kindheit durch das rasche neuronale Wachstum, auf diese Weise individuell bedeutsame, vor allem bindungsorientierte „Arbeits-Modelle“ (Bowlby, 1969), „Skripte“ (Tomkins, in Demos 1995), bzw. „Vorhersagemodelle“ (Solms, 2021, Solms und Friston, 2018). Diese mentalen Landkarten sind gewissermaßen unser persönlicher, hoch individueller Erfahrungsschatz, der sich beständig erlebensbasiert aktualisiert, aber die Realität nie gänzlich erfassen kann. Unsere subjektive Erinnerung ist eine „narrative Wahrheit“, die wir uns beständig selbst erzählen (Sacks, 2017), um uns und die Welt in unserem Sinne buchstäblich zu verstehen.

Wir sind auf Zuneigung, Anregung und sichere elterliche Resonanz ausgerichtet geboren und wären ohne dies nicht überlebensfähig. Wir lernen bestenfalls in „good enough“ (Bowlby, 1979) authentisch- empathischer Fürsorge, wie wir unsere archaischen Affektlagen situativ angemessen regulieren können, bspw. Wut nicht auszuagieren indem wir Andere schlagen, wenn sie uns etwas wegnehmen, aber auch im positiven Spektrum, vor lauter lustvoller Ausgelassenheit die kleine Schwester nicht körperlich umzuwerfen. Freud entdeckte in diesem Zusammenhang, dass Realangst (da greift mich jemand an, als Primäraffekt wird adaptiv Furcht aktiviert, hier im Innenkreis) von Signalangst zu unterscheiden ist (2. Kreis). Bei letzterer handelt es sich um die Ängste vor den eigenen rohen Affekten und Impulsen, und diese sind erlernt und uns in aller Regel nicht mehr bewusst.

In unserer Taxonomie hieße das im zweiten Kreis, dass alle Emotionsschemata mit Signalangst verwoben sind: relevante Bindungspersonen von einst gaben uns auf angemessen liebevolle Weise das Gefühl, dass unsere primären Affekte und Impulse besser reguliert ihren Ausdruck finden, damit wir in der sozialen Gemeinschaft gut bestehen können. Unterschiedliche Lernmechanismen greifen dabei ineinander, wenn Eltern mehr und weniger intentional auf ihre Sprösslinge einwirken. Wenn wir jedoch unangemessen bestraft wurden für unseren gesunden Affektausdruck, können sich bei wiederholten ähnlichen Bindungsrupturen (Übergriffe oder, schlimmer, Bindungsverlust) maladaptive Angst-verwobene Emotionsschemata ungünstig verfestigen (ich muss mich schämen für meine gesunden Affekte). Ein „heul nicht rum, sonst gebe ich dir einen Grund zum Weinen“ lässt Trauer und Verletzung genauso wenig adäquat prozessieren, wie falsch verstandene Fürsorge, wenn Kinder ihre Wut ausagieren und sich und andere schädigen, dabei jedoch eine angemessene Grenzsetzung nötig wäre. All das verhindert die Entwicklung adaptiver Affektregulationsfähigkeiten.

Das Konzept der „Emotionsschemata“ von Greenberg und Kollegen (1993, 2012, 2015) bietet aus unserer Sicht ein schulenübergreifendes Rahmenkonzept, um diese konditionierten maladaptiven Emotionen in ihrer Wirkweise näher zu verstehen. Vereinfachend und praktikabel für die Praxis werden hierbei drei Themen kategorisiert „primär maladaptiver Emotionsschemata“, die im Kern ursächlich für viele psychische Störungen zu sein scheinen und auch mit unseren verletzten zentralen Grundbedürfnissen in Verbindung stehen: ein „ich bin nicht o.k.“ („Bad Me“) - Emotionsschema geht meist mit schmerzlich erlebter Invalidierung und Entwertungserfahrungen durch relevante Personen der Biografie einher. Ein „ich bin schwach“ („Weak Me“), im Zuge erlebter emotionaler, oder/ und körperlicher Übergriffe) steht im Zusammenhang mit Ohnmachtsprozessen und ein „ich bin traurig, allein“ („Lonely Me“) kann auf unverarbeitete Bindungsverluste zurückgeführt werden, also schmerzliche noch unprozessierte Trauer.

Wir speichern im Lebensverlauf zahlreiche derartige für uns subjektiv relevante adaptive, wie maladaptive (Emotions-) Schemata ab, die uns im impliziten Erinnerungssystem

zur Verfügung stehen und über bestimmte, dazu passende Reize mobilisierbar sind. Diese für die Praxis gut geeignete Einteilung der Emotionsschemata bietet eine praktikable erste Orientierung, um zu verstehen um welches affektbasierte (Emotions-) Schema und damit welche grundlegende thematische Affektdomäne es sich für die Therapie handelt. Eine Dichotomie auf der rechten Seite des emotionalen Zirkumplexmodells, ergibt sich aus positiven Beziehungserfahrungen. Eine "good enough" Fürsorge (Winnicott, 1953) führt zu einem "good enough Me". Ein sicheres, geliebtes und umsorgtes Selbst kann in Resonanz mit gut genug integrierten, authentischen und liebevollen Bezugspersonen reifen. Das heißt "nicht, dass sich die Bindungsperson perfekt mit nahtloser Empathie aufopfert, sondern eher die bedingungslose Bereitschaft, authentisch, mitfühlend und verantwortungsbewusst und mit Aufrichtigkeit zu versorgen" (Fosha, 2000, S. 60). Es entstehen vitale, angenehm erlebte Schemata, die sowohl Autonomie- wie auch Bindungsbedürfnisse beantworten.

Verhaltenstherapeuten ist im Schemakontext das Erlebensdreieck aus situativ aktivierbaren Gedanken, Gefühlen und Verhalten bekannt, wobei hier die dysfunktionalen Grundannahmen als Ursache pathogener Entwicklung gelten und Emotionen dem nachgelagert verstanden werden. Die kognitive Triade von Beck (1976, 2019) umfasst bekanntermaßen die Verquickung depressiogener Erwartungen über das Selbst, die Welt und die Zukunft. Das Moduskonzept der Schematherapie ist eine Weiterentwicklung von Young, ein Schüler von Beck (Young et al., 2003). Modi werden hier als funktionale oder dysfunktionale Schemata in Aktion gesehen, also aktivierbare Zustände mit einem bestimmten Muster aus Erinnerungen, Kognitionen, Emotionen und Körperempfindungen. Innerhalb der Verhaltenstherapie wird damit ebenfalls von früh erworbenen inflexiblen Mustern ausgegangen, die im Langzeitgedächtnis abgespeichert sind.

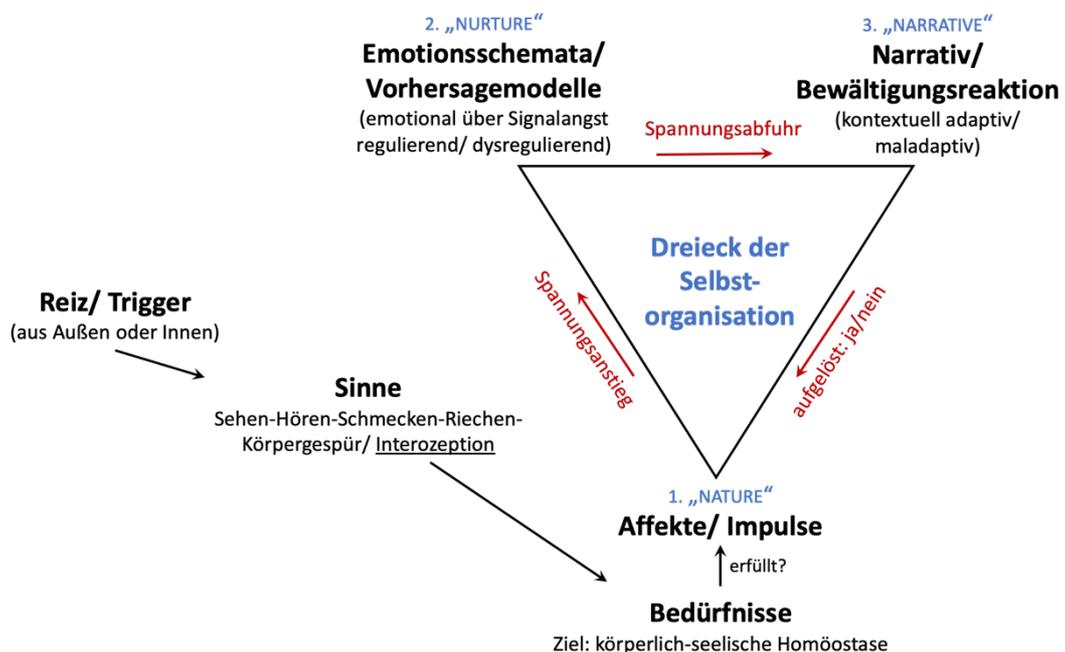
Systemischen Kollegen sind ähnliche Modelle bekannt, wie das der "survival stances", also Überlebensstrategien, die im Kontext früher, wichtiger Beziehungen emotional bedeutsam und erfahrungsbasiert konditioniert wurden (Satir et al., 1991, S. 53) und ebenfalls bestimmte, repetitive Kommunikationsmuster, Gedanken, Gefühle und Ausdrucksweisen umfassen, wenn sie emotional aktiviert werden. Einflüsse des familiären Erfahrungskontextes stehen hier im Zentrum. In *psychodynamischen* Schulen finden wir das emotionsbasierte Schemakonzept wieder im bekannten „Konflikt- und Person-Dreieck“ (Malan, 1976, 1995, mit Bezug auf Ezriel's „triangle of conflict“, 1952 und Menninger's „triangle of insight“, 1958). Das Person-Dreieck zur Veranschaulichung der Übertragungsphänomene verdeutlicht, dass wir automatisiert und unbewusst unser Gegenüber aus der Brille ähnlicher relevanter Personen der bisherigen Lerngeschichte sehen und in der Therapiesitzung auch die Therapeutenperson verwechselt werden kann innerhalb des Übertragungsgeschehens. Komplexe Affektdynamiken zwischen Liebe und Hass, Lust und Ekel, Fürsorge und Trauerschmerz werden durch inhibierende Kräfte (Signalangst) überwiegend unbewusst reguliert. Bei besonders schwierigen frühen Bindungserfahrungen sorgen jedoch unbewusste Verdrängungsmechanismen dafür, dass in subjektiv relevanten Begegnungen der Gegenwart maladaptive Abwehrmechanismen authentische mitmenschliche intime Nähe verhindern.

Wir können somit alle großen Therapieschulen vereinfacht mit diesem universellen Selbstregulationsdreieck (Abbildung 2) zusammenführend verstehen, mit lediglich unterschiedlicher vermuteter Wirkrichtung: Von den *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen* werden bei pathogener Entwicklung somit dysfunktionale Grundannahmen als zentrale Wirkkomponente angenommen. *Systemische Ansätze* heben mehr den sozialen Erfahrungskontext und das Rollengefüge hervor. *Neo-humanistische* und *Neo-psychodynamische Ansätze* – wie die Emotionsfokussierte Therapie (EFT) von Greenberg und Kollegen und die Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie (ISTDP) nach Davanloo und Kollegen – stellen hingegen Emotionsschemata und deren primäre Affekte als zentrale Wirkkomponente eines Selbstregulationsschemas vor.

Die Wirkweise emotionsbasierter Schemata wird in den vergangenen Jahren zunehmend auch neurowissenschaftlich fundiert, etwa im Konzept der „wiederholten maladaptiven Muster“, die emotionsbasiert abgespeichert und nur auf diese Weise auch wieder abrufbar sind (Lane et al., 2020), oder dem „predictive coding“-Ansatz (ein schulenübergreifender Überblick findet sich in Lane et al., 2020). Damit sind mit Erkenntnissen der Neurowissenschaften die in allen Therapieschulen auf die ein und andere Weise genutzten Schemakonzepte näher erklärbar. So wird es maßgeblich von den affektiv-emotional gesteuerten Prädiktionen der subkortikalen Ebenen bestimmt, welches Narrativ beziehungsweise emotionale Schema sich zum gegebenen Zeitpunkt kontextuell nach vorne drängt und unsere subjektive Sicht einfärbt (Greenberg et al., 2015; Lane et al., 2015, 2020; Panksepp & Biven, 2012; Solms, 2013, 2021). Wir besitzen in unserem auf Energieschonung ausgerichteten Selbstregulationssystem (vgl. „free energy principle“, Solms & Friston, 2018) damit individuelle Vorhersagemodelle, die einst affektiv aufgeladen und neuronal moduliert in die überwiegend implizite Erinnerungslandschaft gelangten. Stimmen diese einst erworbenen Prädiktionsmodelle nicht mehr mit den aktuellen Gegebenheiten, Bedürfnissen und Bewältigungskompetenzen überein können Symptome entstehen. Einst dringlich erworbene funktionale Selbstregulationsmechanismen („ich weine lieber nicht, wenn Oma stirbt, Mama kann das nicht aushalten“) können dann außerhalb dieser ungesunden familiären Dynamik zu einer dysfunktionalen, schemabasierten Selbstregulation werden („ich weine besser nie, wenn jemand stirbt“). Vor allem diese früh „eingebrennten“, dringlich erfahrenen Emotionsschemata sind therapeutischen Veränderungen kognitiv schwer zugänglich, da sie überwiegend Teil des nicht deklarativen Gedächtnissystems sind und nur über Prozesse bei denen damit assoziierte Emotionen eine Schlüsselrolle spielen veränderlich sind (Lane et al., 2020). Damit können diese Schemata Ziel affektfokusierter Interventionen werden ("having emotions without emotions having us", McCullough, 1997), dank unserer neuroplastischen und epigenetischen Formbarkeit, die nie ganz endet.

Die kognitiv elaborierten Gefühle der 2. und 3. Ebene können damit Fehlschlüssen unterliegen. Ich kann weinen und glauben traurig zu sein, bei einem impliziten schambasierten Emotionsschema kann es sich auch um Wuttränen handeln: ich bin also primär wütend, habe vielleicht irgendwann nur gelernt, dass meine Tränen mehr bewirken als meine Wut, die unterdrückt wird.

Abbildung 2: Dreieck der Selbstregulation als Kompass für das Gefühlsspektrum



Die „Magie der Epigenese“ verwebt also subkortikale Prägungen mit kortikalen Narrativen im Kontext spezifischer (auch transgenerationaler) genetischer, pränataler und dann sozialer Einflüsse durch fortwährendes Erfahrungslernen in hierarchischen affektiv- emotional- und kognitiv durchdrungenen Prädiktionsmodellen, die sowohl adaptive, wie auch maladaptive Auslenkungen haben können und bei ausgeprägten Affektdysbalancen therapeutisch relevant werden.

Die Tertiärebene: Bewusste kognitiv-emotionale Wirklichkeitskonstruktionen „narrative“

Mentale kognitive Repräsentanzen unserer Emotionen (Barrett, 2017, Lane, 2021) sind die kognitive Lesart („reflexive cognition“) unseres „Neokortex als Gastgeber emotionaler Gedanken und Verhaltensweisen“ (Panksepp und Biven, 2012). Je nachdem wie wir gelernt haben, unsere Gefühle zu verbalisieren, verfügen wir günstigstenfalls über einen möglichst granularen, differenzierten Wortschatz, um unser innerstes Erleben zu verbalisieren (Greenberg, 2015; Brackett, 2019; Barrett, 2017). Wir erleben auf dieser kognitiv sehr komplex neuronal verwobenen dritten Prozessierungsebene möglichst differenziert, kongruent und kontextuell passend Stolz, Freude, Neugierde, Geborgenheit, Mitgefühl, Wut oder Trauer über etwas oder jemanden. Im oben dargestellten Zirkumplex der Abbildung 1 bewegen wir uns hiermit im äußeren Kreis für höhere Bewusstseinszustände. Erst mit sprachlich symbolisierender, kognitiver Abwägung werden wir zu den „change agents“ (vgl. Greenberg, 2015), den Entscheidungsträgern unserer Erfahrungen. Judith Becks (u.a. 2005) Kognitionsschemata entsprechen ebenfalls diesen höheren komplexen, explizit zugänglichen Prozessierungsebenen internaler gespeicherter Repräsentanten von Stimuli, Attributionen, Ideen, Erfahrungen, welche automatisiert Informationen prozessieren helfen und dann unser Verhalten leiten. Dabei stehen dysfunktionale kognitive Grundannahmen im Zentrum und beeinflussen in diesem Modell unser Erleben und Verhalten.

Ob, den kognitiven Neurowissenschaften folgend, primär neokortikal oder, den affektiven Neurowissenschaften folgend, subkortikal gesteuert: Wir erzählen uns unsere subjektiv erlebte Welt beständig aus der Brille bereits gemachter Erfahrungen mit einem Selbstnarrativ, dass uns schlüssig erscheint und das Gefühl eines roten Fadens, eines Ichs in der Welt suggeriert. Alltägliche erlebte Gefühlszustände verketteten sich innerhalb unserer Schemata bzw. Prädiktionsmodelle über uns und die Welt entlang dieses inneren Erzählstrangs zu individuellen mehr oder weniger adaptiven Narrativen. Barrett (2017) gilt inzwischen als führende Emotionsforscherin, die diese erfahrungsbasierte Konstruktion von Emotionskonzepten näher beschreibt. Und auch der bekannte Angstforscher LeDoux (2019) sieht Emotionen als bereits sehr früh nach Geburt auch neokortikal immer feiner prozessierte Konzepte, die auf subjektiv bedeutsam erfüllten Erfahrungen beruhen.

Die bislang beschriebenen 3 Gefühlsebenen lassen sich also in diesem Therapieschulen übergreifenden Dreieck der Selbstregulation wie folgt zusammenfassen:

Ist ein Affekt noch eine simple impulshafte Reaktion auf eintreffende Sinnesreize und ein erster unkonditionierter Abgleich inwiefern die innere Homöostase gestört wird (Solms, 2021, Solms & Friston, 2018), ist hingegen eine Emotion bereits ein komplexer Prozess (Barrett, Russell, 1999b). Affekte („core affects“) sind damit der Beginn und das Herz jeder dann entstehenden emotionalen Episode, als Reaktion auf eine konkrete, subjektiv als bedeutsam erfüllte Erfahrung. Und als Endprodukt stehen uns dann unsere konstruierten Narrative über uns und die uns umgebende Welt und darin verwobene mehr und weniger bewusst wahrnehmbare Gefühle, meist Mischungen, günstigstenfalls kontextuell stimmig und handlungsleitend zur Verfügung, auf Tertiärebene als „higher levels of reflective knowing“ (Panksepp und Biven, 2012, S. 393). Inwiefern also unsere Bedürfnisse erfüllt sind, kommunizieren Affektsysteme mit eigener biochemischer Architektur. Gilt es eine Disbalance

innerer Homöostase auszugleichen, erleben wir einen Spannungsanstieg, als Eustress, wenn wir die Bewältigungskompetenzen besitzen, als Distress, wenn dies nicht der Fall zu sein scheint (Selye, 1984). Unsere erworbenen Vorhersagemodelle zur Lösung des Problems sind dann mehr und weniger implizit im Erinnerungssystem verwoben. Je nach Lerngeschichte wirken sie regulierend oder dysregulierend über mehr und weniger funktionale Bewältigungsmechanismen, also individuelle Wirklichkeitskonstruktionen. Je bewusster, akzeptierender, differenzierter und kontextuell stimmiger wir dabei unsere Affekte und Emotionsschemata wahrnehmen, verbalisieren und verstehen können, desto angemessener können wir nützliches Verhalten regulierend steuern, und desto flexibler, authentischer und adaptiver sind unsere Bewältigungsreaktionen im gegebenen Moment.

Gefühle als subjektiv erfahrbares Bindeglied von Bedürfnissen, Affektsystemen, Emotionsschemata und Kognitiven Repräsentanzen und damit Therapiekompass

Vor diesem Hintergrund wird der Begriff *Gefühl* damit für unsere mehr und minder reflektierbaren Begleitmelodien unserer täglichen subjektiven Erfahrungen verwendet, die unsere Wahrnehmung, unser Denken, Entscheidungen und Handlungen auf allen neuronalen Ebenen beständig einfärben. Sie sind der subjektive Erlebensanteil von Emotionsschemata (als konditionierte Affekte), aber nicht notwendigerweise verbalisierbar oder reflektierbar. Inwiefern unsere körperlich-seelische Homöostase bedroht ist, drängt sich subjektiv fühlbar über Affektsysteme, Emotionsschemata und kognitive Repräsentanzen ins Bewusstsein, und dies wiederum physiologisch als biochemische, elektrische synaptische Übertragungen, die durch Neuromodulatoren kontextuell beeinflusst werden. Nur was wir subjektiv als bedeutsam erfahren, gewinnt (effizient) unseren bewussten Aufmerksamkeitsfokus (Solms, 2021; Solms und Friston, 2018). Verdrängte, mit Signalangst besetzte Affekte und Impulse können unbewusst wirken und sich einem Behandler nonverbal zeigen (mein Patient ballt die Fäuste oder schaut Angst erstarrt, erlebt aber bewusst weder Wut noch Angst, da sich hier gerade unbewusst archaische Instinkte kristallisieren, die noch nicht kognitiv prozessiert wurden). Wir verhelfen zu einer klaren Terminologie, wenn wir das „if you don't feel, it's not a feeling“ (Solms, 2021, Greenberg, 2022) wortwörtlich nehmen. Gefühle sind uns als subjektive Erfahrung im gegebenen Moment zugänglich, aber unsere Erinnerungen, gespeicherten Emotionsschemata und Affekte/ Impulse sind nicht immer differenziert erkennbar. So konnten sehr wohl bewusste Gefühle auch ohne neokortikale Beteiligung nachgewiesen werden (Merker, 2007, Solms, 2021).

Gefühle, Affekte, Emotionen und Kognitionen als flüchtige Ereignisse betreffen unterschiedliche neuronale Entitäten und erfüllen unterschiedliche Funktionen. Affekte lenken uns zur Erfüllung lebensnotwendiger Bedürfnisse (etwas ist gut oder schlecht für mich), Emotionen konstruieren daraus kontextuell Sinn und Bedeutung, und Gefühle sind unsere subjektive Erfahrung all dessen, unser lebendiges „Ich“. Wir greifen den Gefühlsbegriff deshalb als zentrale Wirkkomponente aller 3 neuronalen Ebenen für die Psychotherapie auf: *You have to FEEL in order to HEAL* (u.a. Greenberg, 2021).

Gefühle sind die Quelle des Bewusstseins und damit des sich erlebenden Wesens in der Welt. Im beständigen Lernprozess unseres Lebens halten uns subjektive Gefühle an, zu reagieren, „We feel our way through life“ (Solms, 2021). Gefühle werden damit konzeptuell gerade im Kontext der Neurobiologie und Psychotherapieprozessforschung umfassender verwendet und sind mit allen drei Erlebensebenen verwoben. Sie verbinden die drei oben ausgeführten Ebenen subjektiven Erlebens und sind dabei Bindeglied zwischen „unten und oben“ (neuroanatomisch gesprochen) und unserem evolutionären Erbe unserer Vorfahren ins Heute. Gefühle sind nur subjektiv erfahrbare und bildlich eine überdauernde evolutionäre Währung“ (Deisseroth, 2021), die sich hochadaptiv über die Jahrtausende den gegebenen

Wechseln des Lebens anzupassen wusste und über die Zeit, aber auch kulturell verschiedenartige „Währungsformen“ (ihr symbolischer Ausdruck, Gefühlsbegriffe) hervorbrachte. Gefühle vermitteln als „Währung“ zwischen dem Individuum und seiner Welt.

Wir können nicht nicht fühlen. Selbst im Ruhemoment kann ich mich entspannt, ruhig, wohl oder aber dann auch irgendwann gelangweilt, unruhig oder unwohl fühlen. Bei einer Denkaufgabe kann ich mich angenehm-konzentriert wirksam, vielleicht sogar im „flow“ fühlen, oder aber angespannt-versagend. Inwiefern Gefühle bewusst oder unbewusst sein können wird zwar kontrovers diskutiert, es lässt sich mit unserer Taxonomie möglicherweise vereinheitlichend verstehen. Wir können etwas fühlen, ohne zu wissen warum und worüber wir gerade etwas empfinden, also auch ohne kognitive Reflexion (vgl. auch Panksepp & Biven, 2012, Sacks, 2017). Roth et al. (2015) gehen von einem „unbewussten Selbst“ (auf Primärebene vegetativ-affektiv und Sekundärebene emotional konditioniert) aus und einem „bewussten Selbst“ (kognitiv-kommunikativ linkshemisphärisch und individuell-sozial rechtshemisphärisch im Neocortex verortet). Gefühle sind dabei unsere mehr und minder auch kognitiv bewussten Begleitmelodien unserer täglichen Erfahrungen, die „Schatten von Emotionen“. Der bekannte Angstforscher LeDoux (2019) nutzt den Begriff „Gefühl“ erst, wenn sie auch über präfrontale Prozesse kognitiv als solche erkannt werden: affektiv-motorische Überlebensprogramme sind für ihn erst Vorläufer, und erst das subjektive Erleben von „Angst“ versteht er als Gefühl.

Wir erleben Gefühle bewusst, weil sie beständig zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung unseres inneren körperlich-seelischen Gleichgewichts drängen und damit überlebensnotwendig die Erfüllung unserer Bedürfnisse sichern (z.B. Solms, 2021, Greenberg, 2012). Mit integrativem Blick scheinen beide Perspektiven wichtig: wir erfahren bewusst ein Gefühl als ein subjektives Erleben im gegebenen Moment. Wir können jedoch durch hemmende angstassoziierte Emotionsschemata und sich daraus speisende Bewältigungsmechanismen unsere adaptiven Affekte mehr und weniger bewusst verdrängen, so dass sie unserer bewussten Aufmerksamkeit nicht oder wenig zur Verfügung stehen, sie sind dann durchaus jedoch nonverbal für einen Beobachter sichtbar (Patient:Innen lächeln angespannt, während sie etwas sehr Trauriges erzählen, erleben jedoch weder die Trauer, noch Angst bewusst). Auf diese nonverbalen Mechanismen achten affekt- und emotionsfokussierte Verfahren, da diese un-/ vorbewussten Gefühlsvorläufer bzw. unterdrückten Affekte bewusst gemacht werden können, sind sie doch der Zugang zum authentischen, adaptiven Kern eines gesund regulierbaren Selbsterlebens.

Wir wissen inzwischen, dass die Vermeidung von schmerzlichen Emotionen und deren als verboten abgespeicherte Affekte mehr Energieaufwand in Anspruch nimmt und zu Symptomen führen kann, als all unsere primären (affektiven) Gefühle innerlich frei und ehrlich zu erleben, um sie kontextuell selbstverantwortlich in funktionale, adaptive Handlungen umzusetzen. Das Unterdrücken von Gefühlen auf allen Erlebensebenen über individuell erworbene, einst funktionale, gegenwärtig jedoch nicht mehr passende affektgeleitete Überlebensstrategien führt zwar kurzfristig zur Erleichterung, langfristig jedoch ist es immer wieder nötig, Energieressourcen für diese maladaptive Bewältigungsform zu bemühen. Die von Solms und Friston (2018) beschriebenen Vorhersagefehler („prediction errors“) als Folge nicht (mehr) passender Vorhersagemodelle und deren Energieaufwand, wenn sie nicht zur Erfüllung basaler Bedürfnisse (mehr) reichen bieten eine interdisziplinär beforschte Erklärung. Wir finden bei unseren Patient:innen repetitive emotionsvermeidende Muster, die über eine rein kognitive Einflussnahme nicht veränderbar sind („emotion is impenetrable for reason“, Greenberg, 2021). Während Erlebensbasierte Humanistische und Psychodynamische Therapien diese Erkenntnis in zahlreichen Prozessstudien mit spezifischen Interventionen beantworten und überzeugende Wirksamkeitsstudien vorlegen (zusammenfassend für die ISTDP Abbass et al., 2022; für die EFT Timulak et al., 2019), findet dieser Mechanismus inzwischen auch in den neueren Entwicklungen der Verhaltenstherapie

Anerkennung. Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie etwa stellt das Überwinden der Vermeidung aversiver Erlebenszustände in den Mittelpunkt der Behandlung, und Barlow (2004, 2017) kennzeichnet dies als Primärfokus des „unified protocol for emotional disorders“. Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) wiederum unterstützt erfolgreich achtsamkeits- und Fertigkeiten basiert die Betroffenen darin, ihre Kapazität zum akzeptierenden Erleben hoch aversiver Emotionen zu erweitern.

Wir schließen mit Aristoteles, „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“: Gefühle als subjektive Erfahrung sind mehr als Körper, Gehirn und Sinneseindrücke für sich genommen. Ob über Affekte („nature“) oder Emotionen bzw. Emotionsschemata („nurture“), oder kognitive Repräsentationen und ihr Ausdruck („narrative“): sie lassen uns beständig Gefühle subjektiv auf einzigartige Weise erleben. Wie wir Psychotherapeut:innen diese individuellen Gefühlslagen für Heilungsprozesse nutzen und auch verfahrensspezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede besser verstehen können, darauf werden wir in den nachfolgenden beiden Teilen näher eingehen (Meißner et al., 2023b,c).

Fazit

Für die Betrachtung von und die Arbeit mit Affekten und Emotionen können wir in der Psychotherapie ein Orientierungsinstrumentarium gut gebrauchen, denn die (integrative) therapeutische Arbeit erfordert unterschiedliche Zugänge und Interventionen bei unterschiedlichen emotionalen Problemen – welche wiederum auf unterschiedlichen Ebenen menschlichen Erlebens und Verhaltens angesiedelt sind. Für nachhaltige therapeutische Wirkungen sind korrigierende emotional- affektive Erfahrungen von Bedeutung. Ein zentrales Ziel von Psychotherapie ist dabei die Überwindung der Vermeidung subjektiv aversiv erlebter Affekte, die mit schwierigen Erfahrungen im impliziten Gedächtnis assoziiert sind, um das gesamte primär adaptive Affektsystem (wieder) frei erleben zu können.

Um hierbei zu einer integrativen, praktisch gut handhabbaren Behandlungsheuristik zu gelangen, haben wir im ersten Teil Grundlagen geschaffen, indem wir Emotionstheorien und entsprechende Begrifflichkeiten eingeordnet und Gefühle als zentralen Ansatzpunkt für Veränderungsprozesse beschrieben haben. Dabei nahmen wir Bezug auf Erkenntnisse psychotherapeutischer Prozessforschung sowie aktuelle neurowissenschaftliche Befunde, die für die Psychotherapie bereichernd sind und vor allem die Art der (maladaptiven) Affektverarbeitungsschwierigkeiten unserer Patient:innen betonen als zentrales Orientierungssystem für gezielte therapeutische Interventionen. Korrigierende emotionale Erfahrungen zielen auf die Veränderung expliziter wie impliziter dysfunktionaler Vorhersagemodelle, und damit auch auf bewusste wie nicht bewusste Erinnerungen, die einst mit schmerzlichen Gefühlen verbunden waren, indem sie strukturelle und funktionale Veränderungen im Gehirn bewirken helfen. Eine integrative Therapie erreicht solche strukturellen Veränderungen, wenn sie möglichst auf allen kognitiv-emotional-affektiven Prozessierungsebenen greift.

Auf Grundlage der hier vorgestellten Taxonomie der Gefühlsbegriffe differenzieren wir in einem zweiten Teil „top-down“ Prozesse mit Interventionen zur Affektregulation und „bottom-up“ Prozesse mit Interventionen zur Affektevokation (Meißner et al., 2023b). Abschließend werden im dritten Teil beispielhaft drei moderne integrative Verfahren hinsichtlich der Arbeit mit Affekten und Emotionen beleuchtet – namentlich ACT (Acceptance und Commitmenttherapie; Herkunft aus der Verhaltenstherapie), EFT (Emotionsfokussierte Therapie; Herkunft aus der Humanistischen Therapie) und ISTDP (Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy; Herkunft aus der psychoanalytischen Therapie). Es werden dabei integrative therapeutische Prinzipien der Arbeit mit Affekten und Emotionen illustriert (Meißner et al., 2023c).

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/365873002>

Gefühle als Therapiekompass – Auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Behandlungsheuristik (Teil 2): Affekt- vs. Kognitionsbasierte Veränderungsprozesse in der Psychotherapie –Hi...

Preprint · November 2022

DOI: 10.13140/RG.2.2.14134.78404

CITATIONS

0

READS

296

3 authors:



Jeannette Meissner

Praxis

11 PUBLICATIONS 37 CITATIONS

SEE PROFILE



Tilman Süchting

Berliner Akademie für Psychotherapie

9 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE



Frank Jacobi

Psychologische Hochschule Berlin

235 PUBLICATIONS 16,639 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



PSY-KOMO - Improving the Quality of Treatment for Severely Mentally Ill People to Reduce Somatic Comorbidity and Prevent Increased Mortality [View project](#)

Gefühle als Therapiekompass: Auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Behandlungsheuristik (Teil 2)

Affekt- und Emotions vs. Kognitionsbasierte Veränderungsprozesse in der Psychotherapie: Hilfen zur differenziellen Indikation und Methodenauswahl

Jeannette Meißner, Tilman Süchting, Frank Jacobi

[Manuskript in progress zur Diskussion, u.a. um geeignetes Publikationsorgan zu finden:
Version 1.1 vom 1.3.23 nach erster Diskussionsrunde in RG und anderen Orten]

Zusammenfassung

Auf dem Weg zu einer integrativen, Bedürfnis- und damit affektfokussierten Behandlungsheuristik in der Psychotherapie („Affektfokussierter Therapiekompass erlebensbasierter Methodenintegration“, ATEM) werden im vorliegenden zweiten Teil die Grundlagen des ersten Teils aufgegriffen und grundlegende Implikationen für die therapeutische Arbeit abgeleitet. Gefühle wurden als zentraler und unmittelbar nutzbarer Kompass für die Psychotherapie hervorgehoben. Sie werden im Organismus auf verschiedenen neurobiologischen Ebenen prozessiert und im Geist erlebt (Damasio, 2021). Entlang dieser individuellen subjektiven Erfahrung unserer Patient:innen können sie helfen, automatisierte maladaptive emotionale Schemata und deren dysfunktionale Bewältigungsmechanismen zu korrigieren. Der Fokus liegt hierbei auf einer wichtigen Frage der differenziellen Indikation: Wann sollte eher „top-down“ mit Interventionen zur Emotionsregulation oder eher „bottom-up“ aus den Affekten und Impulsen heraus mit Interventionen zur Emotionsprozessierung gearbeitet werden?

Es gibt inzwischen zunehmend interdisziplinäre Bemühungen um ein gemeinsames Verstehen zentraler therapeutischer Wirkweisen. Ein Denken und Handeln in der Psychotherapie richtet sich regelmäßig auf emotionale Veränderungsprozesse, die im Grunde alle allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren durchdringen.

Die beiden Prozessarten „top-down“ und „bottom-up“, von präfrontal „hinab“ und aus dem Hirnstamm „hinauf“, sind zur vereinfachten Unterscheidung unterschiedlicher Affektverarbeitungsprozesse gut etabliert. Sie stehen miteinander in ständiger Wechselwirkung und lassen sich durch ineinandergreifende Prinzipien therapeutischen Handelns konzeptualisieren. Beide Prozessarten haben wichtige Bedeutung und greifen auf Aspekte bewusster wie unbewusster (bzw. expliziter und impliziter) Erinnerungssysteme zurück. Sie sind aber möglicherweise unterschiedlich wichtig für verschiedene Prozessschritte im Therapiegeschehen. Therapeutisches Handeln ist dabei letztendlich auf das Erreichen einer Balance zwischen emotionalem „Chaos und Rigidität“ ausgerichtet in einem „window of tolerance“ (Siegel, 1999) und hin zu einer optimalen emotionalen Selbstregulation. Hierfür werden im vorliegenden Teil sowohl methodische Ansätze der Emotionsregulation via „top down“ Ausrichtung als auch zur Emotionsprozessierung via „bottom-up“ Ausrichtung vorgestellt und zur speziellen Indikationsstellung Therapieschulen-übergreifende Leitfragen formuliert.

Überblick

Für eine integrative Behandlungsheuristik zur Arbeit mit Emotionen und Affekten in der Psychotherapie („Affektfokussierter Therapiekompass erlebensbasierter Methodenintegration“, ATEM, Meißner et al., 2023c) wurden im ersten Teil relevante Emotionstheorien und Begriffe dargestellt, die bei der Berücksichtigung von und der Arbeit mit Emotionen in der Psychotherapie (Therapieschulen-übergreifend) bedeutsam sind. Wir haben dargestellt, dass die Begriffe „Affekt, Gefühl, Emotion und Emotions- Schema“ austauschbar verwendet werden, aber bei genauerer Betrachtung durchaus Unterschiedliches meinen, wenn wir auf bekannte und neuere Befunde der kognitiven und affektiven Neurowissenschaften blicken.

Wir werden durch unsere nur subjektiv erlebbaren *Gefühle* auf unsere körperlich-seelische Homöostase aufmerksam gemacht indem 1. unsere universellen Bedürfnisse über körperlich spürbare *Affekte und Impulse* signalisieren was gut oder schlecht für uns ist (z.B. Trauerschmerz bei Verlust, Wut bei Grenzverletzung, Durst bei Flüssigkeitsmangel, Lust bei sexueller Attraktion), das aktiviert 2. *Emotionen*, genauer meist implizite *Emotionsschemata*, also mit konkreten früheren Erfahrungen verknüpfte Affekte damit wir dann 3. auf Ebene *kognitiver Repräsentanzen* konkrete Denk- und Verhaltensweisen als für uns fühlbar stimmig abwägen können, um zu entscheiden was es zu tun gilt.

Ob Gefühle nun bewusst oder unbewusst sein können wird dabei kontrovers diskutiert. Manche gehen davon aus, dass Gefühle stets bewusst sind, indem sie den Begriff auch terminologisch präzise nutzen („if you don't feel, it is not a feeling“; vgl. Greenberg, 2021; Solms, 2021). Einige verstehen „bewusste Gefühle“ erst bei neokortikaler, kognitiver Beteiligung (z.B. LeDoux und Brown; 2017; Barrett, 2007, 2017) und beschäftigen sich vor allem mit der sozial konditionierten Entstehung von Emotionen (Barrett, 2017), also der Sekundärebene konditionierter Emotionsschemata. Psychodynamische Theorien gehen von unbewussten Gefühlen aus, in unserem Modell also adaptive Affekte und deren Impulse und Triebdynamik (Primärebene), die bei frühen Bindungsrupturen angstvoll unbewusst gehemmt bzw. verdrängt werden mussten (Sekundärebene) und über mehr oder weniger reife Abwehrmechanismen ihren Ausdruck finden (Sekundär- und Tertiärebene).

Wir haben herausgearbeitet, dass *Gefühle* die bewusste, subjektive Erfahrung inneren Erlebens wieder geben und als Bindeglied dienen von Bedürfnissen, Affektsystemen, Emotionsschemata und Kognitiven Repräsentanzen. Unsere mentalen, überwiegend impliziten Landkarten werden durch Gefühle eingefärbt erlebt und damit individuell mit Bedeutung aufgeladen. Es braucht deshalb vor allem emotional korrigierende Erfahrungen in der Therapiesitzung, mit individuellem Bedürfnis- und damit Affektfokus um nachhaltige, fühlbar bedeutungsvolle, therapeutische Wirkungen zu fördern.

Im vorliegenden zweiten Teil möchten wir uns einem Orientierungsinstrumentarium annähern, um für eine (integrative) therapeutische Arbeit auf den genannten Ebenen unterschiedliche Zugänge und Interventionen abzuleiten. Dem sollen zuvor zentrale Befunde zum eher Emotionen regulierenden vs. evozierenden Umgang vorangestellt werden. Erkenntnisse der Psychotherapieforschung werden mit neurowissenschaftlichen Befunden verknüpft, auf die wir zuvor bereits eingingen (Meißner et al., 2023a). In einem abschließenden dritten Teil stellen wir einen „Affektfokussierten Therapiekompass erlebensbasierter Methodenintegration“ („ATEM“) vor (Meißner et al., 2023c). Dort werden wir dann beispielhaft drei moderne integrative Verfahren hinsichtlich der Arbeit mit Emotionen näher beleuchten – namentlich ACT (Acceptance und Commitmenttherapie; Herkunft aus der Verhaltenstherapie), EFT (Emotionsfokussierte Therapie, Herkunft aus der Humanistischen Therapie) und ISTDP (Intensive Short-Term Psychodynamic Psychotherapy; Herkunft aus der psychoanalytischen Therapie).

Neurowissenschaftliche Bemühungen für ein integratives Verstehen der Therapieschulen

Emotionale Prozesse durchdringen im Grunde alle psychotherapierelevanten Wirkprinzipien und werden zunehmend als zentrale Wirkstätte der Behandlung anerkannt (vgl. Artikel 1). Therapeut:innen ist zwar in der Praxis klar, dass es in der Therapie um die Veränderung emotionalen Leidens und die Arbeit an und mit Gefühlen geht. Aber wie genau kann effizient gearbeitet werden, damit die Hilfe Suchenden nicht länger leiden als nötig, aber auch deren emotionale Kapazität nicht überfordert wird?

Auch wenn die Bedeutung von Emotionen und Subjektivität nicht mehr in Frage gestellt wird, so hält das Grundkonzept der Verhaltenstherapie am Primat des Kognitiven weiterhin fest (Roth, 2014, Solms, 2021, Panksepp und Biven, 2012), seit Beck (1979) kognitive Prozesse den Emotionen voranstellte. Und auch klassisch analytische Verfahren konzentrieren sich weiterhin auf Methoden mehr kognitiv- erkenntnisgeleiteten Herangehens und ein emotionales Entdecken über einen langen Zeitraum hinweg, was bereits Freud (1937) zunehmend kritisierte und seit den 60er Jahren innerhalb psychoanalytischer Verfahren mit direktiveren, fokussierteren und erlebensorientierten Methoden verändert wird (s.a. „Experiential Dynamic Therapies“). In der Praxis ist schulenübergreifend weiterhin eine „Redekur“ mit einer mehr kognitiv geleiteten Anwendung von Interpretationen, Situationsanalysen, Deutungen, kognitiver Umstrukturierung, eben ein „über emotionales Erleben *reden*“ verbreitet, auch wenn diese Methoden sehr wohl das subjektiv erlebte Erleben der Patient:innen adressieren. Auch hier verwies bereits Freud (1913) darauf, dass wir Behandler eigene unbewusste Affektdynamiken genauso zu vermeiden wissen und dabei gern intellektualisieren, statt Patient:innen zu helfen ihre Affekte und Widerstände in vivo zu erfahren.

Aus Sicht der Neurobiologie ist eine zentrale Annahme der kognitiv geleiteten Ansätze, dass das Denken mehr das Fühlen bestimmt als umgekehrt und deshalb kognitive Umstrukturierungen oder Deutungen zum Therapieerfolg verhelfen können, jedoch unzutreffend oder zumindest unvollständig. Affektive Kräfte bedingen die kognitiven Zustände im Gehirn mehr als umgekehrt (bspw. Panksepp, 1998, Panksepp und Biven, 2012, Solms, 2021, Roth, 2019, Sacks, 2017, Damasio, 1999, 2021) und sind ungleich schneller und effizienter für unser unmittelbares Überleben. Der Nobelpreisträger Daniel Kahneman (2011) spricht vom schnellen intuitiven und vom langsamen rationalen Denken. LeDoux, einer der führenden Angstforscher, beschreibt eine „quick and dirty route“ von neuronalen Überlebensschaltkreisen ohne neokortikale Abwägungen (LeDoux, 1996, 2002). Diese raschen Abzweige ermöglichen erst durch Beimischung kognitiver Prozesse ein subjektives und verbalisierungsfähiges Erleben von „Angst“ als langsamere neuronale Wegstrecke (LeDoux und Brown, 2017).

Unbewusste emotionsgeleitete Reizverarbeitungsprozesse konnten in zahlreichen experimentellen Studien inzwischen belegt werden (eine aktuelle Zusammenfassung findet sich bspw. in Weinberger und Stoycheva, 2020). Gazzaniga und LeDoux (1978) entdeckten, dass es eine Art neuronales Modul eines „Interpretierers“ gibt und wir unsere überwiegend unbewussten Prozesse zu einem kohärenten Selbstnarrativ beständig als konsistente Geschichte zusammenfügen (Gazzaniga, 1999, 2009). Die „affektiven Stürme“ beherrschen uns also mehr als uns lieb und bewusst ist (Panksepp & Biven, 2012). Ein anderer Nobelpreisträger, Eric Kandel, bekannt durch Grundlagenforschungen zu Erinnerungssystemen, sieht in der Psychoanalyse für die Neurowissenschaften auch deshalb noch heute das kohärenteste und intellektuell befriedigendste Konzept mentaler Zustände, wengleich er kritisiert, dass es lange an wissenschaftlicher Fundierung mangelte (1998). Führende Emotionsforscher wie der Neurowissenschaftler Antonio Damasio (1999, S. 38), der Begründer der Affektiven Neurowissenschaften Jaak Panksepp (frühe 90er) und der

Begründer der Neuropsychoanalyse Mark Solms (Kaplan-Solms & Solms, 2003, Solms, 2011) konzentrieren sich auch deshalb auf diese unbewussten Prozesse und sehen die Konzepte Freuds zum Teil mit den neuesten neurobiologischen Befunden vereinbar, stellen sie aber auch zum Teil buchstäblich auf den Kopf (Solms und Friston, 2018).

Zugleich helfen die Kognitiven Neurowissenschaften, Prozesse kognitiv geleiteter Emotionsregulation „von oben nach unten“ näher zu verstehen. Damit kann gezielt ein bewusstes Neu- oder Umlernen von Denk- und Verhaltensweisen untersucht werden (Barrett, 2017, Gross, 2015, Davidson & Begley, 2012). Vor allem die achtsamkeitsbasierten Interventionen konnten inzwischen ein breites Wirkspektrum vorweisen (Siegel, 2001, 2012, Davidson & Begley, 2012, Farb et al., 2015, Bohus, 2012, Michalak et al., 2006) und betonen kognitive „top down“- Prozesse, die ebenfalls epigenetischen Einfluss auf unser Selbstregulationssystem nehmen können. Der bewusste Aufmerksamkeitsscheinwerfer erfasst dabei die automatisiert aktivierten „bottom up“- Prozesse ohne sie spezifisch durchleben zu lassen. Emotionale Wellen surfen, statt in die Tiefen zu tauchen. Akzeptieren, statt Bewerten. Meditative Praktiken können bei regelmäßiger Übung nicht nur emotionsregulierend wirken, sondern möglicherweise auch nachhaltige Effekte auf Ebene der Persönlichkeit hervorbringen. Die zugrunde liegenden emotionsbezogenen neuronalen Prozesse können durch Übungen bewusster Aufmerksamkeitslenkung die Selbstwahrnehmung, soziale Intuition, Kontextsensibilität, Grundeinstellung, Resilienz und Fokussierungsfähigkeit positiv beeinflussen, was durch bildgebende Verfahren inzwischen belegt wird. Und auch ein übendes „top-down“ Vorgehen, emotionale Intelligenz zu trainieren, indem bspw. ein immer feineres Verstehen und Verbalisieren emotionaler Erlebenszustände unterstützt wird, zeigt nachhaltige positive Effekte auf das individuelle Wohlbefinden (Davidson & Begley, 2012, Brackett, 2019, Barrett, 2017, Siegel, 2001, 2012, vgl. auch das Konzept der Emotionalen Intelligenz oder Kompetenz, Goleman, 2007, Berking, 2017).

So vielversprechend diese Befunde sind und während Grawe (2004) bei der Entwicklung einer allgemeinen „Neuropsychotherapie“ noch von einem „gold rush“ nützlicher neurowissenschaftlicher Erkenntnisse (S.16) sprach und vor diesem Hintergrund „völligen Verzicht“ auf die „Konzepte der herkömmlichen Therapieschulen“ (S. 443) empfahl, sind wir heute mit Blick auf die Entdeckungen dieser Disziplin und den praktischen Nutzen für die Psychotherapie etwas verhaltener in unseren Erwartungen. Ein Versuchsaufbau, der die konkreten Prozesse in der Therapiesitzung bildgebend in Beziehung zum Therapieergebnis setzt, ist gegenwärtig lediglich vorstellbar (vgl. Tarzwell, 2017).

Erst langsam wachsen die Disziplinen der Psychotherapieprozessforschung mit denen der Neurowissenschaften zusammen (z.B. Grawe, 2004, Lane et al, 2015, 2020, Tarzwell, 2017), und auch die neurowissenschaftliche Beforschung des Bewusstseins mit Bezug zu psychotherapeutischer Veränderung ist eine noch relativ junge Bewegung (Damasio, 1999, Sacks, 2017, LeDoux, 2019, Solms, 2011, 2021).

Es braucht sowohl die erkenntnisleitenden psychologischen Befunde, die sich aus dem subjektiven Erleben unserer Patient:innen gewinnen lassen als auch neurobiologische Daten, wie uns etwa die bildgebenden Verfahren anbieten, um bisherige Therapiekonzepte untermauern, revidieren oder verändern zu können. Gefühle wurden in beiden methodischen Strängen zunehmend als zentraler Wegweiser entdeckt (Damasio, 1999, 2021, Solms, 2021, Panksepp und Biven, 2012, Barrett, 2017, Russell, 2003, LeDoux, 2019) und deren somatische Marker als orchestrierender Dirigent unseres Seins (Damasio, 1999). Aus der traditionellen Betonung des Kognitiven, aus dem „Ich denke, also bin ich“ (Descartes, 1637) ist inzwischen eine Betonung des Emotionalen, ein „Ich fühle, also bin ich“ (Damasio, 1994) geworden. Die neueren integrativen Verfahren zeigen uns immer mehr auf, wie genau diese Erkenntnisse und unterschiedliche, flexibel anzuwendende affektiv evokativen- und regulativen Methoden eine mehr gefühlsgeleitete Orientierung am subjektiven Erleben der Patient:innen von Moment zu Moment ermöglichen.

Wechselwirkung affektfokusierter “bottom-up” vs. kognitionsbasierter “top-down“ Prozessierungen und ihre therapeutischen Interventionsformen

Wenn wir davon ausgehen, dass ein Fokus auf emotionale Prozesse hilft, sowohl künstliche Grenzen zwischen Diagnosen aufzuweichen als auch die Therapieschulen einander anzunähern, ist damit aber noch nicht gesagt, um welche emotionalen Prozesse es eigentlich geht. Die beiden Prozessierungsarten „top-down“ und „bottom-up“, vom Kognitiven „hinab“ zum Emotional-Affektiven und vom Emotional-Affektiven zum Kognitiven „hinauf“ sind zur vereinfachten Unterscheidung unterschiedlicher Emotionsverarbeitungsprozesse gut etabliert. Diese interagierenden, klinisch relevanten Mechanismen konnten unterscheidbar mit bildgebenden Verfahren neuronal abgebildet werden (z.B. Ochsner et al, 2009, Scherer et al. 2009, Solms, 2021, LeDoux, 1996, 2017). Duale Prozessmodelle, also kontrolliert vs. automatisiert (Messina, 2016, Barrett et al, 2004) beschreiben „top-down“- Prozesse als willentlich kontrollierbare Denk- und Aufmerksamkeitsleistungen, die unseren Arbeitsspeicher allerdings sehr beanspruchen, eine limitierte Ressource. Fokussierung ist so gesehen energetischer Luxus für unser Gehirn (zusammenfassend Goleman, 2013). Dagegen sind automatisierte „bottom up“- Prozesse energieschonender. Sie werden über sensorischen Input ausgelöst. Ohne bewusste Steuerung sorgen mentale Modelle mit ihren raschen Mustererkennungen dafür, dass wir die meisten Dinge machen ohne weiter darüber nachdenken zu müssen. Was einst als emotional bedeutungsvoll erlebt wurde und über Wiederholung in den impliziten Langzeitspeicher gelangte, kann uns mit wenig Energieaufwand dienen oder schaden.

Affekte und ihre neuronalen Schaltkreise stellen uns evolutionär überlebensrelevante Reaktionsprogramme bereit und beeinflussen alle kognitiven Aspekte wie folgt:

Beständig gelangen Reize über unsere Sinne (intero- wie exterozeptiv) in unser Gehirn, das in seiner dunklen Schädelkammer ja nur über die Sinneskanäle mit dem eigenen Körper und der Welt verbunden ist und speziell auf die Interozeption angewiesen ist (Solms und Friston, 2018). Die sensomotorischen, assoziativen Kortizes verarbeiten diese Stimuli körperlich spürbar, u.a. die Amygdala verleiht dem Geschehen Bedeutung, der Hippocampus bietet schemabasiert einen erinnerten Kontext. Neuronal komplexe hierarchisch- dynamische Prädiktionsschleifen greifen über bestimmte neuromodulatorische Prozesse unsere Erinnerungen auf, um rasche, automatisierte Denk- und Verhaltensautomatismen hin zu bewusstseinsfähigen Attributions- und Entscheidungsfindungen zu lenken (Panksepp und Biven, 2012; LeDoux, & Brown, 2017, Solms, 2021; Siegel, 1999, 2012; Phelps, 2006; Barrett, 2007).

Während „bottom up“- Prozesse stärker auf ein Wahrnehmen und direktes Erleben von affektiven Reizen ausgerichtet sind, begünstigen „top-down“- Prozesse in präfrontalen Regionen die Veränderung von „higher- order states“ (LeDoux, 2017), also kognitive Interpretationen die auf das Erfahrungswissen zugreifen, das sich zu Emotionsschemata verdichtet hat. Wir erleben die Gegenwart und Zukunft aus der vergangenen Erfahrung heraus. Wir erinnern die Gegenwart (Solms, 2021). Fatalerweise können uns aber „bottom up“ Vorhersagemodelle zu wenig nützlichen Handlungen verleiten, wenn sie auf schwierigen traumatisch erlebten Lernbedingungen basieren (vgl. Artikel 1).

Selbstauskünfte von Patient:innen über subjektives emotionales Erleben aktivieren beide Prozessarten (Ochsner et al, 2009), sie sind deshalb, würde nur eine Prozessart beachtet, weniger aussagekräftig in der Psychotherapie. Ein Schwerpunkt liegt auf dem differenzierten Erkennen unterschiedlicher verbaler und nonverbaler emotionaler Botschaften, da die primäre Bedürfnislage mit ihrem Hauptziel innerer Homöostase uns mehr und weniger bewusst über unsere affektiven Stürme dirigiert (Panksepp und Biven, 2012). Alle Prozessebenen sind natürlich miteinander neuronal vernetzt und wirken interagierend wie in einem Orchester (ebd.). Die neuronale Komplexität nimmt von Primär zu Tertiär zu.

Vereinfacht: unser „neuronaler Fingerabdruck“ ist auf komplexer Ebene einzigartig (Finn et al., 2015, Barrett, 2017), auf Primärebene sind wir jedoch alle eher gleich und den Tieren ähnlicher als wir oft glauben (Panksepp et al., 1998, 2012).

Abbildung 1: „Top down“ und „Bottom up“ – Prozesse



Die von unten nach oben verlaufenden Nervenbahnen sind dabei nicht bloß schneller als die kognitionsassoziierten Verbindungen in Arealen des Präfrontalcortex, sondern sie nehmen auf energieschonende Weise auch mehr Einfluss durch die Aktivierung unbewusster, habitueller, durch Erfahrungen geprägter mentaler Landkarten. Die „affektiven Stürme“ führen kraftvoll die komplexen Erinnerungsformationen an (Panksepp & Biven, 2012).

Wenn wir unseren Patient:innen im Rahmen der Therapie helfen wollen, ihre Gefühle in Richtung von mehr Gesundheit zu verändern, sollten wir sowohl „Bottom-Up“- als auch „Top-Down“-Prozesse nutzen. Da es zentral beständig um die Aufrechterhaltung unserer inneren körperlich-seelischen Homöostase geht, gilt es die zur Verfügung stehende Energie („free energy principle“, Solms und Friston, 2018) bestenfalls in einem emotionalen Toleranzfenster („window of tolerance“, Siegel, 1999) zu nutzen. Vergleichbar mit dem bekannten Yerks Dodson-Gesetz mit einer U-Kurve für eine optimale kognitive Leistungsfähigkeit, sprechen wir hier von optimaler emotionaler Prozessierungs- bzw. Erlebensfähigkeit. Wir wollen eine emotionale Überforderung vermeiden, jedoch auch nicht emotional unterfordern. Wir sind weder zu lang im Hyperarousal (Kampf/ Fluchtmodus mit Hyperaktivität- und überhöhter Reagibilität, einem „emotional hijacking“ bis hin zur Panik), noch im Hypoarousal (affektive Distanzierung bis hin zur Dissoziation, vgl. Abbass, 2015, Porges, 2019, Siegel, 1999, 2010, Deisseroth, 2021, Frederickson, 2021). Wir finden optimalerweise eine Balance zwischen „Chaos und Rigidität“ im „river of wellbeing“, der mit optimaler affektiver Selbstregulation einhergeht (Siegel, 2012).

Es braucht eine optimale Emotionsaktivierung zur transformatorischen Heilung (Lane et al., 2020; Greenberg; 2015, Ecker et al. 2012, 2020), wie mit unterschiedlicher Auslegung in den großen Therapieschulen empfohlen wird (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2019). Ohne tolerierbare Angststimulation kann keine Exposition auf ein phobisch besetztes Objekt erfolgen (Foa, 1986). Neurotische habituelle Angstreaktionen können über reziproke Inhibition geheilt werden, wenn Angst gezielt stimuliert und antagonistische Erfahrungen gefördert werden (für spezifische Phobien Wolpe, 1958, für Beziehungs- und Persönlichkeitsstörungen McCullough, 1997, 2019). Lindemann, ein deutsch-amerikanischer Psychiater, wurde als Erster durch die

„Cocoanut Grove- Tragödie“¹ (1942), deren zahlreiche Opfer unter seiner Leitung behandelt wurden, auf eine notwendige Angstaktivierung bei Heilungsprozessen aufmerksam. Er entdeckte, dass er die Überlebenden erfolgreich behandeln konnte, gerade weil die noch aktuelle Angstaktivierung, psychotherapeutische Interventionen rasch wirksam werden ließ. Die „Abwehr“ war noch offen, die gewohnten Bewältigungsmechanismen exazerbierten unter diesem hohen Traumastress. Auch wenn sich inzwischen in der Traumabehandlung zunächst regulierende, stützende Therapieangebote als nützlich erweisen, diente die Entdeckung der Angst als Begleiterscheinung schmerzlicher Gefühle den psychoanalytischen Kurzzeittherapien bei der Entwicklung affektfokussierter Methoden. Gerade für bisher behandlungsresistente, schwere charakterologische Störungen wurden durch Lindemann's Assistenzärzte Sifneos und Davanloo Behandlungsansätze erfolgreich umgesetzt, indem gezielt auf die unbewussten Ängste in der Übertragung fokussiert wird und die darunter verborgenen primären Affektdynamiken. Ohne fühlbare Aktivierung der unteren primitiven affektiven Schichten im Unbewussten, kann keine multidimensionale Strukturveränderung im psychodynamischen Sinne erzielt werden, was zunehmend auch neurowissenschaftlich genauer erklärt wird (Panksepp und Biven, 2012, Solms, 2018, 2021, Abbass, 2015, Tarzwell, 2017). Wenn also spezifische maladaptive Emotionen mobilisiert und mit deren adaptivem Antidot (angstbasiertes, inhibierendes Schamerleben mit expressivem Selbstbehauptungsärger bspw.) zeitgleich erlebt werden, kann eine tiefe anhaltende Neuausrichtung eines resilienteren Selbst geschehen, ein „change emotion with emotion“ (Greenberg, 2015, Pasual-Leone und Greenberg, 2007, Lane et al., 2015, 2020).

Vereinfacht ausgedrückt: *Das Eisen muss heiß sein, damit es formbar wird.* Ist die Hitze zu hoch oder ist es zu kalt, bricht oder reißt die Veränderungsmöglichkeit ab. Eine affektive Aktivierung und Emotionstransformation muss also im optimalen emotionalen Toleranzfenster erfolgen. Aus den beiden affektbasierten und optimal ausbalancierten Prozessierungsarten lassen sich dazu ineinandergreifende Prinzipien therapeutischen Handelns konzeptualisieren (bspw. Gross, 2015, Gross & Barrett, 2011, van der Kolk, 2014, Grecucci et al., 2017, Panksepp & Biven, 2012, Solms, 2021). Wir beziehen uns im Folgenden auf die in Artikel 1 dieser Reihe näher differenzierte Gefühlsterminologie und Emotionstheorien (Abbildung 1).

Beispiele: Ein lauter Knall neben mir erschreckt mich („bottom up“- Reaktion), erst Sekunden später weiß ich einzuordnen („top down“), ob ich lieber in Deckung gehen sollte oder lachen, weil mir ein Kind einen Streich spielte. Im Beziehungskontext wird es schon komplexer: Jemand kritisiert auf harsche Weise etwas, was ich vorgetragen habe. Ich erlebe den Affekt Wut mit dem Impuls sofort etwas zu entgegnen, quasi zurückzuschlagen, mich zu verteidigen, habe aber die Erfahrung gemacht, dass es hilfreicher ist, Wut zu regulieren und nachzufragen, was genau gemeint ist. Daran angeheftet ist dann aber vielleicht ein ungesundes Versagensschema mit Schamprozessen aktiviert (innerlich selbstbeachtend die eigene Leistung selbst entwerten, „vielleicht hat der Kritiker ja recht“, maladaptive Angst, tatsächlich nicht ok zu sein) oder, gesünder reguliert, ein Mitgefühl mit mir selbst (und dem Kritiker), weil ich merke, dass die Kritik mehr etwas über den Kritiker als meine Arbeit aussagt und meine Wut berechtigt ist und ich sie innerlich körperlich erlebe und in zugleich mitfühlender Verbindung mit mir und dem Kritiker ausdrücke. All das hängt ab von den erworbenen Emotionsschemata meiner Vorgeschichte.

Beide Prozessarten haben also ihre Bedeutung und greifen auf Aspekte bewusster, wie unbewusster (bzw. expliziter und nicht expliziter) Erinnerungssysteme zurück. Sie sind aber möglicherweise unterschiedlich wichtig für verschiedene Prozessschritte im Therapiegeschehen. So kann ich zum Beispiel wissen, dass ich mich in bestimmten

¹ In Boston brach in einem Nachtclub „Cocoanut Grove“ 1942 ein Feuer aus. Bei zum Teil verriegelten Türen und überfülltem Club mussten Angehörige mitanschauen wie ihre Liebsten im Feuer umkamen, 492 Menschen starben bei dieser Tragödie.

Leistungssituationen unangemessen angespannt fühle und kann „top-down“ geleitet immer wieder Achtsamkeits- oder Akzeptanzübungen anwenden, um die Anspannung zu regulieren. Sie ist damit in der nächsten ähnlich gelagerten Situation noch nicht notwendigerweise verschwunden. Denn es könnte sein, dass die Angst bleibt, solange ich die mit ihr assoziierten Emotionsschemata nicht differenziert reprozessiert und rekonsolidiert habe. Das „Löschen“ problematischer Lernerfahrungen ist möglicherweise nur im Rahmen affektgeleiteter Erinnerungsrekonsolidierung möglich (Ecker, 2012, 2020) bzw. eine über Emotionsschemata fokussierte Rekonsolidierung von früheren schwierigen Erfahrungen (Greenberg, 2015, Lane, 2015), die mit affektiv- körperlich erfahrbaren Erinnerungstransformationen, oder mit einem Ausagieren in der Vorstellung bis zur inneren Versöhnung der Introjekte einhergeht (bspw. Davanloo, 1980, Malan, 1980, Abbass, 2015), also eine Affektexposition mit Auflösung unbewusst konfligierender Bedürfnisse und deren assoziierte Erinnerungen.

Eine methodische Heuristik zur schulübergreifenden Wahl eines affektfokussierten Ansatzes

Gerade weil sich mit den Wechseln des Lebens unsere Patient:innen im steten Veränderungsprozess befinden und kontextabhängig unterschiedlich emotional organisieren, macht ein personalisiertes (vgl. Brakemeier, Herpertz, 2018), beziehungsweise prozessbasiertes Herangehen Sinn (vgl. Hayes & Hofmann, 2018; Hofmann & Hayes, 2019), dass sich auf emotions- und erfahrungsbasierte Veränderungen konzentriert, weniger auf kategoriale Diagnosen als rein symptomatische Beschreibungen und entsprechende Manuale (vgl. Whelton, 2005; Greenberg et al., 2019; Grecucci et al; 2016, Abbass, 2015). Wir bieten hier eine einfache, uns nützlich erscheinende Heuristik an, die die grundlegende Auswahl der emotionsbasierten Methode aus „bottom-up“ Emotionsevokation und „top-down“ Emotionsregulation im individuellen Prozessgeschehen erleichtern helfen soll. Vor allem ein Fokus auf die *individuelle repetitive Emotionsverarbeitungsschwierigkeit* im Moment der Therapiesitzung führt zu den zugrundeliegenden unbefriedigten Bedürfnissen, wodurch in vivo nützlichere Verarbeitungsprozesse angeregt werden können (Greenberg, 2015; Goldman & Fredrick-Keniston, 2020; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Davanloo, 1995; Abbass, 2015 etc). Entlang den – vor allem nonverbal situativ gezeigten – affektiven Dysbalancen werden dabei (evidenzbasiert) konkrete Interventionen empfohlen.

Mit Blick auf Affektverarbeitungsschwierigkeiten gilt, dass per se jeder Mensch zum Über- oder Unterregulieren von Affekten tendieren kann, je nach Kontext und generellen Störungsmustern. Hierbei gibt es bestimmte Prädispositionen und bestimmte (epi-) genetische, biografische Bedingungen, die diese Vulnerabilitäten günstig oder ungünstig beeinflussen können (vgl Roth, 2019; Zanarini & Frankenburg, 2007; Linden & Vilain, 2011). Wir beobachten zum Beispiel bei Menschen mit Borderline-Störung eine emotional fragile Affekt- bzw. Emotionsschemaregulation. Zeitweise ist die innere Anspannung so hoch, dass es zu kognitiven Disruptionen kommt; in anderen Momenten können sie sich jedoch sehr deutlich von emotionalem Erleben distanzieren und berichten „verkopft“ abwehrend. So ist es bei allen Störungsdiagnosen wichtig, mit Blick auf eine aktuelle möglichst hohe emotionale Produktivität hin zu arbeiten, bei der der Patient von seinen Gefühlen weder überschwemmt wird noch sie überreguliert abwehrt (Greenberg, 2015; Ausra et al., 2013). Hierzu bieten sich verschiedene diagnostische Zugänge an.

Einen Überblick über die im Folgenden dargestellten Ansatzpunkte gibt nun Abbildung 2.

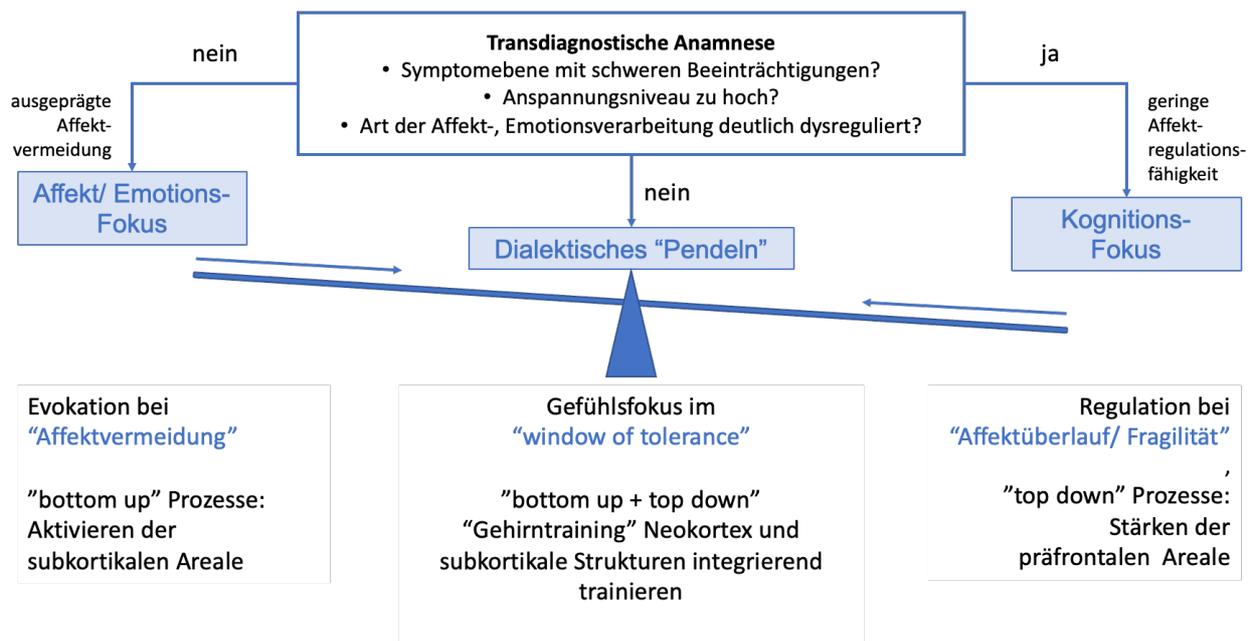


Abbildung 2: Dialektische Gefühlswippe: Diagnostische Heuristik zur Auswahl der affektfokussierten Strategie zu Beginn und im Verlauf der konkreten Therapiesitzungen

Transdiagnostische Anamnese und prozessorientierte Diagnostik der Affektverarbeitung

Eine affekt- und prozessorientierte, transdiagnostische Anamnese kann uns als Entscheidungsgrundlage dienen, inwiefern wir einen eher supportiv regulierenden oder aktivierenden Weg mit Patient:innen im gemeinsamen aufklärenden Austausch wählen können. Unaufwändig können erste Schlüsse anhand offensichtlicher verbaler und nonverbaler Signale gezogen werden:

Symptomebene: Schwere Affektregulationsstörungen mit deutlichen Beeinträchtigungen auf Denk- und Verhaltensebene verweisen auf die Notwendigkeit zunächst die „affektiven Stürme“ supportiv regulieren zu helfen. Bei schweren, auch lebensbedrohlichen Beeinträchtigungen auf Symptomebene, niedrigem Funktionsniveau und hoher innerer Anspannung wird deshalb schulenübergreifend eine supportive, regulierende Herangehensweise empfohlen. Auf tertiärer Ebene präfrontaler Stärkung sollte eine verbesserte Mentalisierungsfähigkeit gefördert werden, die zunächst strukturierend, übend, und kognitiv anleitend wirkt. Ein gutes Beispiel ist das Herangehen der Dialektisch Behavioralen Therapie (Linehan, 1993, der Übertragungs-fokussierten Psychotherapie (Kernberg et al., 2008) und Mentalisierungsbasierten Therapie (Bateman, Fonagy, 2013).

Anspannung/ Angstpfade im Blick behalten: Entscheidend ist dabei, wie innere Anspannung, (im psychodynamischen Sinne die unbewusste Angst vor den eigenen, als verboten abgespeicherten Affekten) in der Therapiesitzung sichtbar prozessiert wird (Abbass, 2015, S. 11ff; ten Have de Labije et al., 2018; McCullough Vailant, 1997). Eine einfache Metapher (ebd.) ist: Angstpfade stellen wir uns als „Ampel“ vor: „Grünes Licht“ heißt, dass weitere Affektfokussierung möglich ist, wenn die Angst über die quergestreifte Muskulatur, also nach außen produktiv abgeführt werden kann, eine sympathikotone Aktivierung besteht: wir beobachten bspw. Hände kneten, seufzen, hier kann noch weiter evokativ gearbeitet werden. „Gelbes Licht“ heißt, dass die Affektfokussierung ausbalanciert werden muss mit Bewusstmachung der Angstzeichen: Angst geht nach innen, in die „Eingeweide“, der Körper beginnt „einzufrieren“, zu erschlaffen oder zu versteifen, Patient:innen wirken regungslos. „Rotes Licht“ bedeutet, dass Therapeut:innen den Affektfokus stoppen sollten, eine bewusste Angstregulation und kognitives Rekapitulieren, was gerade genau geschehen ist, sind

notwendig. Es werden kognitive Disruptionen erlebt, Projektionen, „Tunnelblick“ oder „wie in Watte gepackt“, Therapeut:innen werden nicht mehr klar wahrgenommen. Der Neokortex „verabschiedet sich“, der Grundaffekt Angst beherrscht die Szenerie und handelt reflexhaft, den Organismus schützend, der Körper ist zwar u.U. wieder sympathikoton aktiviert, jedoch auf Basis regressiver Mechanismen oder kognitiver Disruptionen.

In diesem Zusammenhang sei Porges „Polyvagal“- Theorie zu nennen (1994) zur Bedeutung des Autonomen Nervensystems bei anhaltender psychischer Stressbelastung, auch wenn seine Annahmen kritisch diskutiert werden, da bislang noch Evidenzen fehlen. Ging man bisher von einer Zweiteilung in einen muskulär aktivierenden Sympathikus ("fight & flight") und entspannenden Parasympathikus ("rest or digest") aus, gibt es nach Porges außerdem noch einen dritten Abzweig. Dabei hat der Parasympathikus einen ventralen (nach vorn gelegenen), noch sozial interaktionsfähigen Strang, während der dorsale Pfad (zum Rücken hin) auf eine subjektiv wahrgenommene Lebensbedrohung mit Erstarrung reagiert. Während also der ventrale Teil für Entspannung zuständig ist ("grounded, compassionate"), sorgt der dorsale Strang für ein Hypoarousal mit "shut down"- Prozessen, wie Taubheitsgefühle, Dissoziationen. Was auch immer Befunde hierzu noch erbringen werden, primäre Gefühlslagen können erst prozessiert werden, wenn die angstbasierten inhibierenden Emotionsschemata („sad-, weak-, bad- Me“) überwunden werden, weshalb eine präzise Diagnostik der Anspannungsabfuhr in affektfokussierten Verfahren eine wichtige Grundbedingung therapeutischen Handelns darstellt und die objektiv wahrnehmbaren nonverbalen Zeichen körperlicher Anspannung im „fight- flight“- oder „freeze“- Modus beständig beobachtet und entsprechend therapeutisch aufgegriffen werden.

Die Qualität der *Emotionalen Prozessierung* (Greenberg et al., 2007) erfasst in der EFT bspw. inwiefern sich Patient:innen primären Emotionen zuwenden, sie symbolisieren können, wie kongruent und akzeptierend, und auch wie regulierend und differenzierend sie sich selbstverantwortlich als „Handlungsträger“ erleben. Entsprechende Erfassungsinstrumente können dabei helfen, denn eine verbesserte „Emotionale Produktivität“ im Therapieverlauf wurde inzwischen als entscheidender Wirkfaktor für therapeutische Veränderungen erkannt (Greenberg et al., 2007; Auszra et al., 2013).

Es empfiehlt sich letztlich, auch aus neurowissenschaftlicher Sicht, eine umfassendere schulenübergreifende Eingangsdiagnostik, die Patient:innen die Möglichkeit gibt, ihre Problematik auf allen Erlebensebenen zu erfahren (Lane, 2020) und damit das zentrale Affektverarbeitungsproblem, das die Verwirklichung wichtiger Bedürfnisse behindert, erlebend zu erkennen, um anschließend eine bewusste affektiv- kognitive Entscheidung für ein Behandlungsvorgehen treffen zu können. In jeder Therapiesitzung sollte immer wieder von Moment zu Moment geprüft werden, welche Intervention angezeigt ist zur Bearbeitung der zentralen Themen, da sich die Affektverarbeitungsfähigkeit beständig verändert. Ein spezifizierendes Erkennen und Entscheiden setzt eine genaue Gefühlsdiagnostik im Prozess voraus (vgl. Artikel 1) und macht zuweilen den kollegialen Schulterblick (bei videografierten Sitzungen) und beständige Qualitätssicherungen notwendig (Stichwort „Deliberate Practice“, bspw. Jacobi und Brehm, 2020; Rousmaniere, 2016, als Beispiel konkret für die EFT: Goldman, Vaz, und Rousmanier, 2021; oder Feedback Systeme, bspw. Lambert, 2017; Brakemeier und Herpertz, 2019, oder verbindliche videografierte Sitzungen in der ISTDP, die in Abständen auch kollegial analysiert werden).

Methodische Ansätze zwischen bewusst kognitiv lenkender Emotionsveränderung und affektgeleiteter Emotionsprozessierung

Jede moderne Therapieform nutzt sowohl eine kognitiv lenkende, als auch Gefühle einladende Vorgehensweise und pendelt dabei zwischen regulierenden („top down“) und evozierenden („bottom up“) Techniken. Es führt zu Missverständnissen wenn einzelne Techniken als das eine

oder andere eingeordnet werden, denn Techniken, seien es Rollenspiele, Telearbeit, Imaginationen, Expositionen oder Verhaltensübungen, können sowohl „bottom up“ prozessierend als auch „top down“ regulierend angewandt werden. Die Frage ist eher, auf welche Weise dabei affekt- und emotionsspezifisch in welchem patientenfokussierten Affektverarbeitungsprozess welche Mechanismen fokussiert und gefördert werden. Eine regulierende „top down“- Intervention unterstützt entlang kognitiver Narrative sukzessive ein kognitiv-verhaltensbezogenes Neulernen und kann damit auch emotionale Besserungen erzielen, während erlebnisbasierte Vorgehensweisen („bottom up“) nicht zuerst Kognitionen, sondern Emotionen und Affektdynamiken differenziert *er-leben* und mit zeitgleich neuer affektiver Erfahrung *durch-leben* lassen („working through“ innerhalb authentisch-empathischer Allianz) und damit kognitiv- verhaltensbezogene Veränderungen bewirken.

Ein Beispiel: Ein sozialphobischer Patient prädiziert heftige Beschämung, wenn er vor einer Gruppe spricht, er hat früh gelernt derlei Situationen besser zu vermeiden (erlernter Vorhersagefehler, denn früher passte diese Vorhersage, wenn tatsächlich Beschämungen in der alten Realität erfolgten). Der Patient ist dann positiv überrascht, wenn seine Erwartung nicht eintrifft im Hier und Jetzt der therapeutischen emotional korrigierenden Erfahrung, die sein zugrundeliegendes Versagensschema verändern hilft.

Eher „**Bottom up**“ geleitete Ansätze arbeiten dabei nicht inhalts-, sondern erlebnis- und prozessdirektiv. Es werden vordergründig die in vivo erfahrenen Emotionen und Affekte im Jetzt der Therapie fokussiert (bspw. in der ISTDP „wie erleben Sie die Angst vor Beschämung bei mir hier im Moment, wie nehmen Sie mich gefühlt gerade wahr, wenn Sie mir von diesem Vortrag erzählen?“ oder EFT „und wie fühlen Sie, wenn sie sich diese kritische Stimme auf dem Stuhl direkt gegenüber vorstellen und aus ihr heraus sprechen“, zwischen evokativem und erlebendem Selbstanteil wird dabei dialogisch gewechselt). Immer weiter würde erlebend spezifiziert welche primären körperlich fühlbaren Affektlagen bislang nicht ausgedrückt werden konnten. Bei selbstkritischen Schamprozessen, wie im Beispiel, könnte Selbstbehauptungsärger nicht zugänglich sein, der in früheren beschämenden Situationen nicht bewusst erfahren und ausgedrückt werden konnte und bis heute in bestimmten „trigger“- Situationen durch Emotionsschemata, also sekundäre, einst gelernte unbewusste Angstprozesse maladaptiv inhibiert wird. Dem ergebnis- und inhaltsoffenen Vorgehen liegt die Annahme zugrunde das wir nicht sicher wissen können womit die affektgeladenen Geschichten, die sich unsere Patient:innen über sich und die Welt erzählen, assoziiert sind. Unsere „neokortikale Denkkappe“ (Panksepp et al., 2012) scheint viel zu wissen, jedoch sind es eher die „eingeklemmten“ Affekte (Breuer und Freud, 1895, S. 4) die uns den Weg in die unbewussten, bislang verdrängten Erinnerungslandschaften bahnen (Davanloo, 1980) und die „wahren (primäre) Gefühle“ erleben lassen (ebd., 1995, vgl. Greenberg, 2015). Wie wir im ersten Artikel dieser Reihe darstellten, können wir uns die primären Affektdynamiken nicht aussuchen, da sie uns von unseren Ahnen als überlebensnotwendig vererbt wurden, sie sind grundlegend adaptiv und wir können sie direkt in der Therapie nutzen. Eine reflexive, kognitive Einbettung einer zuvor erfüllten Erfahrung unternehmen Patient:innen mit den von ihnen im Prozess entdeckten subjektiven Narrativen hier selbst, also der subjektiven Erfahrung nachgelagerte kognitive Reflexionen („top down“). Nur bei affektiver Fragilität und niedriger Angsttoleranz wird in den vorgestellten Verfahren „top down“- regulierend und Fertigkeiten aufbauend gearbeitet zu Beginn (bspw. „graded format“, Abbass, 2015, McCullough, 1997).

„Bottom-up“- Techniken finden wir im EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, 1989) wenn mit bilateraler Stimulierung fühlbar bedeutungsvolle Prozesse angeregt werden, die sich dann zu einem kognitiven Narrativ der Patient:innen verdichten, auch im „Somatic Experiencing“ (Levine, 2010), in Humanistischen Verfahren, wie der EFT (Greenberg, 2015) oder den „Experiential Dynamic“ Therapien, wie der ISTDP (Davanloo, 1980) liegt der Hauptfokus auf den primären Gefühlslagen, aus deren subjektivem Erfahren heraus neue, adaptivere Narrative über das Selbst in der Welt entstehen. Emotionen und

Affekte werden als zentral verstanden („emotion is the master, cognition the servant“, Greenberg et al., 2019 und „the brain is the servant of the body“, Damasio, 2017). Speziell in humanistischen Verfahren, wie der EFT oder psychodynamischen Verfahren, wie der ISTDP, auf die wir im nächsten Artikel näher eingehen, werden dabei nicht die Kognitionen, sondern die angstverwobenen Emotionsschemata in jeder Therapiesitzung zunächst näher spezifiziert und erlebbar gemacht, um sie überwinden zu können. Es gilt mehr auf die (nonverbale) Art und Weise zu achten, wie Patient:innen ihre Probleme berichten und sich emotional selbst organisieren. In der EFT werden maladaptive Emotionen über erlebensorientierte Techniken adaptiven Emotionen zugeführt, ein transformatives „change emotion with emotion“ und emotional korrigierende Erfahrungen mit empathisch begleitenden Therapeut:innen werden hier für ein adaptiver reguliertes resilientes Selbsterleben unterstützt. In der psychoanalytisch basierten ISTDP gilt es die unbewussten Affekte und Impulse in vivo bewusst erlebbar zu machen, da sie zu den noch ungelösten früheren Bindungsrupturen führen mit nicht ausreichend erfüllten Bedürfnissen. Unbewusste Konfliktodynamiken sind Angst assoziiert verdrängt und wurden neurotisch oder auch charakterologisch über unreife Abwehrmechanismen manifest und können später zu therapierelevanten Symptomen führen.

Wir benötigen diesen affekt- und erlebensorientierten Ansätzen zufolge deshalb eine aufdeckende Vorgehensweise, die in Emotionen „eintaucht“ und diese in ihrer Differenziertheit erlebbar macht: „you can't change an amygdala based emotion with reason, it's impenetrable for reason“ (Greenberg, 2015, 2021). Es gilt hier die tiefere, fühlbar und damit subjektiv stimmige Wahrheit zu entdecken, die unter den gewohnten „Masken“ verborgen sind. Die „Lügen“, die wir uns selbst zuweilen gern über uns und Andere erzählen, aufzudecken (Frederickson, 2017) zugunsten eines resilienteren, authentischen Selbst in der Welt.

Es können damit „**top down**“- geleitete Vorgehensweisen als eine überwiegend kognitive inhalts- und prozessdirektive Einflussnahme auf die Emotionsschemata verstanden werden. Typisch ist die Anwendung von Fragebögen zu Beginn der Therapie mit Erfassung der Symptome (auf Tertiärebene), daran ausgerichtet werden störungsbezogene Kategorisierungen abgeleitet mit konkreten Empfehlungen zum Behandlungsvorgehen. Patient:innen werden von Beginn an unterstützt, Experten für die Bewältigung der eigenen Probleme zu werden. Ein differenziertes Problem-, Ziel-, und Lösungsverständnis wird bspw. über störungsspezifische Psychoedukationen vermittelt und im weiteren Verlauf werden verschiedene Gesprächstechniken und Verhaltensübungen angewendet, wie kognitives Umstrukturieren und Hinterfragen von Erlebnissen über Situations- und Gefühlsanalysen, das Nutzen von Angstskalen, Metaphern oder kognitiv vorbereitete und strukturiert durchgeführte Expositionsübungen und Rollenspiele, inhaltsdirektive Imaginationen oder kognitiv kategorisierende Arbeit über Stühle. Ein durchaus Emotionen und Affekte evozierendes Vorgehen wird dabei eingebettet in ein kognitives Konzept, dass regulierend und strukturierend arbeitet über konkrete Denk- und Verhaltensübungen, bei denen Angstprozesse aktiv überwunden werden können. Nicht Emotionstypen und Affekte werden näher spezifiziert, sondern deren assoziierte kognitive Grundannahmen durch konkrete Denk- und Verhaltensalternativen neu- oder umgelernt. Eher „top down“ orientierte Vorgehensweisen finden wir in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien und auch ihren neueren integrativen Weiterentwicklungen, wie CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, McCullough, 2000), ACT (Acceptance and Commitment Therapy, Hayes, 2004, ST (Schematherapie, Young, 2005) oder DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie, Linehan, 1993). Dysfunktionale Kognitionen werden als die zentrale Wirkstätte begriffen (im Sinne von Greenberg's pointiertem Satz also in der Umkehr „cognition is the master, emotion the servant“). Wir verstehen aber auch klassisch analytische Verfahren als „top down“- Ansatz, wenn über die sprechende Heilkunst, die klassische „Redekur“, gezielte Deutungen und Interpretationen tiefere Affektdynamiken bewusst machen in der Übertragung, Affekte jedoch

nicht prozess- und erlebensfokussiert in vivo und „bottom up“ geleitet differenziert mit den Therapeut:innen direkt erfahrbar durchlebt werden.

Die Verhaltenstherapie fokussiert beispielsweise auf angstverwobene emotionsvermeidende Mechanismen, bei denen sich eine zunächst nachvollziehbar schützende Vermeidungsstrategie pervasiv ausgebreitet hat und zu einem mittlerweile dysfunktionalen, behindernden aufrechterhaltenden Faktor geworden ist. Für die Behandlung dieses Problemspektrums wurde die Bedeutung eines „Emotional Processing“ (Foa & Kozak, 1986) hervorgehoben, mit der Notwendigkeit der gezielten Aktivierung des Angststimulus und zugleich Unterstützung von vermuteten Habituationsprozessen innerhalb und zwischen den Sitzungen, die eintreten, wenn emotionales Vermeidungsverhalten konsequent unterbunden wird und dennoch der befürchtete Zustand ausbleibt. Zentraler Wirkfaktor solcher Ansätze ist, mit Hilfe konkret korrigierender emotionaler Erfahrung nicht nur automatisierte körperliche (Fehl-) Alarmreaktionen abzubauen, sondern vor allem auch die ängstlichen Erwartungen zu verändern hinsichtlich der Bedrohlichkeit bislang vermiedener Reize und damit verbundenen ausgelösten Emotionen (Craske et al., 2014). Dies ist nicht durch rationales Argumentieren möglich („Diese und jene Situation ist doch gar nicht wirklich gefährlich“, „Diese und jene Konsequenz ist höchst unwahrscheinlich“), sondern erfordert, die Angst bewusst zu erleben. Im obigen Beispiel würde ein sozialphobischer Patient mit der gefürchteten Situation konfrontiert, jedoch zuvor psychoedukativ aufgeklärt, strukturiert vorbereitet. Im Verlauf der Expositionsübung würde bspw. immer wieder die Angst skaliert („top down“- Regulation) während zielorientiert neues Verhalten geübt wird, was Angst wiederum aktiviert („bottom up“).

Foa et al. (1986, 2016) konnten belegen, dass gerade die aktualisierte Erfahrung von Angst innerhalb einer verhaltenstherapeutischen Sitzung essentiell für den Erfolg von Expositionsbehandlung bei Angststörungen ist. Die VT integriert also auch „bottom-up“- Prozesse, wenn sie emotional aktivierend arbeitet, sie konzentriert sich dabei auf die Überwindung von konditionierten Ängsten, die in ihrer Bedeutung erklärt werden, um neue, positive Erfahrungen zu ermöglichen und ein Gefühl von Selbstwirksamkeit zu begünstigen. Andererseits wurde speziell eine achtsamkeitsbasierte Aufmerksamkeitslenkung seit den 90ern ein herausstechendes Merkmal der s.g. „dritte Welle“- VT- Verfahren und ist ein Beispiel für ein emotionsregulierendes Vorgehen, dass das automatisiert aufsteigende „bottom up“- Erleben der Patient:innen (im Beispiel schambasierte Ängste) auf wertfreie, annehmende Weise regulieren hilft indem sehr konkrete Übungen zur Desidentifikation von Gedanken und Gefühlen angeboten werden, statt Angst oder andere Gefühle spezifisch zu explorieren. Aufmerksamkeits-lenkende Herangehensweisen sind in der Therapie allerdings nicht neu, geht es letztlich in allen großen Therapieschulen um eine gezielte Aufmerksamkeitssteuerung und Fokussierung auf eine angemessenere Problemlösung. Es werden bei den neuen Achtsamkeitsmethoden jedoch konkrete Übungen differenzierter konzeptualisiert. Besonders die spirituellen, meditativen Praktiken, Atemübungen, Mitgefühlsübungen für das eigene Selbst und Andere, sind noch jüngeren Datums und werden bisweilen aus Jahrtausende alten spirituellen Praktiken entlehnt die dann bei regelmäßiger Übung auf subkortikale Prozesse nachhaltig einwirken können (z.B. Davidson et al., 2012; Siegel, 2012; Kabat-Zinn, 1986, 2003). Methodisch handelt es sich häufig um konkrete Strategien, sich von schwierigen Gedanken und Gefühlen innerlich zu distanzieren und sie ziehen zu lassen. Es gilt einen „inneren wertfreien Beobachter“ zu etablieren, ein „ich habe ein Gefühl/Gedanken, ich bin nicht das Gefühl/Gedanke“. Es geht dabei nicht mehr nur um Art und Inhalte der Gedanken (die etwa für die kognitive Verhaltenstherapie von Aaron Beck noch wesentlich ist), sondern um ein bewusstes, werteorientiertes engagiertes Verhalten mit beobachtender Distanzierung von Gedanken und Gefühlen (bspw. ACT, Hayes et al. 2004, DBT, Linehan, 1993).

Wenn wir „top down“- Vorgehensweisen also verstehen als Interventionen, die Emotionsschemata regulierend verändern helfen (von präfrontal hinab), folgen „bottom-up“- orientierte Verfahren einem „aus der Erfahrung heraus, nicht hinein“ (subkortikal hinauf). Dabei

ist es noch weitgehend unklar inwiefern diese dialektische Verzahnung beider Prozessierungsarten in den einzelnen Therapieansätzen welche Wirkung erzielt. Ein und dieselbe Problemstellung wird in den unterschiedlichen Therapieverfahren zum Teil unterschiedlich erklärt und behandelt. Manchmal ist es also wichtig die emotionalen Wellen zu „surfen“, im „emotionalen Sturm“ das „Steuer des Schiffs zu halten“, „engagiert über den Berg zu führen“ (DBT- Metaphern), manchmal ist es nötig in die einzelnen Emotionen spezifizierend hinein zu tauchen (Metapher des „Perlentauchens“ in der EFT), die „Schätze in der unbewussten Tiefe zu bergen“, „unter die Spitze des Eisbergs zu gelangen“, für ein „working through“ (Metaphern der ISTDP bzw. Psychoanalyse) und aus den Gefühlen heraus neue Erfahrungen zu ermöglichen, die körperlich intensiv erlebt werden können im gesamten Affektspektrum, um den innewohnenden überlebensnotwendigen Informationsgehalt vollständig nutzen zu können. Die Entscheidung, wann Gefühle wie prozessiert werden sollten, eher regulierend „top down“ oder evozierend „bottom up“, ist keine Entscheidung über einen gesamten Therapieverlauf hinweg, sondern von Moment zu Moment in einer jeden Therapiesitzung, wie es bspw. die emotions- und prozessbasierten Ansätze ACT, EFT und ISTDP empfehlen, auf die wir im Folgenden und letzten Artikel dieser Reihe näher eingehen werden.

Therapeutische Leitfragen und Implikationen

Die vorgestellte Heuristik entlang der Dimensionen „top-down“ vs. „bottom-up“ birgt hinsichtlich differenzieller Indikation und jeweiliger Methodenauswahl einige Leitfragen und Implikationen, die uns mit verschiedenen Therapieschulen und Verfahren kompatibel erscheinen.

1. *Anamnese und Diagnostik*: Neben symptomorientierter Störungskategorisierung (auch über klassifikatorische ICD- oder DSM-Codes hinaus) ist *ein transdiagnostisches Erkennen der zentralen Affektregulationsschwierigkeit* von therapeutischer Relevanz zu Beginn und im Verlauf der Behandlung:
 - 1.1. Auf welche Weise reguliert sich diese Person im Hier und Jetzt, wenn es um ihre Bedürfnisse und Gefühle geht? Wie führt sie intrapsychische Anspannung objektiv sichtbar nonverbal ab? Liegt eine emotional fragile oder überkontrollierte Temperaments- bzw. Persönlichkeitsstruktur vor (bspw. Davanloo, 1990, Kernberg et al., 2000, Abbass, 2015, ten Have-de Labije und Neborsky, 2018) und wie reguliert auf Ebene 2 und 3 diese Person musterhaft ihr affektives Erleben, eher fragil oder „verkopft“?
 - 1.2. Wie „produktiv“ verarbeitet diese Person ihre primären Affekte? Wie nimmt sie Gefühle wahr, kann sie verbalisieren und differenzieren, wie kongruent ist dieser Ausdruck, wie selbstverantwortlich reguliert sie das innere Erleben? („Emotionale Produktivität“, Auszra und Greenberg, 2007)
 - 1.3. Mit welchen *maladaptiven Emotionsschemata* bleiben zentrale Bedürfnisse unbefriedigt? Welche veralteten Prädiktionsmodelle gilt es möglicherweise gefühlsspezifizierend- und erfahrungsgelitet zu rekonsolidieren? Sind es zum Beispiel Angstprozesse, die in der Vorgeschichte mit Beschämung- Bindungsverlust- oder/ und Ohnmacht zu tun haben? (bspw. Greenberg, 2015, Lane et al., 2015)
2. *Diagnostik und Vorgehen bei Nutzung der direkten Übertragungsbegegnung*:
 - 2.1. Wie wehren Patient:innen (ungünstigstenfalls auch Therapeut:innen) in der therapeutischen Begegnung emotionale Nähe in vivo ab (Widerstandsmuster, wie Intellektualisierungen, Zynismus oder negative Projektionen)? Wie werden also Gefühle im Hier und Jetzt gemieden und damit eine authentische Begegnung zweier Menschen?
 - 2.2. Mit welchen Widerständen in der therapeutischen Begegnung „verrät“ die Person unbewusste Muster, die sie hindern, eine nahe positive Beziehung zu gestalten? Wie zeigt sich die geschilderte Problematik musterhaft im Hier und Jetzt der Therapiesituation, auf

- welche Weise im Alltag und wie im Damals mit welchen relevanten Bindungsfiguren (Konflikt- und Personendreieck, Malan, 1995)?
- 2.3. Was passiert, wenn ich konkretes Verhalten anspreche in der Begegnung zu mir, mit welchen Affekten, Impulsen reagiert sie? Wenn ich helfe, die inhibierenden Ängste zu überwinden, welche Instinkte erlebt die Person in der Übertragung zu mir? Welche gilt es, in Vorstellung und Gedanken im geschützten Therapieraum körperlich erfahrbar zu durchleben, um einen Zugang zu problematischen Erinnerungsspuren zu gewinnen?
 3. *Erkennen und Verändern von automatisierten Denk- Fühl- Verhaltensmustern:*
 - 3.1. Wie können dysfunktionale Automatismen erkannt werden als im Damals funktional schützend – im Heute innerhalb aktueller Interaktionen (einschließlich der therapeutischen Beziehung in vivo) jedoch dysfunktional abwehrend und echte Nähe meidend, letztendlich die Störung aufrechterhaltend?
 - 3.2. Welche immer gleiche Geschichte über sich und die Welt erzählt sich dieser Patient:in immer wieder? Wie werden in der konkreten Sitzung maladaptive Narrative verbal und nonverbal deutlich und damit evident erfahrbar? Welche schädigenden Illusionen über sich in der Welt werden aufrechterhalten?
 - 3.3. Mit welchen dysfunktionalen Verhaltensweisen und Widerständen „löst“ sie ihr Problem repetitiv und eben leider erfolglos auch hier in der Therapiesitzung?
 4. *Effiziente differenzielle Indikationsstellung und Intervention:*
 - 4.1. „Top down“ Prozesse sollten überwiegen bei zunächst deutlicher affektiver Dysregulation, bspw. labilem Realitätsbezug, deutlicher Idealisierung oder Entwertung, ausgeprägtem Mangel an Affektregulationsfähigkeit und Verhaltensstörung.
 - 4.2. Liegt bereits eine grundlegende Befähigung vor, sich im Therapiesetting soweit regulieren zu können, dass es etwa nicht zu Dissoziationen, ausgeprägten Projektionen mit anhaltenden Realitätsverzerrungen, aktuellem Substanzmissbrauch oder Selbstverletzung kommt, kann entlang des Gefühlskompass „bottom up“ exploriert werden im „window of tolerance“ zwischen emotionaler Rigidität und Fragilität?
 - 4.3. Wie können im therapeutischen Setting in vivo Situationen hergestellt werden, in denen schemabasierte Ängste evoziert, aber nicht wie üblich vermieden werden, d.h. wie kann dysfunktionales Sicherheitsverhalten unterbunden werden? Wie ist ein optimales Aktivierungslevel aversiver Emotionen zu bestimmen, um größtmögliche korrigierende Erfahrungen (und damit in der Folge größtmögliche Erwartungsänderung) zu erreichen?
 - 4.4. Wie kann Affekt/ Emotionsevokation als transparentes Verhaltensexperiment konzipiert werden, so dass emotionale Erfahrungen auch kognitiv verankert werden und umgekehrt neue Erkenntnisse auch gefühlsmäßig nachvollzogen werden?
 - 4.5. Beide Prozessierungsarten greifen bestenfalls entlang der Affektverarbeitungsfähigkeit der Patient:innen kontinuierlich im Therapieprozess und jeder einzelnen Sitzung ineinander.
 5. *Hilfen zur Sicherung der Behandlungsqualität in diesem komplexen Geschehen:*
 - 5.1. Es zeigt sich besonders wichtig, dass nicht zu früh vorschnelle Interpretationen von Therapeut:Innen getroffen werden. Traumatische Erfahrungen per se lassen noch keine Affektregulationsschwierigkeiten ableiten, sehr wohl können auch schwere Traumata von Einzelnen psychisch unversehrt verarbeitet werden. Es begegnen sich im Therapieraum zwei Menschen, beide mit unbewussten Vorhersagemodellen, die auch auf Abwege führen können. Entscheidender ist, wie der zu Behandelnde im Hier und Jetzt seine Probleme und Affekte reguliert oder eben nicht. Beständige videografierte Sitzungen, therapeutenseitige Selbsterfahrung, Emotions- und Affektfokussierte Inter- wie Supervisionen können hier die Behandlungsqualität entscheidend verbessern helfen.
 - 5.2. Der Ruf nach Feedback-Systemen (bspw. Rubel et al., 2015), die das subjektive Erleben der Patient:innen konsequent mit einbeziehen ist im Kontext beschriebener Herangehensweisen ebenso wichtig, wie eine Deliberate Practice (Rousmaniere, 2016,

Jacobi & Brehm, 2020), also eine beständige, vor allem auch erlebensorientierte Lernpraxis der Therapeut:innen selbst (bspw. Goldman, Vaz und Rousmanier, 2021).

Fazit: Integratives Potenzial des Emotionsfokus´

Kennzeichen einer eher „top-down“-Herangehensweise ist ein kognitiv geleiteter Aufmerksamkeitsscheinwerfer, der das Hier und Jetzt handlungsleitend erfahren lässt. Gefühle auf Tertiärebene werden genutzt um ein kognitiv reflektiertes individuell bedeutsames Werte- und Zielorientiertes Leben zu explorieren, und es werden daraufhin auch konkrete Verhaltensstrategien geübt, die auf Sekundärebene in die nicht expliziten Erinnerungssysteme über Konditionierungs-, Habituations-, und Desensitivierungsmechanismen einwirken können. „Bottom-up“-orientierte Verfahren fokussieren hingegen primäre Affekte als handlungsleitend von Beginn an und meiden Interpretationen oder kognitive Abwägungen. Sie „tauchen ein, fischen im trüben Wasser“ nach den vermiedenen primär gesunden Affekten und spezifizieren aus der Erfahrung heraus innerhalb Primär- und Sekundärebene, und erst nachgelagert wird auf Tertiärebene eine kognitiv analysierende Differenzierung angestrebt.

Es lassen sich verschiedene psychotherapeutische Schulen in ihren Methoden mit diesen beiden prozessualen, auch neurobiologischen Richtungen aus „top-down“ und „bottom-up“ näher verstehen, und zwar in der Art, wie mit den Emotionen der Patient:innen in der Psychotherapie in welchem Prozessschritt auf welcher Erfahrungsebene umgegangen wird. Statt von weiteren Wellenbewegungen und „Neuheiten“ zu sprechen, scheint die Zeit reif für eine dialektisch integrative Zusammenführung von spezifischen Therapiemethoden – durchaus vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Therapieschule, aber mit der gemeinsamen Klammer einer sowohl Wirksamkeits- als auch Prozessforschung, die auch neurowissenschaftliche Erkenntnisse zu integrieren weiß.

Alle Therapieschulen zielen auf die ein oder andere Weise auf eine Veränderung innerer Repräsentationen des Selbstkonzeptes über den erfahrenden kognitiven wie erfüllten Erkenntnispfad. Es sind die „hot cognitions“, automatisierte Gedanken (Beck, 2019, Ellis, 1962, Kahneman, 2011), die zu veränderungsrelevanten „emotionalen Einsichten“ als „korrigierende emotionale Erfahrungen“ (Wachtel, 1977, 2014, Ellis, 1962, Alexander und French, 1946) und damit adaptivere Emotionsschemata (Greenberg, 2015) lenken können. Die reprozessierende Arbeit an symptomrelevanten problematischen, impliziten Gedächtnisinhalten benötigt eine spezifizierende Emotionsmobilisierung und unterstützt erst dann eine auch neuronal strukturell und funktional resilientere Persönlichkeitsorganisation. Es braucht damit – quasi als notwendige Nebenwirkung sachgerecht durchgeführter Therapie – also auch gezielte evozierende „Stressreize“ im therapeutischen Kontext, um neue emotionale Erfahrungen nützlichen Transformationen zugänglich zu machen. Dies hat Grawe (1994) in der Synthese solcher vielfältigen Befunde im allgemeinen Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ beschrieben. In einem kurzen Zeitfenster forciert Labilisierung problemrelevanter Gedächtnisspuren sind es dann spezifische Methoden, die neue heilsame emotionale Erfahrungen im Hier und Jetzt fördern helfen und eine neue Selbstorganisation des Systems anstoßen. Rekonsolidierungsprozesse reintegrieren dann erst über neue Emotions-, Denk- und Verhaltensweisen diese neuen adaptiveren Erfahrungen (Lane et al., 2015, 2020). Dieses Prinzip wird sowohl in expositionsbasierter Verhaltenstherapie, als auch in Verfahren humanistischer, systemischer und psychodynamischer Tradition adressiert.

Im folgenden dritten Teil soll sich dann „der Kreis schließen“, indem das bereits in den ersten beiden Teilen herausgearbeitete integrative Potenzial und die daraus abgeleitete Heuristik zur spezifizierenden Arbeit mit Gefühlen entlang neurobiologischer Prozessebenen und Phasen im Therapieprozess beispielhaft und praktisch anhand dreier innovativer Therapieansätze (mit jeweiligen Wurzeln in den drei „großen Schulen“ Psychoanalyse, Humanistische Therapie und Verhaltenstherapie) illustriert wird.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/365873005>

Gefühle als Therapiekompass – Auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Behandlungsheuristik (Teil 3): Allgemeiner Therapiekompass emotionsfokussierter Methoden (ATEM) – Illustrat...

Preprint · November 2022

DOI: 10.13140/RG.2.2.20845.67040

CITATIONS

0

READS

432

3 authors:



Jeannette Meissner

Praxis

11 PUBLICATIONS 37 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Tilman Süchting

Berliner Akademie für Psychotherapie

9 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Frank Jacobi

Psychologische Hochschule Berlin

235 PUBLICATIONS 16,646 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



PSY-KOMO - Improving the Quality of Treatment for Severely Mentally Ill People to Reduce Somatic Comorbidity and Prevent Increased Mortality [View project](#)

Gefühle als Therapiekompas: Auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Behandlungsheuristik (Teil 3)

Affektfokusierter Therapiekompas erlebensbasierter Methodenintegration (ATEM): Illustration von Methoden der Emotionsregulation und Emotionstransformation anhand kontrastierender Verfahren (ACT – EFT – ISTDP)

Jeannette Meißner, Tilman Süchting, Frank Jacobi

[Manuskript in progress zur Diskussion, u.a. um geeignetes Publikationsorgan zu finden:
Version 1.1 vom 1.3.23 nach erster Diskussionsrunde in RG und anderen Orten]

Zusammenfassung

Ich *fühle* (Damasio), ich *denke* (Descartes), also *bin* ich. Therapieschulen-übergreifend besteht Einigkeit darüber, dass die Arbeit an maladaptiven Gedanken und Gefühlszuständen von entscheidender Bedeutung ist, um nachhaltige therapeutische Veränderungen zu ermöglichen für ein resilienteres Selbst in der Welt. Der zentrale Stellenwert von emotionalen Verarbeitungsproblemen als Kern von psychischen Störungen und wie ein Gefühlskompas für die Psychotherapie als richtungsweisend verstanden werden kann, wurde in zwei vorangegangenen Schritten herausgearbeitet, um nun am Beispiel von Interventionen aus drei unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen illustriert zu werden.

Im ersten Teil (Meißner et al., 2023a) haben wir das Spannungsfeld grundlegender Emotionstheorien und die oft austauschbar verwendeten Gefühlsbegriffe vorgestellt, um eine einheitliche Terminologie abzuleiten, die für die psychotherapeutische Praxis praktikabel ist. Der dort vorgestellte Gefühlskompas kann vereinfachend auf drei wesentlichen emotionalen Verarbeitungsebenen navigieren (Affekte, Emotionsschemata, Narrative) und hilft, „Verstand und Herz“ zu integrieren auf dem Weg zu einer resilienteren Emotions- und Selbstregulation. In einem zweiten Teil haben wir dann Implikationen für die therapeutische Arbeit entwickelt; hierbei lag der Fokus auf der Frage, wann eher eine „top-down“-Arbeit mit Interventionen zur Emotionsregulation oder eher „bottom-up“-Arbeit mit Interventionen zur Emotionsevokation indiziert ist.

Wir leiten nun eine schulenübergreifende Behandlungsheuristik ab („Allgemeiner Therapiekompas erlebensfokusierter Methodenintegration“, ATEM). Wir führen dabei evidenzbasierte psychotherapeutische und neurowissenschaftlich fundierte Prozessmodelle zusammen. Anhand dreier innovativer Therapieansätze ISTDP (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy), EFT (Emotionsfokusierter Therapie) und ACT (Acceptance and Commitment Therapy) mit jeweiligen Wurzeln in den drei „großen Schulen“ Psychoanalyse, Humanistische Therapie und Verhaltenstherapie, soll illustriert und kontrastiert werden, wie ein Gefühlskompas durch emotionale Verarbeitungsebenen navigieren kann bei der Behandlung störungsbezogener maladaptiver (Emotions-) Schemata. Damit kann unsere integrative Heuristik zur Arbeit mit Emotionen auf den Achsen „Struktur“ (neurobiologische Emotionsprozessierungsebene) und „Zeitverlauf einer Therapiesitzung“ (Emotionsprozessierungsphasen) in jeweils drei Schritten die therapeutische Arbeit orientieren. Dieses Modell kann auch einen gesamten Behandlungsverlauf repräsentieren, denn jede Sitzung ist bei einem klaren Therapiefokus eine kondensierte Variante der Verfolgung eines übergeordneten Therapiezieles, das bestenfalls am zentralen Emotionsverarbeitungsproblem orientiert bleibt.

Historische Schlaglichter für einen Prozess- und Emotionsfokus als hilfreichen schulen- und störungsübergreifenden Kompass

Es gibt verschiedene Bemühungen Therapieschulen-übergreifende Konzepte zu entwickeln. Jenseits von diagnostischen Klassifikationen im Sinne von DSM und ICD, gilt es inzwischen eher die *Prozesse* zu adressieren, die verschiedenen Symptomen zugrunde liegen und transdiagnostische Gültigkeit besitzen (Hofmann & Hayes, 2019, Greenberg, 2015, Pascual-Leone, 2009, Ecker, 2020, Abbass, 2015a). Dabei wird zunehmend der Fokus auf gestörte emotionale Selbstregulationsprozesse zentral.

Bereits als klassisch bezeichnet werden kann der Ansatz von Klaus Grawe (1995, 2000), der *allgemeine Wirkfaktoren* erfolgreicher Psychotherapie benannte: Problemaktualisierung, Motivationale Klärung, Ressourcenaktivierung, Problembewältigung sowie die therapeutische Beziehung. Diese lassen sich alle als emotional durchdrungene Prozesse verstehen. Erst wenn Patient:innen bei der Problemschilderung auch emotional involviert sind und das Problem in der Therapiesitzung als fühlbar belastend erleben, bestenfalls in sich verortet, statt andere oder Umstände als Ursache zu sehen (Problemaktualisierung), kann eine sowohl emotionale wie auch kognitive Einsicht (Klärungsperspektive) Probleme engagiert und selbstbestimmt lösen helfen, mit einem klaren Ziel/ Fokus, der motiv- und damit bedürfnisorientiert als fühlbar wichtig konnotiert wird (Problemlösungsperspektive), und dies mit Nutzung von patientenseitigen Stärken, Fähigkeiten, bedürfnisorientierten gesunden Gefühlen, positiven Einbindungen, Zielen und Werten (Ressourcenaktivierung). Therapeut:innen sollten zur Etablierung und Aufrechterhaltung einer gelungenen therapeutischen Allianz dabei nicht nur kognitiv empathisch präsent sein, sondern auch eine emotional involvierte, mitfühlende Begleitung darstellen.

Ebenso können die „common factors“ (u.a. Empathie, Sicherheit, Förderung positiver Erwartungen), wie sie Wampold et al. (2018) zusammenfassen, auch mit Blick auf ihren emotionalen Gehalt verstanden werden: ohne emotionale Aufladung einer zutiefst mitmenschlichen Begegnung verkümmert ein Therapieprozess zu einem blanden emotionsdistanzierten kognitiven Training, welches bereits Klassiker der Kognitiven Therapie wie Beck (1976), Ellis (1962) oder Lazarus & Folkman (1984) in der Betonung der „hot cognitions“ nicht im Sinn hatten.

Bereits Freud kritisierte den Drang zur Intellektualisierung der Therapeut:innen selbst als eigene Affektvermeidung (1913), wie auch eine seiner wichtigsten Nachfolgerinnen und „Lieblingsschülerin“ Helene Deutsch (Roazen, 1989), die eine Theoretisierung in der Psychoanalyse zunehmend als wenig hilfreich betrachtete. Sie erinnerte immer wieder daran, dass Freud zum Ende hin übermäßig deutende, spekulative und verlängerte Behandlungen als wenig zielführend erkannte und die direkte Erfahrung bei der Aufdeckung verdrängter Affektdynamiken mit einem naturwissenschaftlichen Zugang betonte (ebd., S. 334). „Die Mängel unserer Beschreibung würden wahrscheinlich verschwinden, wenn wir anstatt der psychologischen Termini schon die physiologischen oder chemischen“ nutzen könnten (Freud, 1940). Es brauchte einige Zeit, bis Freud's Nachfolger geeignete praktische Methoden fanden für seine sich im steten Wandel befindliche komplexe Metatheorie, um in die Geheimnisse des Unbewussten zu dringen und die Schätze zu bergen, die Heilung versprechen. Psychodynamische Therapien entdeckten auf diesem Weg die Notwendigkeit eines klaren Therapiefokus mit direkten „emotional korrigierenden Erfahrungen“ im Hier und Jetzt der therapeutischen Begegnung (Ferenczi und Rank, 1925, Alexander und French, 1946).

Direktivere Methoden zur Überwindung dysfunktionalen Verhaltens, wie durch den Behaviorismus vorgestellt, wurden seit den 1960er Jahren zunehmend auch von den Psychodynamischen Verfahren entdeckt. Ein Beispiel ist die „head on collision“ der ISTDP (Davanloo, 1980, 1999), die in einer affektfokussierten Abfolge „alles auf eine Karte setzt“ (Rückmelden der in vivo auftretenden dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen, Pro/ Contra etc.), in direkter Konfrontation den Patient:innen anbietet, mit Aufforderung zum Handeln im Moment der Therapie auf Basis positiver bewusster, wie auch unbewusster Therapieallianz. Gezielt platziert innerhalb einer

erlebensbasierten psychodynamischen Sitzung, konnte dieses Vorgehen inzwischen einige Evidenzen für seine Wirksamkeit liefern (Abbass, 2022, Town et al., 2017, 2020). Greenberg und Safran (1987) beschrieben ebenfalls eine bedeutsame Abfolge bestimmter Emotionstypen und Prozessierungsschritte, die inzwischen mit dem Sequenzmodell von Greenberg und Pascual-Leone differenziert beforscht werden (Kramer et al., 2016, Pascual-Leone 2009, Pascual-Leone & Greenberg, 2007, Kramer et al., 2014, 2016a, 2022). Solche affekt- und emotionsfokussierten Wirk- und Veränderungsprozesse der ISTDP und EFT können als nützliches Rahmenmodell durchaus allgemein der Psychotherapie zugrunde gelegt werden und finden in verschiedenen integrativen Verfahren inzwischen immer mehr Anwendung (McCullough, 1997, 2019, Fosha, 2000).

In neueren Konzepten, wie der Prozessbasierten Therapie (PBT) von Steven Hayes und Stefan Hofmann (Hayes & Hofmann, 2018a; Hofmann & Hayes, 2019) ist der Fokus auf Prozesse inzwischen auch programmatisch: Statt störungsspezifische Manuale weiterzuverfolgen, sollen problematische Prozesse der Patient:innen in den Blick genommen, in Mediatoren- und Moderatorenstudien untersucht und letztlich im Behandlungszimmer verändert werden. Dieser transdiagnostische Ansatz, der den Anspruch hat, Therapieschulen zu vereinen, stellt die emotionalen Prozesse zwar nicht explizit in den Mittelpunkt; allerdings scheint ein Fokus auf emotionale Aktivierungen auch hier das Wesentliche der Prozessbasierten Therapie auf den Punkt zu bringen. Speziell die von Hayes seit den 1980er Jahren entwickelte Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT; Hayes et al., 2005) aktiviert bei der Ermittlung handlungsleitender, persönlicher Werte Gefühle, denn subjektiv Bedeutsames kann nur über Gefühle als solches erspürt werden. In der empathischen Konfrontation der Art des Denkens ist die subjektiv erfüllte patientenspezifische „Wahrheit“ von Bedeutung. Dennoch konzentriert sich die Prozessbasierte Therapie, speziell ACT als Behandlungsverfahren, auf keine emotionsspezifische Prozesstheorie, auch wenn eine Kategorie affektiver Prozesse formuliert wird, die auf mehreren Ebenen – auch neurowissenschaftlich – untersucht werden sollen.

EFT und ISTDP blicken inzwischen auf eine intensive Prozessforschung seit den 1960ern (ISTDP) bzw. 1970ern (EFT) zurück, mit einem Fokus insbesondere darauf, was von Moment zu Moment in einer Sitzung geschieht und wie dies mit dem Therapieergebnis in Verbindung steht (vgl. Greenberg et al., 2007; Pascual-Leone, 2007, 2009; Kramer, 2016, a,b, 2022; Abbass, 2015a, 2022; Hickey, 2015, 2017). Hayes, Greenberg und Abbass, als jeweilige Vertreter der hier vorgestellten Verfahren, treffen bereits mit integrativem Verstehen wollen aufeinander, wenn sie vergleichende Analysen ihrer Therapieprozesse auf Kongressen oder in Workshops vorstellen (z.B. Hayes und Greenberg, 2018; Greenberg und Abbass, 2021). Da die emotionsbezogenen Vorgehensweisen der EFT und ISTDP von verschiedenen neueren integrativen Therapieverfahren (bspw. McCullough, 1997, Fosha, 2000) und den Neurowissenschaften inzwischen aufgegriffen und beforscht werden (Lane et al., 2015, 2020; Panksepp & Biven, 2012; Tarzwell, 2019) und weil als gemeinsames „Substrat“ psychopathologischer Entwicklung transdiagnostisch („transdisorder affective syndrome“; Barrett, 2007) zunehmend Emotionsverarbeitungsstörungen entdeckt werden (bspw. Barlow, 2004; Greenberg, 2015; Roth, 2019; Davanloo, 1980, 1995; Abbass, 2015a; van der Kolk, 2014; Panksepp und Biven, 2012), werden wir im Folgenden insbesondere ACT, EFT und ISTDP genauer untersuchen. Wir sehen hier deutliche Überschneidungen in der Art, wie Emotionen sowohl „bottom up“, als auch „top down“ prozessiert werden, aber auch deutliche Unterschiede in den Vorgehensweisen auf Haltungs-, Prozess-, Inhalts-, und Interventionsebene.

Leigh McCullough, eine Pionierin der Integration und Schülerin von Davanloo und Greenberg, die sowohl verhaltenstherapeutische als auch benannte humanistische und psychoanalytische Konzepte in ihrer „Affektphobiotherapie“ integrierte (1997, 2019), nannte als zentrales Ziel letztlich der meisten Therapien „to have emotions without letting emotions have us“ (McCullough, 1997, S.1). Sie beklagt, dass dieser Aspekt über weite Strecken in der Psychotherapieforschung vernachlässigt wurde („least studied and most misunderstood area in the field“). Auch Paul Wachtel, ein weiterer Pionier integrativen Denkens, versuchte bereits in den 1970er Jahren, Schulen zusammen zu bringen

und resümiert, dass es ein möglichst breites Methodenspektrum, flexibel und individuenzentriert braucht für effektive Therapien, und dass es stets um eine emotionale Einsicht ginge (Wachtel, 1977, 2014). Und auch wenn Grawe, Wampold oder Beck ihre Konzepte nicht explizit spezifizierend und durchgehend mit emotionaler Verarbeitung in Verbindung brachten, sehen wir sie ebenfalls als emotional durchdrungen und nicht zuletzt deshalb als besonders gewichtig für anhaltende neuronale Veränderungen, denn letztlich wird der Stellenwert emotionaler Veränderung in allen modernen Therapieverfahren hervorgehoben (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2019).

Wir konzentrieren uns im Folgenden nun auf diese drei innovativen integrativen Verfahren der verhaltenstherapeutischen, humanistischen und psychoanalytischen Therapieschulen zur näheren Analyse, wie in der therapeutischen Praxis mit Gefühlen umgegangen werden kann und wie darüber hinaus insgesamt ein individualisiertes, prozessbasiertes Vorgehen konzipiert wird.

Kurzvorstellung der hier verglichenen Verfahren in der historischen Entwicklung

Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT)

ACT wurde von Hayes und Kollegen seit Mitte der 1980er Jahre als integrativer und transdiagnostischer Ansatz entwickelt. Theoretisch und wissenschaftlich verorten sie ihren Ansatz in der „ersten“ (Skinner, verhaltensbezogener Ansatz) und „zweiten Welle“ (Arbeit an Kognitionen) der Verhaltenstherapie und prägten den Begriff der „dritten Welle“ (Hayes, 2004). Vor allem die achtsamkeitsbasierten Ansätze werden inzwischen darunter verstanden und näher untersucht (vgl. Heidenreich & Michalak, 2013).

ACT versteht Sprache, Kognitionen und deren relationale Bedingungen als primäre Ursache psychopathologischer Entwicklung, denn ineffektive Symbolisierungsprozesse erzeugen „Illusionen“, die es aufzudecken gilt (Luoma, Hayes, Walser, 2009; Hayes et al., 1993), da sie pathologische kognitive Muster darstellen können. In einem pragmatischen Herangehen werden aus unterschiedlichen therapeutischen Orientierungen Methoden adaptiert, gefolgt von einem „Was hilft ist wahr“ (Hayes et al., 2013). Kognitive Prozesse werden als zentral für die Entstehung psychischer Störungen gesehen, emotionale und verhaltensbezogene Aspekte seien dem nachgelagert.

Das „ACT- Hexagon“ beinhaltet sechs zentrale Therapieprozesse, die flexibel anwendbar sind und Interventionen unmittelbar entlang der patientenseitigen Schilderungen empfehlen. Das Ziel ist eine „Psychische Flexibilität“, die 1. erreicht werden soll über eine „Defusionierung“ der Gedanken; zentrale Grundlagen und Elemente der therapeutischen Intervention sind 2. eine klare Werteorientierung, 3. engagiertes Handeln, 4. Akzeptanz, 5. der Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment und 6. sich selbst als Kontext und damit als Gestalter zu sehen. Es werden damit adaptive emotionale Prozesse begünstigt, die allerdings in einen kognitiven kontextuellen Bedeutungsrahmen gestellt werden. ACT- Therapeut:Innen reagieren in den Sitzungen stets flexibel und orientieren sich nicht an einer vorgegebenen Behandlungsabfolge.

Reviews und Meta-Analysen zeigen eine ähnliche Wirksamkeit wie etablierte Verfahren, v.a. im Vergleich zur Kognitiven Verhaltenstherapie (Hayes 2006, 2019; Arch et al, 2012). Eine direkte Vergleichbarkeit ist methodisch jedoch nicht einfach, da ACT konzeptuell nicht auf eine diagnosespezifische Symptomreduktion ausgerichtet ist (Pleger et al., 2014). Es liegen auch noch keine dezidierten Prozessstudien vor, die konkrete patientenspezifische Problemstellungen, die gewählten Interventionsschritte im Therapieprozess und die inzwischen zahlreichen Wirksamkeitsbefunde in kausalen Zusammenhang bringen. Gerade der integrative Charakter, der aus verschiedenen Therapieschulen Methoden integriert, macht aber Prozessstudien notwendig, um für die Praxis ableiten zu können, was genau nun wie wirkt; hierfür streben Hayes und Kollegen Mediatoren- und Moderatorenanalysen an.

Emotionsfokussierte Therapie (EFT)

Die EFT wird seit den 1970er Jahren prozessorientiert entwickelt, indem konkrete Interventionen und ihre Wirkung von Moment zu Moment untersucht werden (Rice & Greenberg, 1984, Greenberg et al., 1993). Es liegt eine differenzierte, eigene Emotionstheorie und ein daran ausgerichteter konkreter Behandlungsalgorithmus zugrunde (Greenberg & Safran, 1987, Pascual-Leone et al., 2007, 2009), der inzwischen auch zunehmend neurowissenschaftlich fundiert wird (Lane et al., 2015, 2020). Es gilt primäre adaptive Emotionen (und deren inhärente Affekte) gezielt und direktiv zu nutzen, um maladaptive Emotionsschemata grundlegend verändern zu können („Change emotion with emotion“, Greenberg, 2015, S. 60f).

Die erlebensorientierten Methoden entwickelten sich aus dem klientenzentrierten- und Gestaltansatz, wie auch systemischen Ansätzen wie dem von Satir (1991). Greenberg ist ein Vertreter integrativen Denkens. Zwar gehört die EFT nicht unter den Schirm des Personzentrierten Ansatzes, da sie zu direktiv im Therapieprozess ist; jedoch behält sie sich eine (neo-) humanistische Grundhaltung bei, indem sie nondirektiv im Inhalt bleibt, in einer beständig empathischen Grundhaltung entlang dem „Schmerzkompass“ („grief“, vgl. Teil 1; Meissner et al., 2023a) den Emotionen der Patient:innen von Moment zu Moment folgt. Emotionsfokussierte Therapie orientiert sich am patientenseitig im Hier und Jetzt gezeigten Emotionstyp (primär, sekundär, adaptiv oder maladaptiv), der Art der emotionalen Verarbeitung, mit der Patient:innen sich im gegebenen Moment organisieren und spezifischen (Gefühls-) Markern als Eintrittstür zur konkreten Arbeit in der aktuellen Sitzung. Es werden korrigierende Erfahrungen ermöglicht, die emotionale Verarbeitung gefördert und Emotionsschemata transformiert um eine resilientere Selbstorganisation zu unterstützen.

Eine empathische Grundhaltung wird durch eine differenziert ausgearbeitete therapeutische Kommunikation signalisiert. Die beiden Hauptbehandlungsprinzipien sind die Bereitstellung einer beständigen empathischen therapeutischen Beziehung als kurativer Faktor und die konkrete therapeutische Arbeit mit emotionsfokussierten Aufgaben, wie z.B. Stuhlarbeit, auch imaginative Arbeit eines „Unfinished business“- Prozesses (unerledigte introjizierte Bindungsrupturen) oder eine „Self-Split“- Arbeit bei selbstkritischen Prozessen. Eine dialektische Balance zwischen empathischem Folgen und prozessgeleitetem Führen durch konkrete emotionale Aufgabenstellungen synergetisieren zu einem „sense of flow“ (Greenberg, 2015, S. 4f).

Während die ersten Wirksamkeitsnachweise zunächst störungsspezifisch für die Behandlung von Depressionen vorlagen (Goldman et al., 2006; Ellison et al., 2009), kann dieses Verfahren inzwischen auch transdiagnostisch in einem breiten Spektrum von psychischen Störungen Anwendung finden (Elliott, 2002, 2018). Für die Paartherapie gilt die EFT als besonders gut evaluierter Ansatz (Greenberg und Goldman, 2008; Johnson und Greenberg, 1987).

Intensive psychodynamische Kurzzeittherapie (ISTDP)

Davanloo begann in den 1960er Jahren die ISTDP durch differenzierte Analyse des Therapieprozessgeschehens zu entwickeln, um die üblicherweise sehr zeitintensive Psychoanalyse deutlich zu verkürzen und mehr Patient:innen effektiv behandeln zu können, vor allem die bislang Behandlungsresistenten. Beeinflusst von Freud, Helene Deutsch, Erich Lindemann oder Elvin Semrad beforschte er über mehr als 10 Jahre hinweg, auch gemeinsam mit Kolleg:innen und den Behandelten, seine konsequent videografierten einzelnen Sitzungen und welche Effekte sie erzielten; hierbei werden ungewöhnlich hohe und nachhaltige Erfolgsraten berichtet (bspw. Malan, 1980; Hickey, 2017, Beeber, 2018). Sein sehr prozessdirektives und zum Teil konfrontatives Vorgehen erzeugte bereits in den Anfängen gemischte Reaktionen, von schierer Ablehnung bis hin Begeisterung. David Malan, ein Schüler und Kollege, meinte „Freud discovered the unconscious, Davanloo has discovered how to use it therapeutically“ (Malan, 1980, S 23); später resümierte er (1995) jedoch seine enge Zusammenarbeit und Forschung etwas verhaltener, da Davanloo’s

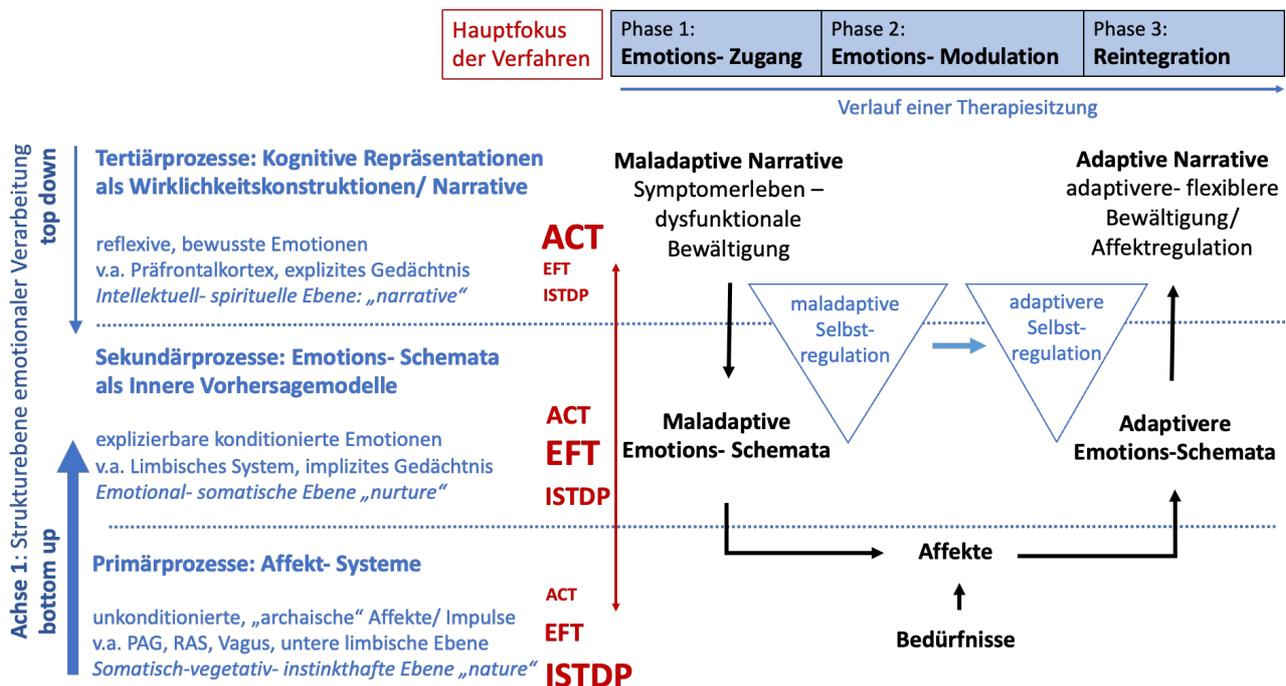
Vorgehen schwer lernbar sei. Über die Jahre hinweg wurden dann zahlreiche Adaptationen durch Davanloo's Schüler vorgenommen (McCullough, 1997; Fosha, 2000 u.a. unter dem Dach der „Experiential Dynamic Therapies, EDT“). Grundlegende psychoanalytische Techniken werden in der ISTDP in Frage gestellt: Obgleich die ISTDP „auf psychoanalytischem Boden gewachsen“ ist (Gottwik, Orbes, 2020), werden zum Beispiel freie Assoziationen und Regressionen nicht gefördert; auch die Entstehung einer Übertragungsneurose wird verhindert, Deutungen und Interpretationen des Erlebten unternehmen eher die Patient:Innen und das Vorgehen ist zügig, transparent, partnerschaftlich und direktiv ab erster Sitzung affektfokussiert.

Inzwischen blickt die ISTDP auf etwa 50 Jahre multimethodale, auch randomisiert kontrollierte Studien, Wirksamkeits- und Kosten-Nutzenanalysen zurück (vgl. Abbass, 2022; Town et al., 2017). Es können multidimensionale Veränderungen nachgewiesen werden, die auch in katamnestic Erhebungen stabil blieben. Das behandelbare Störungsspektrum reicht von leichten neurotischen Störungen, die bereits in wenigen Stunden aufgelöst werden können bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen. Hier sei jedoch zu erwähnen, dass der Begriff "Short-term" teilweise irreführend ist. Bei umschriebenen Störungen kann zwar bereits mit wenigen Sitzungen eine deutliche Symptomreduktion bewirkt werden, komplexe, bisher behandlungsresistente Problemlagen benötigen jedoch durchaus mehr Zeit, durchaus 100 Sitzungen bei stark fragiler oder rigider Charakterstruktur (Abbas, 2022) und bei psychotischen Störungen (Abbas, 2015b), um nachhaltig strukturelle, charakterologische Veränderungen zu erzielen (vgl. ebd., 2006, Town et al., 2017).

Ein „Affektfokussierter Therapiekompas erlebensbasierter Methodenintegration“ („ATEM“) zur Charakterisierung von therapeutischer Arbeit mit Gefühlen in unterschiedlichen Therapieansätzen

Das hier vorgestellte transdiagnostische und Therapieschulen übergreifende Modell (Abbildung 1) integriert aktuelle Befunde der Neurowissenschaften und Therapieprozessforschung, wie in den vorangestellten Teilen 1 und 2 näher erläutert (Meißner et al., 2023 a,b). Die beiden Achsen aus emotionaler „Verarbeitungsebene“ und „Zeitverlauf“ bilden dabei einen Kompass durch eine typische Therapiesitzung: Auf Achse 1 bilden wir die drei Erlebensebenen ab und deren jeweilige Gefühlsart (als Verkettung von „nature- nurture- narrative“, vgl. Artikel 1) mit den in Artikel 2 beschriebenen Interventionsrichtungen eines eher „top down“ (präfrontal hinab) vs. „bottom up“ (aus dem Hirnstamm hinauf) geleiteten Vorgehens. Der 3-phasige Therapieprozess kann als typischer Sitzungsverlauf, wie auch übergeordnet als Therapieverlauf verstanden werden, wenn das emotionale Verarbeitungsproblem fokussiert wird. Mit dieser inzwischen gut evaluierten Grundstruktur (vgl. Greenberg, 2010, Pascual-Leone et al., 2007) wird deutlich, in welcher Abfolge welche Emotionen wie genau prozessiert werden können. Ähnliche Phasenmodelle finden wir in systemischen Ansätzen, wie Satir's „Stages of Change“-Modell, oder psychoanalytischen Ansätzen, wie dem Phasenmodell der „Zentraldynamischen Sequenz“ von Davanloo (1999, vgl. ten Have-de Labije und Neborsky, 2018, Gottwik, 2020). Metaphorisch und „medizinisch“ gesprochen ist der Ablauf immer gleich: **1. Zugang** legen zum „seelischen Abszess, als schmerzlich fühlbar“ (implizit Angst-machende Emotionsschemata, bspw. Schamprozesse) **2. Modulieren/ Modifizieren** der konkret erlebten Emotionsschemata, indem alles Schädigende erfahrend „abfließen“ kann (hemmende Ängste überwinden und verborgene Affekte körperlich- nicht ausagierend- intensiv erleben dürfen, oder regulierendes reflexives „Durcharbeiten“ bei zu viel affektiver „Überschwemmung“) und **3. „Wundverschluss“** durch abschließende kognitiv-reflexive Einbettung des in der Sitzung emotional korrigierend neu Erlebten und übender Alltagstransfer, also **Reintegration und Konsolidierung**.

Abbildung 1: „ATEM“-Modell der Affektverarbeitung im Therapieprozess mit den Achsen „Strukturebene“ (Neurobiologische Affektprozessierungsebene) und „Zeitverlauf“



Anmerkungen:

Achse 1: **Neurobiologische Veränderungsebenen:** Einordnung verschiedener beteiligter primärer bis tertiärer Gefühls-Ebenen (vgl. Meißner et al., 2023a) und ihre interagierende „top down“ und „bottom up“ Prozessierung (vgl. Meißner et al., 2023b)

Achse 2: **Therapiesitzungsverlauf,** in Anlehnung an das Prozess-Sequenzmodell nach Pascual-Leone & Greenberg (2007) bzw. Pascual-Leone (2009) und die Zentraldynamische Sequenz nach Davanloo (1999; Malan, 1995; Abbass, 2015a)

Dreiecke der pathogenen und salutogenen Selbstregulation: vgl. Abbildung 2; PAG (Periaquäduktales Grau), RAS (Retikuläres Aktivierungssystem); „bottom up“ wirkt neuronal stärker als „top down“, was die unterschiedlichen Pfeildicken markieren

Die ausgewählten drei Verfahren empfehlen ein methodisches Vorgehen, das bereits ab der ersten Sitzung prozessdirektiv zügig auf „tiefere“ (also subjektiv bedeutsam erfüllte) problematische Verarbeitungsprozesse fokussiert und die maladaptiven Narrative erlebbar macht. Während ACT als kognitiv-verhaltenstherapeutisches Verfahren dabei überwiegend auf eine Veränderung der Art des Denkens und Verhaltens fokussiert (Tertiärebene) und emotionales Erleben dem nachgelagert versteht, fokussiert die EFT konsequent auf eine Veränderung der Emotionsschemata (Sekundärebene), bezieht dabei auf primärer Affektebene vor allem Trauerschmerz ein („follow the pain compass“), erfragt am tiefsten Schmerzpunkt bislang frustrierte Bedürfnisse und lässt sie über ihren Gefühlsausdruck wirksam als adaptive Emotion erleben („change emotion with emotion“), begreift wiederum Kognitionen dem Erleben nachgelagert. ISTDP fokussiert konsequent auf die Primärebene der Affekte und Impulse, die bei Beziehungsthemen in der Übertragungsbegegnung in vivo erlebbar werden. Ziel ist die Überwindung der angstbasierten Abwehr (Vermeidung echter Nähe), die sich bei affektfokussiertem Vorgehen in der Sitzung kristallisiert. Es gilt den unbewussten Kernkonflikt früherer Bindungsrupturen zu entdecken und körperlich erfahrbar zu durchleben; auch hier werden erst nachgelagert kognitive Analysen zur integrierten Einordnung des Erfahrenen auf Tertiärebene angestrebt.

Phasenmodell für die Therapiesitzungen und das Dreieck der Selbstregulation zur spezifizierenden Wahl der Interventionen

In den drei Phasen wird in affektfokussierten Therapien immer wieder patientenzentriert das individuell erlebte Erleben erfragt, um abzugleichen wie die Interventionen subjektiv verarbeitet werden. Therapie ist bestenfalls ein organischer Prozess zweier aufeinander emotional eingestimmter Menschen, einem Helfenden, einem Hilfesuchenden, die beide auf Primärebene mehr gleich als verschieden sind und genau hier echte gefühlte und heilsame Nähe entstehen kann. Beide organisieren sich in einem beständig fühlbaren Erleben. Das Grundprinzip universeller Selbstregulation (vgl. Artikel 1), das auch therapeutisches Handeln leitet, ist als Dreiecksform bekannt und wird dazu in unterschiedlicher Ausgestaltung in den großen Schulen genutzt.

Abbildung 2: Schulübergreifendes Dreieck der Selbstregulation, pathogen vs. salutogen

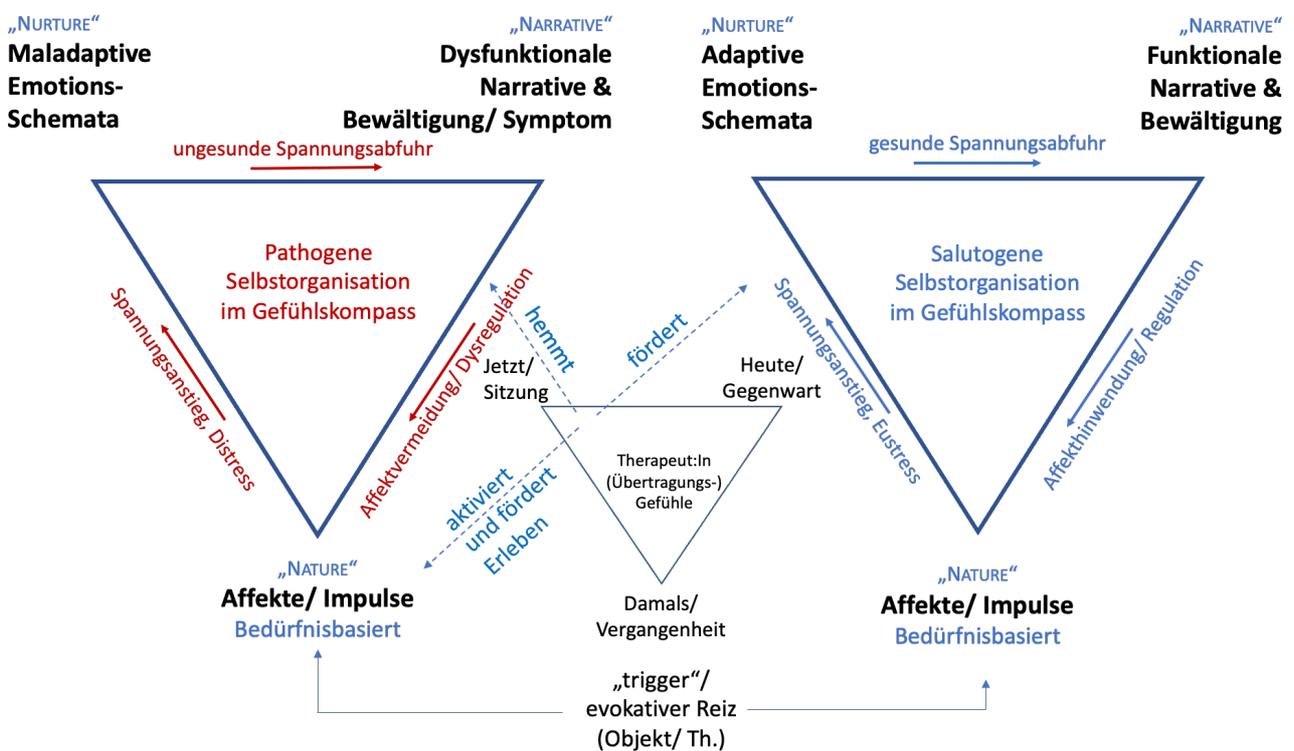


Abbildung 2 illustriert in diesem Dreiecks-System den Wirkzusammenhang der Gefühlsebenen (Selbstorganisation, vgl. Meißner et al, 2023a): 1. die Affekte („nature“) drängen auf Primärebene bedürfnisbasiert zum Handeln, 2. werden aber bei schwierigen biografischen Einflüssen auf Sekundärebene („nurture“) durch erfahrungsbasiert gelernte maladaptive Emotionsschemata inhibiert – und finden 3. auf Tertiärebene („narrative“) in Form bewusst zugänglicher kognitiver Repräsentanzen ihren Ausdruck in Form symptomatischen Erlebens und Verhaltens.

Damals wurde für die Zukunft gelernt: wir erfahren die Welt (uns und Andere) durch die Brille der vergangenen Erfahrungen (*Damals*), vor allem frühe Bindungen prägen Emotionsschemata nachhaltig; in der *Gegenwart* können subjektiv bedeutsame Bezugspersonen oder Situationen eine ungesunde Selbstregulation „triggern“; im *Jetzt* in der Therapiesituation kann dieser Mechanismus genutzt werden, indem diese Auslösereize gezielt aktiviert werden, um sie zu adaptiverer Regulation zu lenken. Mehr und weniger direktiv werden Patient:Innen in allen drei Verfahren diese grundlegenden ubiquitär gültigen Selbstregulationsprinzipien verständlich und erfahrbar gemacht und

für Veränderungsprozesse genutzt: im ACT zum Beispiel über eine metaphernreiche symbolisierende Sprache, in der EFT und ISTDP erfahrungsbasiert, sobald störungsrelevante Denk- Fühl und Verhaltensmuster in der konkreten Therapiesituation in vivo evident erlebt werden. Patientenspezifische Narrative werden aus der erfüllten Erfahrung heraus („bottom up“) vs. emotionsregulierend hinein („top down“) angeboten. Affekte sind stets adaptiv, weil sie auf universell gültigen Bedürfnissen basieren und unsere Homöostase sichern helfen, sie drängen uns zum Handeln (Spannungsanstieg). Es gilt beständig die verschiedenen Bedürfnisse zu befriedigen, gelingt uns das, erleben wir angenehme Gefühle, wie Entspannung und Zufriedenheit, gelingt es uns nicht, geht dies mit unangenehmen Gefühlen einher, die uns zur Problemlösung drängen. Wenn auf Sekundärebene bisher erworbene, nicht mehr kontextuell stimmige automatisierte und implizite Vorhersagemodelle, also maladaptive Emotionsschemata als unflexible, inhibierende Angstprozesse wirken („bad-sad-weak-Me“, vgl. Artikel 1 dieser Reihe), ist auf Tertiärebene eine ungesunde Spannungsabfuhr zu beobachten mit kognitiven Fehlannahmen in Form maladaptiver Narrative (bspw. „die Welt ist schlecht, der andere hat Schuld“) und entsprechend dysfunktionale Bewältigungs- bzw. Verhaltensmechanismen. Ein dann unangenehm erlebter Distress muss immer wieder repetitiv abgeführt werden, denn das zugrundeliegende Emotionsverarbeitungsproblem bleibt unaufgelöst. Therapeut:Innen fördern eine bedürfnisorientierte adaptive Selbstregulation, indem sie Symptom assoziierte „trigger“ nutzen, also auslösende evokative Reize, abgeleitet aus der konkreten Problembeschreibung zu Sitzungsbeginn. Diese Reize werden in erlebensorientierten Verfahren über eine Reizkonfrontation in vivo oder in sensu aufgegriffen, indem Objekte (bspw. Stühle), Imaginationen oder Metaphern genutzt werden. In der ISTDP bieten sich Therapeut:innen in einem transparenten Prozess selbst als evokatives Gegenüber in der Übertragung an. Damit können die maladaptiven Emotionsschemata gezielt aktiviert und behandelt werden, die mit Erlebens- und damit Affektvermeidungsimpulsen einhergehen. Eine adaptive Selbstregulation hilft affektive Spannung gesund aufzulösen. Die Abwesenheit von Stress ist der Tod, sagte schon der bekannte Stressforscher Hans Selye. Stress ist bestenfalls jedoch als Eustress erlebbar, also mit den eigenen Bewältigungskompetenzen gut auflösbar (1984) durch eine gesunde Affektregulation.

In Tabelle 1 finden sich die zugehörigen Begrifflichkeiten aus den großen psychotherapeutischen Schulen, ergänzt um die Spezifik der hier vorgestellten integrativen Verfahren. Freud's bekanntes Strukturmodell kann auf den neurobiologischen Ebenen als *Es* („nature“), *Über-Ich* („nurture“) und *Ich* (vermittelnde, schützende Abwehr) verortet werden.

Tabelle 1: Schulenspezifische Begriffsklärung für das Dreieck der Selbstregulation und dessen angenommene Wirkrichtung, die therapeutische Interventionen jeweils leiten

	→		
Verhaltenstherapie (z.B. ACT)	Denken fusioniert, fixiert, unklar	Fühlen Vermeiden schmerzlicher Gefühle	Verhalten Dysfunktionales Verhaltensmuster, Symptome
Psychoanalyse (z.B. ISTDP):	Triebe/ Affekte unbewusste Affekte/ Impulse „Es“	Angst (vor/ unbewusst, inhibierend) „Über-Ich“	Abwehrmechanismen/ Widerstand/ Symptome „Ich“
Humanistische Therapie (z.B. EFT)	Primär adaptive Emotionen	Primär maladaptive Emotionen	Sekundäre (oder instrumentelle) Emotionen und ihr Ausdruck/ Symptome
Systemische Therapie (z.B. Satir)	Affekte, Körper	Erlernete Familienregeln	Kommunikationsmuster Symptome

Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf Haltungs- und Interventionsebene zwischen „top-down“ und „bottom up“- Prozessierung

ACT-Therapeut:innen verstehen sich konzeptuell als Prozess- und Inhaltsexperten und leiten meist zu Beginn der Therapie ein individuelles Störungsmodell entlang bestehender theoretischer verhaltenstherapeutischer Konzepte ab, wie in VT-Verfahren üblich („top down“, vgl. Meißner, 2023 b), beispielsweise werden dysfunktionale Denkprozesse und Erlebensvermeidung erkannt und erklärt. Dabei werden emotional evokative Metaphern und symbolisierende Verhaltensübungen angeboten, die die dysfunktionale Art des Denkens und Verhaltens erfahrbar machen („bottom up“ Aktivierung). ACT- Therapeut:innen nutzen eine empathische, zugewandte Gesprächsführung, ermutigend, manchmal gewitzt kommunizierend in einer Haltung als „Fertigkeiten-Coach“ und Expert:innen für Störungs- und Lösungskonzepte, die auf die Art und Weise des Denkens und Verhaltens fokussieren. Die achtsame und wertfreie Lebensphilosophie (Leiden ist universell und unabwendbar) ist zum Teil fernöstlichen Traditionen entlehnt. Die Bereitschaft der Therapeut:innen zur Selbstoffenbarung im Dienste der Patient:innen dient der Gleichstellung, der Überzeugung folgend, dass Patient:innen nicht gestört sind, sondern lediglich unzureichende Strategien zur Problembewältigung nutzen.

Die **EFT** überlässt hingegen die kognitive Reflexion des in vivo Erlebten überwiegend den Patient:innen, adaptive Narrative sollen aus dem direkten emotionalen Erleben heraus (nicht „top down“ hinein) entwickelt werden. Therapeut:innen zeigen sich in wohlwollender Präsenz mit der Haltung eines „Non-Expert“ für Inhalte, der jedoch aktiv und direktiv unterstützend im Emotionsprozess ist („Emotion-Coach“, „Emotion-Surrogator“). Es werden empathische Kommunikationsstrategien konsequent angewandt (empathisches Verstehen, Bestätigen, Evozieren, Vermuten, Zurückfokussieren), um emotionsvermeidende Mechanismen zum „Schmelzen“ zu bringen. Die **ISTDP** geht ebenfalls nicht inhaltsdirektiv vor, jedoch werden die unbewussten nonverbalen Körpersignale, die in vivo beobachtbar sind, konkret und unmittelbar rückgemeldet und mit dem subjektiven Erleben der Patient:Innen sehr genau abgeglichen. Psychoedukativ werden lediglich die sichtbaren Körpersignale medizintheoretisch erklärt („das ist ein Zeichen von produktiver Angstabfuhr, wenn sie ihre Hände kneten, wenn sie aber so erstarren, müssen wir stoppen, dann geht die Angst in den Körper hinein, wir müssen prüfen, was das gerade hier und jetzt ausgelöst hat“). Patient:innen werden angeregt, das eigene subjektiv erlebte Erleben selbst zu deuten, anders als in klassisch psychoanalytischer Tradition. Eine ISTDP- Haltung ist nur zu verstehen, wenn die Unterschiede zwischen einer bewussten („BTA“) und unbewussten Therapieallianz („UTA“) bekannt sind, worauf wir deshalb hier ausführlicher eingehen. Eine BTA zeigt sich offensichtlicher, über bewusste positive Signale, die UTA zeigt sich subtiler, eher non- oder paraverbal, wenn bspw. eine offene, zugewandte und unverschränkte Körperhaltung sichtbar ist, ein direkter Blickkontakt ist möglich, doppeldeutige Beziehungsbotschaften werden gesendet („wir haben uns lange nicht mehr gesehen“ mit gefühlt positivem Unterton), zunehmend wird Schambesetztes offenbart, erst über Versprecher, Träume, und immer direkter. Eine konzentrierte, empathische Präsenz fokussiert v.a. auf Nonverbales und das, was sich in der gegenwärtigen Übertragungsszenerie abspielt. Die Haltung ist zu Sitzungsbeginn eher beobachtend und neutral mit Offenheit für alle komplexen Übertragungsgefühle im Hier und Jetzt, deshalb wirken Therapeut:innen zu Beginn noch nicht kommunikativ regulierend ein (eine empathische Gesprächsführung gilt hiernach bereits als regulierende Kraft und könnte das Entstehen unbewusster schambesetzter Affekte/ Impulse, wie Wut oder Lust-Freudvolles verhindern). Wenn jedoch Patient:innen mit zu hoher Anspannung kommen, wird graduiert und zunächst regulierend gearbeitet (Abbass, 2015). Frederickson (2017) verweist in diesem Zusammenhang auf eine oft falsch verstandene Empathie, die er „Pseudoempathie“ nennt, wenn alles patientenseitig Gesagte und Gezeigte verständnisvoll beantwortet wird. Es geht vielmehr um Respekt und authentische Empathie dem Menschen in seinem Sosein gegenüber, aber einer gewissen unerschrockenen Respektlosigkeit vor dem dysfunktionalen Abwehr- bzw.

Bewältigungssystem. Empathie muss aufrichtig gefühlt werden, da nonverbal inkongruent wirkende Therapeut:innen einer positiven UTA entgegen wirken. Es sei eher ein Akt des Mitgefühls, den Patient:innen die nicht bewussten Nähe vermeidenden Abwehrmechanismen deutlich zu machen und von Illusionen zu befreien; („Wir als Team machen uns gemeinsam auf den Weg“, zwei gleichwertige Partner, wovon einer Heilung sucht und sich einlässt, der andere den Raum gibt und die Gefühlsprozessierung unterstützt).

In allen drei Verfahren werden keine Diagnosen vergeben, sondern das konkrete (Abwehr-) Verhalten in Beziehung zum evident erfahrenen emotionalen und kognitiven Verarbeitungsproblem verstanden. Es werden deshalb auch keine kategorial störungsspezifischen Behandlungsmanuale genutzt, sondern prozessdirektive Heuristiken entlang der aktuell vorliegenden Art der Selbstregulation im gegebenen Moment der Therapiesitzung.

ISTDP und EFT gehen im Prozess konsequent Affekt- bzw. Emotionsmarker geleitet vor. Es werden die (vor- und un-) bewussten emotionalen Botschaften und Körpersignale als interventionsleitend genutzt, während ACT wiederum über die Art und Weise des Denkens Interventionen im Prozess immer wieder kontextuell ableitet. Eine Situationsschilderung, die in der Therapiesitzung immer mehr konkretisiert und emotional „zum Leben erweckt wird“, aktiviert zugleich die schmerzlichen, mit den Problemen verwebten Ängste. Ohnmachts- Verlust- oder Schambesetzte Affekte werden oft reaktiv schützend oder abwehrend verarbeitet. Patient:innen organisieren sich automatisiert und damit im gegebenen Moment der Therapiesituation überwiegend unbewusst und entlang der bisherigen Lebenserfahrungen schützend in Form von Erlebensvermeidung (ACT), Sekundäremotionen (EFT), Nähe vermeidenden Widerständen wie bspw. Intellektualisieren oder Bagatellisieren (ISTDP).

Vereinfachend kann nun eine Therapiesitzung als zyklisch verlaufende dreischrittige Sitzungsstruktur (Abbildung 1: Phase 1 bis 3) verstanden werden. Eine Emotionsarbeit adressiert dabei möglichst alle Wirkprinzipien (wenngleich auf unterschiedlichen Verarbeitungsebenen) in jeder Phase. In allen drei Verfahren geht es über eine reine Symptomlinderung hinaus darum, ein resilienteres Selbst zu unterstützen mit einer adaptiveren, flexibleren emotionalen Selbstregulation. Die drei Verfahren fokussieren dabei auf den drei unterschiedlichen neurobiologischen Ebenen verschiedene Gefühls- und damit Erlebenszustände, was wir nachfolgend auch kontrastierend skizzieren.

Phase 1: Zugang zum maladaptiven Emotionsschema

In der Eingangssequenz einer Therapiesitzung werden die Problemlagen und Symptome bereits in den ersten Minuten empathisch begleitend und erlebens- bzw. affektfokussiert konkretisiert. Ein langes „darüber reden“ der „same old story“ wird vermieden. Die Frage zu Beginn der Sitzung ist: Wie reguliert diese Patient:In die geschilderten Probleme hier und jetzt kognitiv (ACT) oder emotions- (EFT) oder affektbezogen (ISTDP)? Die zugrunde liegende affektive Verarbeitungsstörung wird erfahrungsorientiert entdeckt über entweder die Art und Weise des Denkens (ACT), die Art der Gefühle und wie sie mehr oder weniger produktiv prozessiert werden (adaptive vs. maladaptive Emotionen, EFT) oder den Affektausdruck, wie sich die unbewusste Angst und Abwehr objektivierbar und damit evident zeigt in der Übertragungsszenarie, oft bereits bei der Begrüßung (ISTDP).

Alle drei Ansätze versuchen damit bereits zu Beginn, über eine zunächst kognitive (3. Ebene, Abbildung 1) aber auch emotionsaktivierende sekundäre Ebene Zugang zum zentralen Selbstregulationsproblem zu gewinnen: Bislang vermiedene und mit Angst assoziierte Erlebensweisen werden fokussiert: Symptome „decken“ meist (nicht bewusst) vermiedene schmerzliche maladaptive Angst assoziierte Emotionsschemata (vgl. Artikel 1), dysfunktionale quälende Grundannahmen (ACT), mit meist drei Grundthemen: „Bad- Me“ Emotionsschemata mit Schuld- und Schamprozessen, „Sad- Me“ mit Trauerschmerz und „Weak- Me“- Schemata mit Ohnmacht (EFT), die wiederum dem ISTDP-Ansatz folgend mit unbewusst angstvoll unterdrückten Affekten einhergehen. Das zentrale Problem wird gemeinsam skizziert, wie es Symptome in welchem

Kontext üblicherweise generiert, welches konkrete kognitiv- emotionale Verarbeitungsproblem situationsübergreifend sichtbar und damit veränderbar wird.

Für ein „working through“ schädigender maladaptiver Emotionsschemata wird in Phase 1 ein klarer Sitzungsfokus formuliert. Es gilt ein fühlbares Einverständnis zur konkreten Arbeit am individuellen Problem und ein vertieftes empathisches Verstehen der Problematik zu unterstützen. Damit kann eine positive Erwartung innerhalb Therapieallianz erreicht werden. Der „Zugang“ zum „Problemabszess“ ist gelegt, die eigentliche Angst- „Ausleitungsphase“ und damit Schemaveränderung kann beginnen (auch wenn im Prozess weiterhin immer wieder Einverständnis und Allianz auf verbal, wie nonverbal signalisierter Gefühlsebene geprüft werden).

Einige Unterschiede zwischen den drei prototypischen Verfahren spiegeln sich bereits im Einstieg in eine Behandlung wider, etwa bei den verwendeten Leitfragen (Tab. 2).

Tabelle 2: Mögliche Zugangsfragen in der ersten Sitzung bzw. Sitzungsbeginn

EFT	ACT/ VT	ISTDP
Mögliche Leitfragen in der ersten Sitzung		
<i>Womit sind Sie hier, worauf möchten Sie fokussieren? Was fühlen Sie, wenn Sie an diese Situation denken? Wie erleben Sie das in ihrem Körper gerade? Und wenn Sie das erzählen lassen, was da gerade aufsteigt, (ggf.) wenn Sie die Tränen erzählen lassen.</i>	<i>Bitte beschreiben Sie Ihre Probleme so konkret wie möglich, anhand einer typischen Situation. Wann begannen die Symptome, in welchem Kontext, wie häufig treten diese auf? Was genau haben Sie gedacht, welche Gefühle kamen damit auf, was haben Sie genau getan? Was erleben Sie, wenn Sie an eine konkrete Situation denken?</i>	<i>Wir sind hier zusammen um zu schauen ob wir ein Team werden können, dass sich gemeinsam auf den Weg macht Ihre Probleme an der Wurzel zu lösen. Was scheint konkret das Problem zu sein für das Sie hier bei mir Hilfe wünschen? Wie fühlen Sie das hier gerade, (und ggf.) im Kontakt mit mir?</i>

Da hier komplexe Therapieverfahren verglichen werden, kann nur auf einige Spezifika eingegangen werden. Alle drei Verfahren lassen das Problem zunächst beschreiben, jedoch achten speziell EFT und ISTDP bereits zu Beginn vor allem auf die nonverbalen Zeichen während der Problemschilderung, geben Raum für die emotionale Erfahrung. Ein Beispiel ist der Umgang mit aufsteigenden Tränen während der Problemschilderung (Kasten 1).

Kasten 1: Umgang mit Tränen - ACT, EFT und ISTDP als diskriminierendes Beispiel

In kognitiven Verfahren, wie bspw. ACT, würde man nicht unbedingt auf Tränen direkt fokussieren und sie prozessieren lassen, es würde eher auf die Art und Weise der Denkprozesse eingegangen, die die Tränen hervorbringen. Kognitive Verhaltenstherapeut:Innen würden vielleicht fragen „was bedeuten diese Tränen“, „woher kommen diese Tränen“, „welche biografischen (Lern-) erfahrungen können wir hier entdecken“.

In der EFT würde man empathisch validierend die Tränen fördern: „Das scheint gerade sehr schmerzvoll“ und „Was sagen die Tränen gerade, wenn Sie die Tränen erzählen lassen...“. Tränen könnten hier bereits entlang dem „Schmerzkompass“ in primär adaptive Emotionen führen. Es würde die Hinwendung zum schmerzlichen Gefühl unterstützt, eine Verbalisierung aber erst nachgelagert zum konkreten Erleben im Hier und Jetzt. Es würden nicht vorschnell kognitive Reflexionen angeboten. Vielmehr würde erfahrungsgeleitet, erfülltes Erleben empathisch begleitet, vielleicht auch hinein vermutet, um innere Emotionsprozessierungen zu unterstützen („empathic conjectures“). Ziel ist es, die Pat. darin zu unterstützen, das eigenes Erleben, die eigenen inneren Bilderwelten dazu entstehen zu lassen. Es wird kein übergeordneter kognitiver Rahmen angeboten, sondern ein

Hineinspüren entlang der körperlichen konkreten, nur subjektiv erfahrbaren Gefühlswelt. Fokus sind die spürbar unbefriedigten Bedürfnisse, an denen maladaptive Emotionsschemata „kleben“, die es zu reprozessieren gilt.

In der ISTDP würde wiederum nur dann gefragt, was die Tränen sagen („speaking out of the tears“), wenn es in der Übertragung deutlich spürbar ist, dass es sich um adaptive, heilsame Tränen handelt. Dann sähe das Vorgehen aus, wie zuvor innerhalb EFT beschrieben, jedoch würde die direkte Begegnung zum Ther. zugleich adressiert, also auch der direkte Beziehungsaspekt in vivo. „Da sind so viele ungeweinte Tränen, hier kann ein Ort sein, all diese Tränen bei *mir* erstmal zu weinen“. Oft kommen zu Beginn aber auch mit unterdrückten Affekten „vermatschte Tränen“ (bspw. Affekte vermeidende, oder regressive Tränen). In der ISTDP würde man dann im Zweifel eher fragen „Worum weinen Sie gerade?“, oder „Womit haben die Tränen gerade hier bei mir zu tun?“. Es würde differenziert werden: bei wütend-anklagenden oder hoffnungslos-selbstmitleidigen Tränen handelt es sich aus ISTDP-Sicht um Abwehrprozesse, die umgehend angesprochen werden, um selbstschädigende Widerstände, also Affektunterdrückung, nicht zu bestärken. Je nach Kontext würde man in der ISTDP vielleicht sogar sagen „Das sind aber komische Tränen, womit haben die gerade zu tun“. Pat. sind dann durchaus erst einmal irritiert, jedoch auch erleichtert, fühlen, dass es tatsächlich keine nützlichen Tränen sind, sondern altbekannte repetitive Muster, die leidvoll sind; sie fühlen sich erkannt in zugrunde liegender bspw. adaptiver Wut (das Unbewusste ist „beleidigt“, wenn das Offensichtliche nicht angesprochen wird). Manchmal markieren Tränen zugrunde liegende Anklagen; diese würden direkt aufgedeckt (z.B. „Eigentlich bin ich wütend auf meine Frau“, Th.: „wie erleben Sie die Wut ihrer Frau gegenüber gerade hier bei mir körperlich, mit welchen Impulsen?“).

Phase 2: Emotionsschema-MODULATION

Alle drei Verfahren legen also bereits zu Beginn einer Sitzung einen Zugang zum zentralen Emotionsverarbeitungsproblem, indem sie das gegenwärtige subjektive Erleben in vivo fokussieren, je nachdem wie sich das Problem fühlbar zeigt. ACT konzentriert sich dabei vornehmlich auf die Art und Weise des Denkens, EFT folgt dem „Schmerzkompass“ über die deutlich werdenden maladaptiven Emotionen und ISTDP macht auf unbewusste Angstzeichen und damit einhergehende sichtbare Widerstände in der direkten Begegnung aufmerksam. In der Modulationsphase wird zwar in allen Verfahren am zentralen Schema emotions- und erlebensfokussiert gearbeitet, jedoch bestehen Unterschiede darin, in welcher Phase eines aktivierten und erlebten maladaptiven Emotionsschemas Therapeut:innen „top down“ kognitiv Einfluss nehmen und eine weitere eher kognitive Prozessierung unterstützt wird.

Tabelle 2: Generelle Leitfragen in den Therapieansätzen

EFT (Neo-Humanistisch)	ACT (KVT/VT)	ISTDP (Neo-Psychoanalytisch)
Allgemeine Leitfragen		
<i>Was fühlen Sie, wenn Sie an diese Situation/ Ereignis denken? Wie fühlen Sie das jetzt gerade?</i>	<i>Was sind das für Verhaltens- und Denkmuster, die dem Verfolgen ihrer Werte, und damit positiven Gefühlen im Weg stehen?</i>	<i>Wie erleben Sie das Problem hier bei mir gerade? Wie nehmen sie mich geföhlt gerade wahr? Wie fühlen Sie das mir gegenüber?</i>
<i>„Was fühlen Sie in ihrem Körper gerade, wie zeigt es sich da“, „Was sagen die Tränen, die gerade aufsteigen, lassen Sie die Tränen erzählen.“</i>	<i>Können wir mit einer konkreten Übung schauen, wie Ihre früher gelernten Denkmuster heute noch wirken, wie Sie Heute Ihre Werte und Lebensziele vereiteln?</i>	<i>Wie erleben sie das körperlich gerade? Welchen Impuls erleben sie in Vorstellung und Gedanken mir gegenüber?“</i>

Eine ausführlichere Darstellung und Vergleich der verschiedenen Herangehensweisen findet sich in Meißner (in prep.). Es sollen hier grob die Unterschiede markiert werden und welche emotionalen Verarbeitungsebenen sie im Therapieprozess überwiegend adressieren und in welchem Prozessschritt ein Wechsel von „bottom up“ zu „top down“ und umgekehrt vorgenommen wird.

Kasten 2: Vergleich der Interventionen zur Emotionsmodulation in Phase 2 bei bspw. selbstkritischen Gedanken vor dem Hintergrund chronischer depressiver Symptome

Pat. zu Beginn: „ich ärgere mich so über mich, ich habe es wieder versaut, ich bin zu nichts gut“.

ACT würde mehr die fusionierte und inflexible Art des Denkens und die Erlebensvermeidung hin zu einer mehr flexiblen und annehmenden Art des eigenen Erlebens unterstützen. Dabei werden unterschiedliche Interventionsarten für möglich gehalten („Hexadancing“ als flexibles Nutzen von unterschiedlichen Techniken im ACT-Konzept, Hayes, 2018b), denn jede der 6 Kernprozesse zur Erreichung psychischer Flexibilität im „ACT- Hexaflex“ (bspw. von Fusionierung der Gedanken zur Defusionierung, Werteunklarheit zu - klarheit) könnten Zugang und Lösung des zugrundeliegenden Problems bieten. Häufig werden bei der Aktivierung symptomatischen schmerzlichen Erlebens Metaphern genutzt oder kleine Verhaltensübungen, wie ein Buch zwischen Th. und Pat. zu halten um zu demonstrieren, wie das Festhalten an den Gedanken die Sicht verhindert zu einem werteorientierten, engagierten Handeln, dass es sich lediglich um immer wieder kommende und gehende Gedanken und Gefühle handelt, die es anzunehmen, statt zu vermeiden gilt. Emotionen werden nicht näher spezifiziert, im Vergleich der Verfahren wird hier früh im emotionalen Erlebensprozess kognitiv-verhaltenstherapeutisch unterstützt und im Weiteren zwischen „top down“-Regulierung und „bottom up“- Aktivierung zugunsten kognitiver Prozessierung rascher gewechselt. Eine Defusionierung der Gedanken könnte bspw. darüber geübt werden, dass ein ACT- Th. dazu einlädt, die selbstkritischen Gedanken mit der Melodie eines Kinderliedes zu singen oder sie sich als ungebetenen Gast vorzustellen in einem Bus, der immer wieder nervt, wenn er aktiv vermieden und weggedrängt wird. Es werden damit emotionsevokative Techniken eingeflochten, die das subjektive Erleben adressieren und Emotionen regulieren helfen, es werden dabei auch achtsamkeitsbasierte Techniken angeboten und konkret geübt, sowie Rollenspiele oder inhaltsdirektiv geleitete Stuhlarbeit (Abbildung 1: Ebene 1 bis 3), ACT arbeitet in unserem Modell dabei überwiegend auf Tertiärebene transformierend unter Zuhilfenahme der Primär, mehr noch Sekundärebene.

Die obige Patientenaussage wäre in der **EFT** ein „Marker“ für einen „selbstkritischen Split“ mit einer möglichen Intervention einer erlebensorientierten 2-Stuhlarbeit. Üblicherweise werden nicht mehr als 2 Stühle aufgestellt, um die intrapsychische emotionale Spannung für einen inneren Dialog zu nutzen, es wird damit auch keine kognitive Metaperspektive eingeführt, da es darum ginge eine transformatorische Veränderung aus den direkt erfahrenen Emotionen heraus (nicht kognitiv hinein) zu unterstützen. Zwischen einem selbstkritischen Selbstanteil und einem fühlenden „Erlebenden Teil“ würde ein emotionaler Dialog direktiv unterstützt, dabei würde „moment to moment“ auf die patientenspezifischen Gefühlsregungen geachtet und entsprechend interveniert. Es würden die symptomatischen Emotionen, wie hier ein Ärger über sich selbst, differenzierter erfahrbar gemacht („und wenn sie sich als diesen kritischen Selbstanteil hier auf diesen Stuhl direkt gegenüber setzen und diese Sätze noch einmal deutlich wiederholen und auf dem anderen Stuhl bleiben Sie der erlebende Teil“). Die dadurch evozierten Gefühle würden möglicherweise ein leidvoll erfahrenes „bad me“- Schema erlebbar machen. Ein Wechsel auf den Stühlen erfolgt dann bis zum tiefsten Schmerzpunkt (hier wahrscheinlich Scham bei Selbstkritik), bis dahin wäre es ein überwiegend „bottom up“- Prozess, also aus der Erfahrung heraus. Der Th. würde nun nach dem Bedürfnis direkt fragen, also Ansprechen der Ebene 1 durch den Th., in unserem Modell damit „top down“: „und was brauchen sie gerade von diesem kritischen Teil, sagen Sie das direkt“). Ein „change emotion with

emotion“ hieße in diesem Beispiel, dass die maladaptive Scham und damit assoziierte Erinnerungsspur mit einer adaptiveren Emotion (hier vielleicht Selbstbehauptungsärger) zusammen erlebt wird und damit ein Gefühl von Selbstbestimmtheit und Selbstmitgefühl dialektisch prozessierend entstehen könnte. Oft werden „unfinished business“- Prozesse mit relevanten Anderen der Vorgeschichte entdeckt. Positive Bindungsaffekte werden geweckt, die zu inneren Versöhnungsprozessen führen können. Damit bewegt sich EFT in unserem Modell ebenfalls auf allen Ebenen, fokussiert jedoch überwiegend Sekundärprozesse in unserem Modell (Emotionsschemaprozessierung von maladaptiv zu adaptiv, zwischen Primär- und Tertiärebene).

In der **ISTDP** würden die zunächst undifferenzierten Gefühle im Hier und Jetzt fokussiert und erlebbar gemacht. Im Beispiel würde die leidvoll erlebte Selbstbezeichnung und Vagheit/Verallgemeinerung in der Problemschilderung als selbstbezeichnende Abwehr verstanden, die unbewusst die „Tür“ zu den eigenen Affekten und zur echten Nähe zum Th. verschlossen hält („und wenn sie für einen Moment aufhören sich selbst zu beschimpfen und mich direkt anschauen und mir konkret sagen, was das Problem war, wofür Sie sich hier beschimpfen, was genau ist wann genau passiert, ich kann Ihnen nur helfen, wenn Sie konkret sind und mit mir im (Augen-) Kontakt“). Die Affekt- und echte Nähe vermeidenden Abwehrmechanismen gelte es zu überwinden in einem erfahrungsoffenen, transparenten Miteinander, mit gewisser respektloser Unerschrockenheit vor dem Symptom, bei tiefem Respekt und echter emotionaler Offenheit für das Selbst mit seinen primären Affekten dahinter. Wenn der Pat. bspw. weiter vage bliebe in seiner Problembeschreibung, würde dies konsequent und umgehend immer wieder angesprochen, was den Ärger auf den Th., der nicht lockerlässt richtet, zugleich die unbewusste positive Allianz fördert, eben weil dieser nicht lockerlässt und un- und vorbewusst spürbar wird, dass der Th. den dysfunktionalen Widerstand erkennt, sich davon nicht täuschen lässt und bereit ist, unerschrocken an der Befreiung aus diesem „Abwehr- Gefängnis“ mitzuwirken bis zum „Durchbruch“ über kathartisch-transformativ in sensu erfahrene primäre Affekte/ Impulse und die daran angeheftete unbewusste Erinnerung, was einem oft tranceähnlichen Zustand ähnelt. Pat. „sehen“ dann meist die relevanten, mit dem Problem assoziierten Bindungsszenen, erleben sie affektiv-körperlich, ein kathartisches Erleben von bislang unbewusster Trauer oder Wut öffnet damit die Tür zu Mitgefühl mit dem Selbst und relevanten Anderen und Reue über die „imaginierte Tat“, es kommt meist zu tiefen Trauerschmerzprozessen, die geweint werden, nonverbal sichtbar als aus dem Unterbauch aufsteigende Schmerzwellen, denen tiefe Erleichterung folgt über die damit einher gehende innere Versöhnung und das Erfahren von liebevollen Bindungsaffekten. Damit wird auch auf allen Ebenen gearbeitet, jedoch überwiegend Primärprozesse adressiert

Phase 3: Emotionsreintegration LEAVE

Nach einem kognitiv- affektiv- und verhaltensbezogenen „working through“ der maladaptiven Emotionsschemata in der vorherigen Phase braucht es ein kognitiv-integrierendes Sitzungsende. Patient:innen sollen in einem affektiv regulierten Zustand unsere Praxis verlassen können, mit einem Resümee und Ausblick, was das in der Sitzung Erlebte bedeutet und was daraus für den Alltag konkret abgeleitet werden kann. Vor allem die VT arbeitet mit Hausaufgaben, die EFT (vgl. Goldman et al., 2006), und die ISTDP (hier speziell ten Have de Labije, 2018, 2021) aber auch.

Auf Ebene kognitiver Rekapitulation erfolgt eine reflexive Reintegration der neuen emotionalen erfahrungsbasierten Einsicht: Die adaptiven Affekte und deren Impulse konnten angstfrei als grundsätzlich primär gesund und handlungsleitend erfahren werden (jemand greift mich an, ich erlebe Wutimpulse, ich verliere jemanden, ich erlebe Trauerschmerz und Trostsuche, mir gefällt jemand, ich erlebe Zuneigung und Lustimpulse). Es konnte zum Beispiel in der emotional transformatorischen Modulationsphase eine frühere Bindungsruptur erfahrungsbasiert und damit fühlbar evident erinnert und mit heilsamen adaptiven affektiven Impulsen versöhnlich erlebt werden.

Es können nun in dieser dritten Phase diese adaptiven Prozesse in die gegenwärtigen Beziehungen und Probleme transferiert werden, die zu Beginn der Sitzung formuliert worden waren (vgl. Abbildung 2, Personendreieck). Meist finden Patient:innen mit diesem emotional geklärten Blick und Erfahrenem bereits eigene weitere Lösungsansätze und sind durch die emotional entlastende Erfahrung motiviert und engagiert zum aktiven Umsetzen des neu Erfahrenen. Sind die zuvor unprozessierten Affekte nicht mehr blockiert, können sie frei interagieren und im Bewussten wie Unbewussten fließen (Hickey, 2015, 2017, Gottwick, 2020, Davanloo, 1995; vgl. auch das Konzept des Konsistenzerlebens nach Grawe, 2004). Positive Affekte können (wieder) erfahren werden, vor allem durch diese tiefe Verbundenheitserfahrung mit dem eigenen Selbst und relevanten Bindungsfiguren. Mit Therapeut:innen in intimer emotionaler Nähe (CARE-System) werden auch kreative, produktive und lustvolle Prozesse („PLAY-, LUST“-Spektrum) freigelegt. Es braucht Wurzeln und Flügel, heißt es. Erleben Patient:innen eigene kraftvolle affektive Wurzeln, über die sie adaptiv regulierend verfügen, so können sie sich flexibler und adaptiver verhalten. Damit wird eine resilientere Persönlichkeitsorganisation angestrebt, indem die Fülle der adaptiven primären Affekte ressourcenvoll zugänglich ist: weinen, lachen, wüten, trauern, lieben können, in kongruenter und situationsadäquater Weise. Je nach Problemstellung kann es ratsam sein, auch tiefe instinkthafte affektive Aufladungen zu prozessieren, in der Vorstellung, bildhaft, mit evokativen Objekten als Ersatz oder in der direkten Übertragungsbegegnung. Je freier wir uns mit all unseren natürlichen Affekten fühlen können, je bewusster wir diese wahrnehmen, innerlich körperlich vital erfahren, kontextuell einordnen und dadurch reguliert nutzen können, desto angemessener können wir im gegebenen Kontext reagieren und unsere zentralen bedürfnisbasierten Motive verfolgen. Wir können dann unsere Bindungs- wie auch Autonomiebedürfnisse integrierter erleben und „erfühlend erfüllen“.

Fazit

Der hier vorgestellte Therapiekompass ist eine Zusammenführung intensiv beforschter Modelle der Neurowissenschaften und integrativer Therapieprozessmodelle. Damit soll ein einfacher, Schulen übergreifender und transdiagnostischer Orientierungsleitfaden bereitgestellt werden, um genauer zu verstehen, auf welcher Erfahrungsebene welche Interventionen möglichst produktive emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Veränderungsprozesse von Moment zu Moment begünstigen. Bisherige maladaptive Denk-Fühl-Verhaltensweisen führen zu Symptomen und werden in der Therapiesitzung durch gesündere und fühlbar bedeutungsvolle Erfahrungen verknüpft. Damit kann in der Folge dieser regulierenden, aktivierenden und transformatorischen Sitzungen eine anhaltende resilientere Selbstorganisation möglich werden, manchmal auch eine neuronale multidimensionale Strukturveränderung der mentalen Selbst- und Objektorganisation auf Kognitions- Emotionsschema- und Affektebene. Eine differenzierte Kenntnis von Gefühlen bzw. Emotionsschemata, deren Typologie und Organisationsprinzipien erscheint uns notwendig, um gezielter und produktiver entscheidende Veränderungsprozesse in der therapeutischen Eingangs-, Modulations-, und Abschlussphase einer jeden Sitzung zu ermöglichen (vgl.: Meißner et al., 2023a,b). Somit ermutigen wir dazu, einen differentiellen Fokus auf sowohl verhaltens-, kognitions- wie schwerpunktmäßig emotions- und affekt fokussierte therapeutische Prinzipien zu legen. Wir wünschen uns eine notwendige dezidierte Prozessforschung, die zwar die Wirksamkeitsforschung evident zu untermauern weiß, aber zusätzlich über empirische Fundierung von Wirkmechanismen vermehrt auch praxisrelevante Empfehlungen geben kann. Abschließend zitieren wir hierzu Jon Frederickson (2017): "A wise therapist welcomes us as we are – one human meets another – a wise therapist does not rely on insight alone – because an insight from the head will not heal the pain in our hearts. What we run from is where we need to rest, what we fear we need to face, what we ignore we need to hear."

Literatur:

Abbass, A. (2015a). *Reaching through Resistance*. Advanced Psychotherapy Techniques. Seven Leaves Press.

Abbass A, Bernier D, Kisely S, Town J, Johansson R (2015b). Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry Research*, 228(3), 538-43.

Abbass, A. (2022). Publications and research updates ISTDP. Online: <http://reachingthroughresistance.com/publications/> [Abruf am 20.8.2022]

Alexander F., French T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy: principle and application*. New York: Ronald Press.

Arch J.J., Eifert G.H., Davies C., Plumb Vilardaga J.C., Rose R.D., Craske M.G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2012 Oct;80(5):750-65. doi: 10.1037/a0028310. Epub 2012 May 7.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230. doi:10.1016/S0005-7894(04)80036-4

Barrett LF, Mesquita B, Ochsner KN, Gross JJ. (2007). The experience of emotion.; *Annu Rev Psychol*. 58:373-403. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085709. PMID: 17002554; PMCID: PMC1934613.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.

Beeber, A. (2018). A Brief History of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Current Psychiatry Reviews*. 14. 10.2174/1573400514666180816113754.

Bordin, E., (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), pp.252-260.

Breuer, J. & Freud., S. (1895) *Studien über Hysterie*. Franz Deuticke, Leipzig + Wien 1895.

Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York, NY: Harcourt Press.

Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Volume One. Jason Aronspn, New York.

Davanloo, H. (1995). *Der Schlüssel zum Unbewussten: Die intensive psychodynamische Kurztherapie*. Pfeiffer.

Davanloo, H. (1999). Intensive short-term dynamic psychotherapy—Central dynamic sequence: Head-on collision with resistance. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13(4), 263–282.

Ecker, B., (2020). Erasing Problematic Emotional Learnings. *Psychotherapeutic Use of Memory Reconsolidation Research*. In: *Neuroscience of Enduring Change*. Edited by: Richard D. Lane and Lynn Nadel, Oxford University Press.

Ecker, B., Tivic, R., & Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain. Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. Routledge.

Elliott (2018). Aktuelle Kurzzusammenfassung zur EFT: <https://www.caperspring.com/wp-content/uploads/2018/03/Elliott-EFT-for-Tribes2-Ch-5-screen.pdf>

- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10439-002>
- Ellis, A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New York.
- Ellison JA, Greenberg LS, Goldman RN, Angus L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *J Consult Clin Psychol*. 2009 Feb;77(1):103-12. doi: 10.1037/a0014653. PMID: 19170457.
- Ferenczi, S., Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Internationalen Psychoanalytischen Verlag, Leipzig – Wien – Zürich 1924
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329–343). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional Processing Theory: An Update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York, NY, US: Basic Books.
- Frederickson, J (2017). *The Lies We Tell Ourselves: How to Face the Truth, Accept Yourself, and Create a Better Life*. Seven Leaves Press.
- Frederickson, J., (2021). *Co-Creating Safety: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press.
- Freud, S. (1913/1966). On beginning the treatment. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1940). *Jenseits des Lustprinzips. Massenpsychologie und Ich-Analyse/ Das Ich und das Es*. Fischer Verlag. SIGMUND FREUD GESAMMELTE WERK E XIII. 1940 Imago Publishing Co., Ltd., London. http://freud-online.de/Texte/PDF/freud_werke_bd13.pdf - Zitation noch unklar
- Freud, Sigmund (1937): *Die endliche und die unendliche Analyse*. GW XVI, 59-99.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 536–546. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Gottwik, G., Orbes, I., (2020). *Intensive psychodynamische Kurzzeittherapie nach Davanloo*. Psychotherapie: Praxis. 2. Aufl. 2020.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(3), 130-145.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, N. L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. In R. Neimeyer & M. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.
- Greenberg, L., S., Auszra, L., & Herrmann, I. (2007). The relationship between emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy research*, 2, 57-66.

- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused Couples therapy. The dynamics of emotion, love and power.* American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. (2010). *Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis.* Focus. 8. 32-42. 10.1176/foc.8.1.foc32.
- Greenberg, L.S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist*, 67(8), 697–707. <https://doi.org/10.1037/a0029858>.
- Greenberg, L.S., (2015). *Emotion- Focused Therapy. Coaching Clients to work through their feeling.* Second Edition. APA, Washington DC.
- Greenberg L.S., Malberg, N.T., Tompkins, M.A. (2019). *Working with Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior, and Emotion- Focused Psychotherapy.* American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. (2021). "Waiting for emotion revolution". Vorträge von Greenberg, L.S. & Abbass, A., Webinar. 20.09.2021
- Gross, J. J. (ed.). (2015). "Emotion regulation: conceptual and empirical foundations," in *Handbook of Emotion Regulation*, 2nd Edn. (New York, NY: Guilford Press), 3–22.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013 Jun;44(2):180-98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002. Epub 2011 Jun 1. PMID: 23611068; PMCID: PMC3635495.
- Hayes SC, Wilson KG. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *Behav Anal.* 1993 Fall;16(2):283-301. doi: 10.1007/BF03392637. PMID: 22478159; PMCID: PMC2733641.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., Guerrero, L.F., (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?, *Behavior Therapy*, Volume 35, Issue 1, 2004, Pages 35-54, <https://doi.org/10.1037/10170-008>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2005). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research & Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., and Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., (2009). Video. Part of the Systems of Psychotherapy Video Series der American Psychological Association.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018a). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy.* New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C. (2018b). Vortrag und Plenumsdiskussion mit L.S. Greenberg auf dem Emotion Revolution Kongress in Bergen, Norwegen.
- Hayes SC. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry.* 2019 Jun;18(2):226-227. doi: 10.1002/wps.20626. PMID: 31059616; PMCID: PMC6502411.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.). (2013). *Die "Dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis.* Weinheim: Beltz-Verlag.
- Hickey, C. (2015). Multidimensional unconscious structural changes in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. Part II. *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 17, 53-57.
- Hickey, C. (2017). *Understanding Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Guide for Clinicians.* Taylor & Francis.
- Hirsch, M. (2017). *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt.* V & R Verlag.

- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1987). Emotionally focused marital therapy: An overview. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3S), 552–560. <https://doi.org/10.1037/h0085753>
- Kramer, U., & Pascual-Leone, A. (2016). The role of maladaptive anger in self-criticism: A quasi-experimental study on emotional processes. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(3), 311–333.
- Kramer, U., & Timulak, L. (2022). The Emotional Underpinnings of Personality Pathology: Implications for Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cps0000080>
- Kramer, U., & Timulak, L. (2022). The Emotional Underpinnings of Personality Pathology: Implications for Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cps0000080>
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., de Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., .Page, D. (2016). Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 189-202.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., de Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., .Page, D. (2016). Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 189-202.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J.-N., & de Roten, Y. (2014). One Minute of Grief: Emotional Processing in Short-Term Dynamic Psychotherapy for Adjustment Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rohde, C., & Sachse, R. (2016). Emotional processing, interaction process, and outcome in clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: A process-outcome analysis. *Journal of Personality Disorders*, 30 (3), 373–394.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38(e1), 1–80.
- Lane, R.D. (2020). The Affective Origin and Treatment of Recurrent Maladaptive Patterns. In: *Neuroscience of Enduring Change*. Edited by: Richard D. Lane and Lynn Nadel, Oxford University Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Levine, P.A., Frederick, A. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma: The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Nort Atlantic Books.
- Luoma, J.B., Hayes S.C., Walser, R.D., (2009). *ACT- Training. Handbuch der Acceptance & Commitment Therapie. Ein Lernprogramm in 10 Schritten*. Junfermann.
- Malan, D. H. (1980). The Most Important Development in Psychotherapy Since the Discovery of the Unconscious. In: Davanloo, H. (Ed.). *Short-Term Dynamic Psychotherapy. Volume One*. New York. Jason Aronson. London.
- Malan, D. H. (1995) *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*, 2Ed (Hodder Arnold Publication). CRC Press.
- McCullough L. (1997). *Changing Character: Short- Term Anxiety-Regulating Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects and Attachments*. New York: Basic Books.

- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Romanowsky, A.K., Wolf, J., Hurley, C.L., Michal, M. (2019). *Affektfokussierte psychodynamische Psychotherapie: Ein integratives Manual zur Behandlung von Affektphobien*. Kohlhammer.
- Meissner, J., Süchting, T., Jacobi, F. (2023a). *Gefühle als Therapiekompass: Auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Behandlungsheuristik. Teil 1: Gefühle als subjektiv erfahrbare Ausdruck und Bindeglied von Bedürfnissen, deren Affektsystemen, Emotionsschemata und Kognitiven Repräsentanzen* (in prep.).
- Meissner, J., Süchting, T., Jacobi, F. (2023b). *Gefühle als Therapiekompass: Auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Behandlungsheuristik. Teil 2: Emotionsregulation vs. Emotionsevokation in der Psychotherapie: Hilfen zur differenziellen Indikation und Methodenauswahl* (in prep.).
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: the Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Panksepp, J., and Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Pascual-Leone, A. (2009). Emotional processing cycles in experiential therapy: "Two steps forward, one step backward". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 113–126.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 875–887.
- Pleger, M., Schade, C., Diefenbacher, A., & Burian, R. (2014). Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT). *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 43, 241-250.
- Rice, L. & Greenberg, L. (Eds.) (1984). *Patterns of change: An intensive analysis of psychotherapeutic process*. New York: Guilford Press.
- Roazen, P. (1989). *Freuds Liebling Helene Deutsch. Das Leben einer Psychoanalytikerin*. Verlag Internationale Psychoanalyse. München.
- Roth, G. (2019): *Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern. Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., Gomori, M. (1991). *The Satir Model*. Science and Behavior Books, inc.
- Selye, H. (1984). *The stress of life*. Revised edition, first Paperback 1976. McGraw-Hill.
- Solms, M. (2018). The neurobiological underpinnings of psychoanalytic theory and therapy. *Front. Behav. Neurosci.* 12:294.
- Solms, M. (2021). *The Hidden Spring: A Journey to the Source of Consciousness*. Profile Books. London
- ten Have-de Labije J. (2021). *Stumble, fall and get up again on the road to the Unconscious. Practical exercises for the ISTDP therapist*.
- ten Have-de Labije J., Neborsky, R.J. (2018). *Mastering Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy A Roadmap to the Unconscious*. Routledge.
- Tompkins, M.A. (2019). *Cognitive Behavior Psychotherapy and Emotion*. In: *Working with Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior, and Emotion-Focused Psychotherapy*, by L.S. Greenberg, N.T. Malberg, and M.A. Tompkins. American Psychological Association.
- Town J., Abbass A., Stride C., Nunes A., Bernier D., Berrigan P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of Affective Disorders* 273 (2020) 194–202
- Town, J.M., Abbass, A., Stride, C., Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of Affective Disorders*, 214, 15-25.

van der Kolk, B. (2014). The Body keeps the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma. Penguin Random House UK.

Wachtel, P. L. (1977). Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an integration. New York, NY: Basic Books

Wachtel, P. L. (2014). An Integrative Relational Point of View. Psychotherapy Theory Research Practice Training 51(3):342-9

Wampold, B. & Imel, Z. & Flückiger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht. Hogrefe.

Whelton, W.J., (2005). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence across therapeutic Modalities. Clinical Psychology & Psychotherapy. [Volume11 ,Issue1, Special Issue: Emotion, S. 58-71

Woldarsky Meneses, C., Greenberg, L.S. (2019). Forgiveness and Letting Go in Emotion-Focused Therapy. American Psychological Association

Young, E.J., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann.

Webseiten der drei Verfahren für nähere, aktuelle Informationen

ACT

Internationale Gesellschaft: <https://contextualscience.org/act>

Deutsche Gesellschaft: <https://dgkv.info/>

EFT

Internationale Gesellschaft: <http://www.iseft.org/>

Deutsche Gesellschaft: www.degeft.de

ISTDP

Internationale Gesellschaft: <https://iedta.net/>

Deutsche Gesellschaften: <https://istdp.de/> und als Integrative ISTDP: <https://www.is-tdp.de/>