

Rainer Sachse

7 Therapeutischer Umgang mit Emotionen

7.1 Allgemeines

Viele Emotionen, die Personen im Alltag haben, sind den Personen selbst klar: Sie wissen, warum und wodurch sie sich bedroht fühlen oder können nachvollziehen, worüber sie sich ärgern.

In der Therapie gibt es jedoch des Öfteren den Fall, *dass eine Person ihre Emotion nicht oder nicht völlig versteht*: Sie versteht nicht, warum eine Situation sie ängstigt; denn wenn man die Situation rational analysiert, gibt es „eigentlich“ keinen objektiven Grund, auf eine Bedrohung zu schließen.

Oder sie versteht nicht wirklich, warum genau sie sich ärgert: Zwar macht eine andere Person etwas, was sie besser nicht tun sollte, aber rational betrachtet ist das Verhalten nicht so schlimm; das Ausmaß des ausgelösten Ärgers lässt sich dadurch nicht erklären.

Emotionen sind, so zeigen therapeutische Analysen, *meist dann nicht verständlich, wenn sie zum hohen Maße auf Schemata zurückgehen*: In diesem Fall nämlich kommen die Emotionen eben nicht durch rationale, „datengestützte“ Analysen und Interpretationen zustande, sondern durch vorherrschende, dysfunktionale Annahmen. Und dann weichen die vorgenommenen Interpretationen mehr oder weniger stark von „objektiven“ Analyse-Ergebnissen ab. Und da Schema-Verarbeitungen meist automatisiert erfolgen, ist den Klienten oft gar nicht klar, was genau bei den Verarbeitungsprozessen vorgeht.

Um die Angst jedoch effektiv zu bearbeiten oder den Ärger effektiv zu regulieren, ist es zunächst einmal wesentlich herauszuarbeiten, was genau in der Verarbeitung abläuft und zu eruieren, welche Schemata im Spiel sind und die relevanten Schemata genau zu klären.

7.2 Ziele der Therapie: Emotionale Kompetenz

Eine psychotherapeutische Bearbeitung von Emotionen ist natürlich immer nur dann erforderlich, wenn Emotionen dysfunktional sind, d.h. wenn die Aktivierung von Emotionen zu oft, zu heftig erfolgt oder durch unangemessene Situationen ausgelöst wird. D.h. eine Veränderung emotionaler Prozesse ist dann notwendig, wenn Emotionen keine adaptive,

informative Funktion ausüben, sondern zum Problem werden, weil sie mit adaptiven Verarbeitungen und Handlungen interferieren.

An dieser Stelle ist es sinnvoll darüber zu reflektieren, was ein allgemeines Ziel der Veränderung emotionaler Verarbeitungsprozesse sein könnte: Was sollten Klienten über Emotionen lernen, wie sollen sie sie einsetzen und wie nützen sie ihnen am meisten (vgl. Greenberg, 2008)?

Diese Frage kann allgemein beantwortet werden durch das Konzept der *Emotionalen Kompetenz* (Krell, 2002; Salisch, 2002a, 2002b; Salovey & Mayer, 1990; Salovey et al., 1993, 2008; weniger zutreffend auch als „Emotionale Intelligenz“ bezeichnet, vgl. Goleman, 1995, 1999).

Emotionale Kompetenz setzt sich aus einer Reihe von Fähigkeiten zusammen (Saarni, 2002):

1. Die Fähigkeit, eigene Emotionen zu akzeptieren und sie als wesentliche Informationsquelle über Situationen und interne psychische Vorgänge wertzuschätzen.
2. Die Fähigkeit, sich seiner eigenen Emotionen bewusst zu werden, sie zu bemerken und ihnen Aufmerksamkeit zu schenken.
3. Die Fähigkeit, eigene Emotionen auf Auslöser zu beziehen, also zu analysieren und zu erkennen, was eine Emotion ausgelöst hat.
4. Die Fähigkeit, eigene Emotionen zu verstehen, also zu rekonstruieren, auf welche Verarbeitungen und auch auf welche zugrunde liegenden Annahmen und Schemata die Emotionen zurückgehen.
5. Die Fähigkeit, Emotionen zu moderieren und gegebenenfalls zu kontrollieren, wenn es situativ erforderlich sein sollte.
6. Die Fähigkeit, die Informationen, die man durch Emotionen erhält, *konstruktiv zu nutzen*, also zu analysieren, an welchen Stellen Situationen verändert werden sollten, an welchen Stellen Handlungen notwendig sind und wo Verarbeitungsprozesse verändert werden müssen und anhand dieser Analyse konstruktives, problemlösendes Verhalten in Gang zu setzen.

Des Weiteren umfasst emotionale Kompetenz noch weitere Aspekte:

7. Die Fähigkeit, eigene Emotionen auszudrücken und zu kommunizieren.
8. Die Fähigkeit, das emotionale Ausdrucksverhalten anderer zu verstehen und aus diesem valide Schlüsse über die andere Person, Interaktionen usw. zu ziehen.

Setzt man das in therapeutische Ziele im Hinblick auf Emotion um, dann ergeben sich folgende Zielbereiche:

1. Ein Klient sollte prinzipiell lernen, seine Emotionen zu akzeptieren und lernen, sie als wichtige Informationsquelle zu betrachten. Dies ist besonders wichtig bei Klienten mit sogenannter „psychosomatischer Verarbeitungsstruktur“ (vgl. Sachse, 2006a), die Emotionen oft nur als „störend“, „überflüssig“ betrachten und sie am liebsten „loswerden“ würden.
2. Klienten sollten lernen, sich der eigenen Emotionen bewusst zu werden, sie zu bemerken, wahrzunehmen und ihre Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Auch dies ist bei psychosomatischen Klienten besonders wichtig, ist aber auch für andere Klienten von Vorteil. Hier kommen Verfahren der Achtsamkeit zum Tragen (vgl. Kapitel 12).
3. Klienten sollten lernen, ihre Emotionen auf Auslöser zu beziehen und
4. lernen, eigene Emotionen zu verstehen und ihre Bedeutung zu entschlüsseln. Dazu sind Vorgehensweisen der *Klärung* relevant, wie sie von der Klärungsorientierten Psychotherapie entwickelt wurden (Sachse, 2003).
5. Klienten sollten gegebenenfalls die Fähigkeit lernen, eigene Emotionen zu kontrollieren, um nicht von diesen kontrolliert zu werden und um sich in sozialen Kontexten angemessen verhalten zu können. Hier sind therapeutische Techniken der Emotionskontrolle relevant.
6. Klienten sollten lernen, die durch Emotionen gewonnenen Informationen konstruktiv zu nutzen. Eine konstruktive Nutzung kann darin bestehen zu erkennen, dass dysfunktionale Emotionen auf dysfunktionale Schemata zurückgehen und durchaus die Konsequenz zu ziehen, diese Schemata effektiv zu klären und zu bearbeiten, um damit die Basis der emotionalen Verarbeitung grundlegend zu verändern.

Mit diesen Zielen und den dazugehörigen therapeutischen Vorgehensweisen wollen wir uns im Folgenden beschäftigen.

7.3 Veränderung versus Kontrolle

Therapeutisch gehen wir davon aus, dass Klienten durch die Therapie eine *Selbstregulation* erwerben sollten und nur wenn notwendig eine *Selbstkontrolle*.

Mit *Selbstregulation* meinen wir in Anlehnung an Kuhl (1996, 2001) einen Prozess, in dem das Individuum versucht, einen *Konsens* zu bilden aus unterschiedlichen Anforderungen,

Wünschen, Motiven und Möglichkeiten. Das Individuum versucht, Anforderungen der Realität so zu bewältigen, dass möglichst wenig Stress entsteht und dass dabei möglichst viele wichtige Motive berücksichtigt und Ziele realisiert werden. Dabei werden innere Kompromisse geschlossen (auch mit (zeitweisen) Verzichten), die das Individuum für sich selbst akzeptieren kann.

Mummendey (2006) bezeichnet Selbstregulation als den Prozess, bei dem das Individuum versucht, das eigene Verhalten so gut wie möglich den persönlichen Standards und Zielen anzupassen. Bei dem Prozess dieser Anpassung ist es hilfreich, wenn das Individuum über eine wichtige metakognitive, selbstreflexive Fähigkeit und Tätigkeit verfügt, die von Bandura (1977a, 1977b, 1983, 1984, 1988, 1989, 1991, 1992a, 1992b, 1997, 2001; Bandura et al., 1977) als „self efficacy“ oder „Selbst-Effizienz-Erwartung“ bezeichnet wird: Dies ist die Annahme bzw. Überzeugung des Individuums davon, effektiv Kontrolle über sein Verhalten und mit seinem Verhalten über die Umwelt ausüben zu können (Mummendey, 2006, S. 183): Denn „nur wer glaubt, durch sein Handeln bestimmte erwünschte Ergebnisse erzielen zu können, wird angemessene Anreize für sein Handeln haben und Schwierigkeiten bewältigen“ (S. 185). Selbstregulation bedeutet, dass das Individuum einen guten Zugang hat zu Motiven, Zielen, Werten, aber auch zu Ressourcen und Kompetenzen; dass es in der Lage ist, die Anforderungen der Realität gut zu analysieren und ein gutes Modell von der Realität hat. Und Selbstregulation bedeutet, dass es versucht, eigene Wünsche und die Anforderungen der Realität so in Einklang zu bringen, dass dabei möglichst hohe Gewinne und möglichst geringe Kosten entstehen.

Alle Faktoren, die diese Selbstregulation stören, sollten therapeutisch identifiziert und verändert werden; dies können z.B. sein:

- Kompetenzdefizite, die einen effektiven Umgang mit der Realität erschweren
- Schemata, die zu ungünstigen Interpretationen, Reaktionen und Emotionen führen
- Probleme im Zugang zu Motiven und Emotionen

Solche Veränderungen sollten dann das Erregen innerer Kompromisse ermöglichen, sodass eine Selbstkontrolle möglichst gar nicht erforderlich ist.

Veränderungen können manchmal auch durch Entwicklung von Motivation erfolgen: Eine Person kann für sich die Absicht entwickeln, etwas Bestimmtes zu tun und kann diese Absicht mit wichtigen Motiven in Zusammenhang bringen: Dann hat sie den Eindruck, dass sie die

Handlung *will* (und nicht, dass sie sie *muss*) und dann ist die Ausführung der Handlung mit C+ verbunden.

Damit wird auch deutlich, dass ein wichtiger Aspekt von Selbstregulation der ist, dass eine Person stark intrinsisch motiviert ist: Jede intrinsische Motivation folgt der Logik der Selbstregulation (Deci, 1975, 1980; Deci & Ryan, 1980a, 1980b, 1982, 1985; Ryan, 1982).

Unter *Selbstkontrolle* wollen wir eine Aktion nennen, die einen Willensakt erfordert und die dazu dient, eine Alternative im System gegen (starke) Gegenteilstendenzen durchzusetzen: Hier wird kein Kompromiss gefunden, sondern eine Tendenz wird gegen Alternativtendenzen, Bedenken, anderslautende Motive oder Ziele o.a. durchgesetzt (Kuhl, 1996, 2001). Eine Person kann in eine andere verliebt sein, verbietet sich jedoch (aufgrund normativer Schemata) diese Regung und entschließt sich, die Emotion nicht zuzulassen; eine Person isst an sich gerne, entschließt sich aber dazu, abzunehmen und setzt diese Entscheidung gegen alle Tendenzen doch zu essen durch; eine Person ärgert sich, möchte aber den Ärger nicht zeigen und setzt damit die Kontrolle gegen alle anderen Tendenzen durch.

Deutlich wird damit auch, dass eine Person Selbstkontrolle sehr oft anwendet, um das Eintreten negativer Konsequenzen zu vermeiden. Selbstkontrolle folgt daher in hohem Maße der Logik von Vermeidungszielen.

Natürlich kann eine Selbstkontrolle manchmal nützlich sein: Z.B. wenn eine Person sich gekränkt fühlt, jedoch zu dem Schluss kommt, es sei sehr ungünstig, dies nun den Chef spüren zu lassen; dann kann eine Emotionskontrolle sehr hilfreich sein und einem viele Kosten ersparen.

Selbstkontrolle als Fähigkeit, die man bei Bedarf einsetzen kann, stellt eine wesentliche Ressource dar: So zeigen z.B. Untersuchungen, dass Kinder, die im Alter von 4 Jahren in der Lage waren, Versuchungen effektiv zu widerstehen, im späteren Leben ein höheres Maß an akademischem Erfolg und an sozialer Kompetenz aufwiesen als Kinder, die dies nicht konnten (Mischel et al., 1988; Shoda et al., 1990).

Manchmal gibt es auch zur Selbstkontrolle keine Alternative: Wenn man an einer Alkoholabhängigkeit leidet, dann ist Kontrolle notwendig, man muss Abstinenz gegen alle Alternativtendenzen durchsetzen. Will man abnehmen, gibt es ebenfalls oft keine Alternative: Man muss die Esskontrolle durchsetzen, gegen alle Versuchungen.

Daher ist es unsinnig, sich generell gegen Selbstkontrolle auszusprechen. Jedoch gibt es inzwischen empirische Evidenzen dafür, dass Selbstkontrolle *suboptimal* wirkt und man daher nicht generell therapeutisch auf sie allein setzen sollte.

Untersuchungen von Baumeister (Baumeister, 1998, 2009; Baumeister et al., 1994) zeigen, dass jede Ausführung einer Selbstkontroll-Aktion die Wahrscheinlichkeit dafür senkt, dass die Person noch eine weitere Selbstkontroll-Aktion durchführen kann. Die Bereitschaft des Selbst, volitionale Entscheidungen gegen andere, vorherrschende Tendenzen zu treffen, scheint begrenzt zu sein; das bedeutet, dass eine Person nicht beliebig lange oder beliebig oft eine Selbstkontrolle aufrecht erhalten kann. Das bedeutet z.B.:

- Eine Person kann nicht beliebig lange einer Versuchung widerstehen.
- Eine Person kann starke motivationale Tendenzen nicht beliebig lange kontrollieren.
- Eine Person kann nicht beliebig lange hintereinander Entscheidungen treffen.
- Eine Person kann unter Langeweile-Bedingungen nicht beliebig lange Aufmerksamkeit aufrechterhalten und handlungsfähig bleiben.
- Eine Person neigt eher zu passivem Reagieren als zu aktivem Handeln.

Übt eine Person dagegen Selbstkontrolle nur gelegentlich aus, als eine Art (Notfall-)Kompetenz, spricht gar nichts gegen Selbstkontrolle. Sollte Selbstkontrolle jedoch zu einer Dauereinrichtung werden (weil dauerhafte Veränderungen nicht vorgenommen werden oder nicht wirksam sind), dann ist die Maßnahme „Selbstkontrolle“ problematisch, da sie mit hoher Wahrscheinlichkeit über kurz oder lang „kollabiert“.

7.4 Verstehen und Klären von Emotionen

Wenn es darum geht, Emotionen zu verstehen, dann geht es nicht um die Emotion als solche (und insbesondere geht es dann nicht um die körperlichen Reaktionen): Vielmehr geht es um die *relevanten Verarbeitungsprozesse, die der Emotion zugrunde liegen*. Es geht also darum, die *Bedeutung der Emotion zu verstehen*.

Damit ein Therapeut im Therapieprozess einem Klienten helfen kann, die Bedeutung der Emotion zu verstehen, helfen ihm die Implikationsstrukturen von Emotionen. Die Heuristiken geben an, welche Interpretationen ein Klient bei welcher Emotion im Prinzip vorgenommen haben muss. Dann ist allerdings noch der idiosynkratische Anteil des Klienten zu klären, also herauszuarbeiten, *was genau* dieser spezifische Klient interpretiert hat und warum er gerade diese Interpretation vorgenommen hat.

So ist z.B. klar, dass der Klient, wenn er von Angst spricht, vier spezifische Interpretationsprozesse ausgeführt haben muss und zu jeder lassen sich Klärungsleitfragen entwickeln, denen der Therapeut nun folgen und einen Klärungsprozess beim Klienten steuern sollte:

1. Er muss eine Situation oder ein Ereignis als potentiell bedrohlich interpretiert haben.
Daraus ergeben sich Fragen wie:
 - Um welche Situation oder welches Ereignis geht es genau?
 - Aus welchen Gründen erachtet der Klient diese als bedrohlich?
 - Spielen hier Schemata bei der Verarbeitung eine Rolle?
 - Weist der Klient Annahmen auf, die zu einer Bedrohungsinterpretation führen?
2. Der Klient muss zu dem Schluss gekommen sein, dass tatsächlich ihm oder seiner Domäne Gefahr droht.
 - Welche Art von Gefahr nimmt der Klient an?
 - Warum nimmt der Klient an, dass *er* betroffen/gemeint ist?
 - Was macht die Gefahr gefährlich?
 - Weist der Klient Annahmen auf, die solche Interpretationen nahelegen?
3. Der Klient muss die Gefahr als persönlich relevant, als für sich schlimm/beeinträchtigend u.a. interpretieren?
 - Welche Konsequenzen gehen nach Ansicht des Klienten mit der Gefahr einher?
 - Was könnte Schlimmes passieren?
 - Warum wäre das, was passieren könnte, für den Klienten schlimm/beeinträchtigend etc.?
 - Weist der Klient Annahmen über mögliche Katastrophen auf oder über Abfolgen von Katastrophen, die solche Interpretationen nahelegen?
4. Der Klient muss annehmen, dass er schlecht oder gar nicht copen kann.
 - Warum nimmt er an, dass er nicht copen kann?
 - Traut er sich die notwendigen Fertigkeiten nicht zu?
 - Nimmt er an, dass er nur eine geringe Selbsteffizienz aufweist (vgl. Bandura, 1977, 2009; Bandura et al., 1977)?
 - Weist er Annahmen auf, die bewältigende Handlungen blockieren können?

Eine ähnliche Analyse kann der Therapeut bei allen anderen Emotionen durchführen, um die „emotionstypischen Verarbeitungsprozesse“ zu analysieren, zu klären und zu rekonstruieren. Wir wollen das hier noch einmal am Beispiel des Ärgers durchspielen.

Um Ärger zu empfinden, muss ein Klient wieder vier unterschiedliche Verarbeitungen vollziehen, aus denen sich erneut Leitfragen für eine Klärung ableiten lassen:

1. Der Klient muss eine Situation so interpretieren, dass in ihr bzw. durch sie wichtige Erwartungen (z.B. die Erwartung, von anderen nicht behindert zu werden) frustriert werden können.
 - Um welche Situation handelt es sich genau? Wer sind die relevanten Akteure? Von wem geht der potentielle Erwartungsbruch aus?
 - Um welche Erwartungen geht es?
 - Warum denkt der Klient, dass es zu einem Bruch der Erwartung kommen wird?
 - Welche Eigenschaften schreibt er der agierenden Person zu?
 - Weist der Klient Annahmen auf, die solche Interpretationen nahelegen?
2. Der Klient interpretiert, dass eine Frustration von Erwartungen stattgefunden hat und dass dies zu persönlichen Beeinträchtigungen führt.
 - Um welche Erwartungen geht es genau?
 - Weist der Klient Regel-Schemata auf, die dem Klienten nahelegen, bestimmte Erwartungen haben zu dürfen?
 - Warum genau erlebt der Klient eine persönliche Beeinträchtigung? Welche und warum?
3. Der Klient erlebt die Beeinträchtigung als persönlich relevant.
 - Weist der Klient Regel-Schemata auf, die die Beeinträchtigung als relevant definieren?
 - Welche wirklichen Ziele oder Motive des Klienten sind tatsächlich betroffen?
 - Wie stark ist das Ausmaß der Beeinträchtigung tatsächlich?
4. Der Klient hat die Annahme, dass er nicht copen kann oder entscheidet sich dann, nicht copen zu wollen.
 - Was hindert den Klienten daran, aktives Bewältigungsverhalten zu realisieren?
 - Fehlt dem Klienten Zutrauen in seine Fähigkeiten oder seine Selbst-Effizienz?
 - Oder: Warum entscheidet sich der Klient dafür, nicht zu copen?
 - Weist er Regeln auf, die besagen, dass er den Erwartungsbrecher bestrafen darf? Und möchte er genau das tun?

7.5 Veränderungen relevanter Schemata

Zur Veränderung problematischer Schemata kann man sehr gut das Ein-Personen-Rollenspiel einsetzen (vgl. Breil & Sachse, 2009; Sachse, 1983, 2006b; Sachse et al., 2008). Hier können wir das Verfahren nur kurz skizzieren (zum ausführlichen Vorgehen siehe Sachse et al., 2008).

Beim Ein-Personen-Rollenspiel, so wie wir es verwenden, wird ein Klient von seinem Therapeuten angeleitet, sein eigener Therapeut zu sein und seine dysfunktionalen oder kompensatorischen affektiven oder kognitiven Schemata zu disputieren. Das EPR bedient sich dabei der Methoden des „Rollentausches“, indem der Klient sich in die Rolle seines eigenen Therapeuten einfinden soll, sowie der Technik des „Leeren Stuhls“, wenn der Klient in der Therapeutenrolle sich selbst als Klient auf dem leeren Stuhl vorstellt und direkt anspricht.

Im Ein-Personen-Rollenspiel definiert der Therapeut zwei Positionen für den Klienten:

- die Klientenposition: der Klient als Klient (KK)
- die Therapeutenposition: der Klient als sein eigener Therapeut (KT).

Um dem Klienten die beiden Positionen augenscheinlich zu machen und es dem Klienten zu erleichtern, von einer Position in die andere zu wechseln, stellt der Therapeut zwei Stühle gegenüber (sodass sich zwei gegenüber sitzende Personen ansehen können) und definiert auf jedem Stuhl eine der Positionen für den Klienten; seinen eigenen Stuhl stellt er querab zu den beiden Stühlen (vgl. Abbildung 7.1).

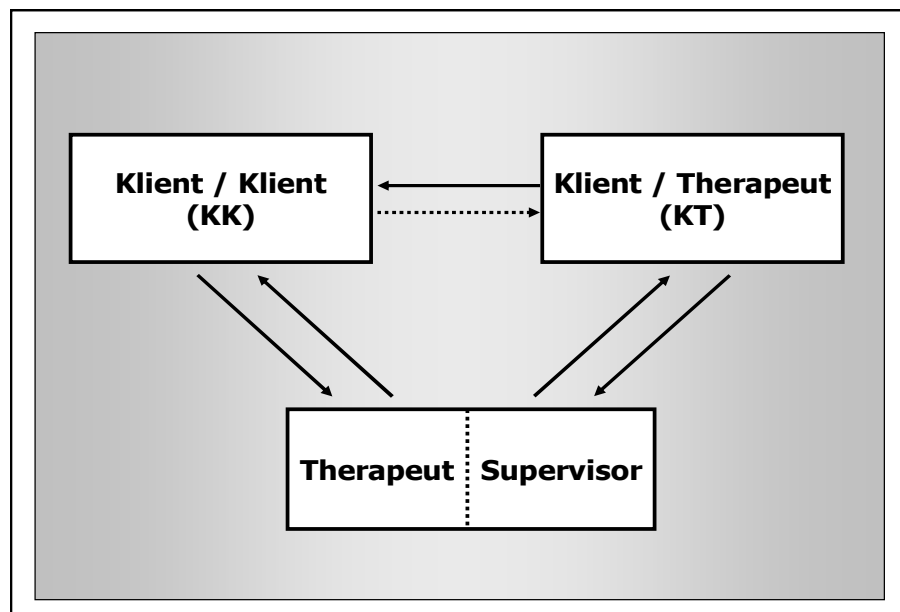


Abbildung 7.1: Positionen im Ein-Personen-Rollenspiel

Die räumliche Trennung der beiden Klienten-Positionen in zwei Stühle ist vorteilhaft, weil Klienten vor allem zu Beginn oft Schwierigkeiten haben, eine andere Perspektive einzunehmen und aus ihrem gewohnten Bezugssystem herauszutreten. Die räumliche Trennung dieser beiden Positionen erleichtert es dem Klienten, sich von seinem eigenen Überzeugungssystem zu distanzieren und einen „geistigen Positionswechsel“ durchzuführen. Somit dient der Stuhlwechsel dazu, dem Klienten zu helfen,

- Aspekte auseinander zuhalten;
- sich von eigenen Annahmen zu distanzieren;
- neue Perspektiven sehr konsequent und gründlich einzunehmen;
- diese neuen Perspektiven zu durchdenken, konsequent *dazu* Gedächtnisbestände zu aktivieren;
- diese Positionen probeweise zu glauben, mit „ihnen zu spielen“, sie auf sich wirken zu lassen.

Die Aufgabe des Klienten auf der *Klienten-Position* besteht darin, seine dysfunktionalen Annahmen zu vertreten, sozusagen „er selbst zu sein“. Der Klient aktiviert und klärt mit Hilfe des Therapeuten seine Schemata, arbeitet Annahmen heraus, die sich mit Hilfe des EPR prüfen lassen, und er prüft hier, nachdem der Klient als Therapeut Gegenannahmen entwickelt hat, in wie weit ihn diese Gegenargumente überzeugen.

Auf der *Therapeuten-Position* hat der Klient z.B. die Aufgabe, sich von seinen Annahmen zu distanzieren, sie kritisch zu hinterfragen und zu prüfen, Gegenannahmen oder Gegenaffekte zu entwickeln, Ressourcen zu aktivieren, den Klienten zu Veränderungen zu motivieren usw.

Der Therapeut hat beim EPR, genau wie der Klient, zwei Rollen oder Funktionen zu erfüllen. Sitzt der Klient auf der Klienten-Position, dann nimmt der *Therapeut* die Rolle eines Therapeuten ein und hat auch die „normalen“ Aufgaben eines Therapeuten. Er unterstützt den Klärungsprozess, hilft dem Klienten, bearbeitbare Annahmen zu formulieren, und leitet den Klienten an, die Gegenargumente des Klient-Therapeuten zu prüfen.

Sitzt der Klient auf der Therapeuten-Position, dann nimmt der Therapeut die Rolle des *Supervisors* für diesen Therapeuten ein, mit allen Aufgaben und Möglichkeiten, die zu dieser Rolle gehören. Er unterstützt den Therapeuten darin, Gegenargumente zu finden, Annahmen zu prüfen und zu hinterfragen, er macht den Therapeuten auf Inhalte aufmerksam, die der Klient äußert, arbeitet mit dem Therapeuten Implikationen der vom Klienten geäußerten Annahmen heraus, usw.

Auf beiden Positionen überwacht der Therapeut die Arbeit des Klienten genau und achtet darauf, dass der Klient die jeweilige Position konsequent einnimmt. Diese Aufgabe des

Therapeuten ist wesentlich, da Klienten, insbesondere zu Beginn dieser Therapiemethode, nicht diszipliniert sind. Sie nehmen oft auf der Therapeuten-Position die Auffassung des Klienten an und argumentieren aus der Klienten-Position. Dies darf der Therapeut nicht zulassen, er muss den Klient-Therapeuten in seine Rolle zurückholen oder ihn wieder auf den Klienten-Stuhl zurücksetzen.

1. *Schritt*: Der Klient sitzt auf der Klienten-Position (KK) und vertritt die dysfunktionale Annahme.
2. *Schritt*: Der Klient sitzt auf der Therapeuten-Position (KT), arbeitet mit dem Supervisor Gegenstrategien gegen die dysfunktionale Annahme aus und sagt sie dem Klienten, den er auf dem Stuhl gegenüber imaginiert, anschließend direkt.
3. *Schritt*: Klient sitzt auf der Klienten-Position (KK) und prüft nun zusammen mit dem Therapeut die Stimmigkeit der Gegenstrategie.

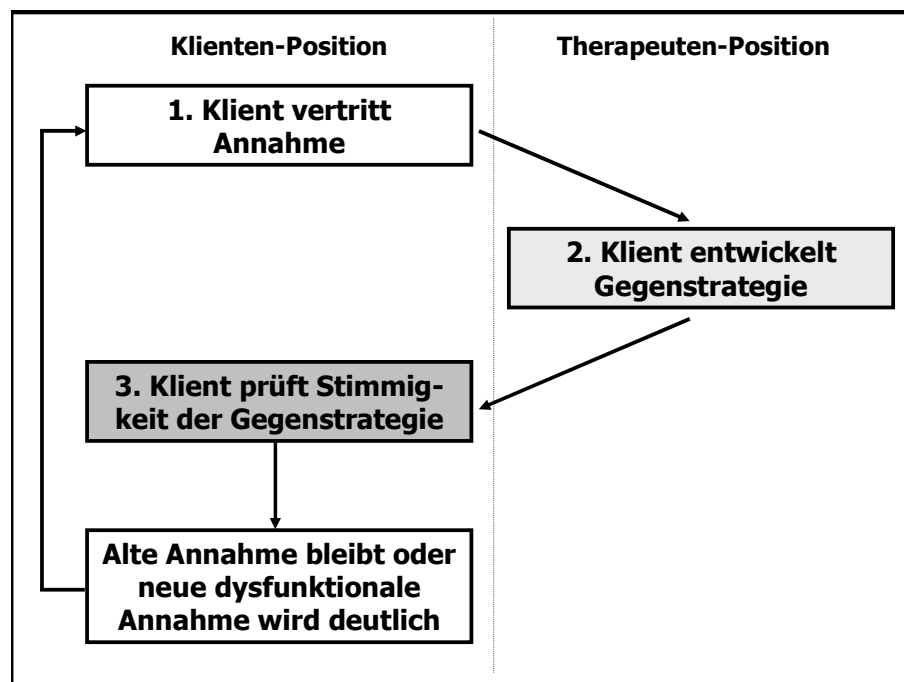


Abbildung 7.2: Der Ablauf eines Ein-Personen-Rollenspiels (EPR)

Die Zyklen von Dreier-Sequenzen im EPR sollen nun etwas ausführlicher betrachtet werden.

1. *Klient auf der Klientenposition: Herausarbeiten einer bearbeitbaren Annahme*

Das EPR beginnt, wenn es Therapeut und Klient gelungen ist, eine *bearbeitbare Annahme* herauszukristallisieren, d.h. eine Annahme, die nun im EPR geprüft und verändert werden soll und verändert werden kann.

Eine *bearbeitbare Annahme* sollte dabei folgenden Kriterien genügen: Sie sollte

- ein Aspekt eines problemrelevanten, dysfunktionalen (oder kompensatorischen) Schemas sein.

Hat ein Klient z.B. ein negatives Selbst-Schema, dann könnte eine Annahme, die bearbeitet werden kann, sein: „Ich bin ein Versager“. Die Annahme kann aber auch aus den Schemaebenen 2 (z.B.: „Wenn ich ein Versager bin, werde ich ausgeschlossen und bin allein“) oder aus Ebene 3 stammen (z.B.: „Allein zu sein ist furchtbar“). Die Annahme kann kognitiv sein und starke affektive Anteile enthalten (die der Klient nun aktuell an vorhandenen Affekten spürt).

- für das jeweilige Schema möglichst zentral sein.
- möglichst konkret und präzise formuliert sein.
- möglichst kurz sein; je länger und komplizierter eine Annahme ist, desto schwerer lässt sie sich bearbeiten.
- keine Realitätsaussage sein, wie z.B. „ich habe Angst“ oder „wenn XY auftaucht, bin ich gelähmt“. Aussagen des Klienten, wie Situationsbeschreibungen, Aussagen über eigene Handlungen und eigene Reaktionen können nicht im EPR geprüft werden.

Sinnvoll bearbeitbare Annahmen sind z.B.:

- Ich bin ein Versager.
- Ich habe im Leben alles falsch gemacht.
- Niemand interessiert sich für mich.
- Beziehungen sind nicht verlässlich.

2. Klient auf der Therapeuten-Position: Bearbeitung der Annahme

Die zweite Phase des Zyklus beginnt, wenn der Therapeut den Klienten auf die Therapeuten-Position (KT) wechseln lässt. Der Klient bearbeitet nun mit Hilfe des Supervisors die formulierte Annahme. Dabei haben Klient und Supervisor eine ganze Reihe Therapie-Strategien zur Verfügung (Sachse et al., 2008).

Diese Phase beginnt mit der Instruktion an den Klienten. Diese beinhaltet einige sehr wichtige Elemente, wie die Anweisung, der eigene Therapeut zu sein und sich als solcher bewusst von der Annahme des Klienten zu distanzieren. Sitzt der Klient auf dem Therapeuten-Stuhl, sagt

der Supervisor: „Sie sind jetzt Ihr eigener Therapeut. Das heißt, Sie sind ganz anderer Meinung als Ihr Klient. Ihre Aufgabe ist es, etwas zu finden, was Ihrem Klienten hilft. Ich unterstütze Sie dabei. Wir können erst einmal beraten, was hilfreich sein könnte. Ihr Klient sagt ... *(der Supervisor wiederholt die Annahme des KK)* ... Was könnte Ihrem Klienten helfen?“

Dann formulieren Supervisor und Klient-Therapeut eine (mehr oder weniger lange) *Gegenstrategie*. Dieser Prozess kann schnell gehen oder langwierig sein, je nachdem, wie gut der KT sich distanzieren und wie schnell er Gegenargumente entwickeln kann.

Der Zug endet damit, dass der Klient-Therapeut die erarbeitete Gegenstrategie dem Klient-Klienten, den er auf den gegenüberliegenden Stuhl imaginiert, sagt. Dabei hat es sich als vorteilhaft erwiesen, wenn der KT seinen KK „duzt“ und tatsächlich so anspricht, als würde er ihm gegenüber sitzen. Das heißt, der KT sollte den KK (auf dem leeren Stuhl gegenüber) ansehen (nicht den Supervisor!) und dem KK die erarbeiteten Gegenargumente in seinen eigenen Worten mitteilen. Der Supervisor gibt dabei gegebenenfalls Hilfestellungen bezüglich Formulierungen und der Eindringlichkeit der Argumentation. Es scheint hierbei günstig zu sein, wenn der KT dem KK auch mitteilt, was die Gegenstrategie für seine Annahme bedeutet. Zum Beispiel bei der Annahme „Ich bin inkompetent“ etwas wie „Es kann nicht sein, dass du völlig inkompetent bist, schließlich hast du ein Studium mit Auszeichnung abgeschlossen“.

3. Klient auf der Klienten-Position: Prüfen der Gegenargumente

Die dritte Phase des EPR beginnt, wenn der Klient auf die Klienten-Position zurückwechselt und dann die Gegenargumente, die der Klient-Therapeut ihm gesagt hat, prüft.

Sitzt der Klient wieder auf der Klienten-Position lautet die Instruktion, die der Therapeut ihm gibt: „Sie sind jetzt wieder Klient. Ihr Therapeut sagt ... *(Therapeut wiederholt die Gegenstrategie)* ... Lassen sie das mal auf sich wirken. Was überzeugt Sie davon? ... Und was überzeugt Sie nicht?“

Die Stimmigkeitsprüfung erfolgt hier in zwei Schritten. Im ersten Schritt soll der Klient feststellen, welche Aspekte ihn überzeugen und warum. Dies ist wichtig, damit die Aspekte, die bereits überzeugend sind, zunächst gründlich gewürdigt und analysiert werden; damit „bringt der Therapeut sozusagen die Ernte ein“. Dazu sollte sich der Therapeut unbedingt Zeit nehmen, die neuen Erkenntnisse mit dem Klienten mehrmals durchzugehen, um sie im Gedächtnis des Klienten zu verankern und bereits erste Konsequenzen daraus abzuleiten.

Im zweiten Schritt der Stimmigkeitsprüfung soll der Klient dann feststellen, welche Aspekte ihn nicht überzeugen (und warum nicht), ob es ein „Aber“ gibt, einen gefühlsmäßigen Widerstand oder ein (diffuses) Unbehagen. Der Therapeut macht hier deutlich, dass es beim EPR *nicht* darum geht, den Klienten zu überreden oder dem Klienten Inhalte zu vermitteln, die er eigentlich nicht akzeptieren kann. Es geht vielmehr darum, solche Inhalte zu finden, die der Klient integrieren kann. Daher instruiert der Therapeut den Klienten hier, die vom Therapeuten geäußerten Gegenargumente *sehr genau und sehr kritisch zu prüfen*. Findet der Klient ein „Aber“, klären Therapeut und Klient ausführlich, was dieses „Aber“ ist; dabei werden oft neue Schema-Aspekte herausgearbeitet, die dann der Ausgangspunkt für einen neuen Zyklus sind.

Gerade diese Stimmigkeitsprüfung ist es, die das EPR zu einem lernenden, selbstregulativen System macht. Wenn der Klient neue Ideen und Interpretationen entwickelt, kann er selbst prüfen, ob diese wirksam sind; sind sie es, kann er sie integrieren; sind sie es nicht, muss er weiter suchen, weiter analysieren, weiter explizieren, usw. Die mangelnde Stimmigkeit weist darauf hin, dass es noch weitere, bisher noch nicht geklärte und herausgearbeitete Annahmen gibt, die jedoch, da sie wirksam sind, nun herausgearbeitet werden müssen, um dann in der Therapie bearbeitbar zu sein. In der KOP wird dieser Prozess „Vertiefung der Explizierung“ genannt und dieser Prozess ist zentral dafür, wirksame, aber schwer fassbare Annahmen zu repräsentieren.

7.6 Emotionskontrolle

7.7.1 Allgemeines

Die Regulation von Emotionen kann in verschiedenen Kontexten eine große Bedeutung haben (Egloff, 2009). Selbst Personen ohne signifikante Emotionsstörungen können davon profitieren, wenn sie in der Lage sind, ihre Emotionen zu kontrollieren, um damit ihre kognitive Leistungsfähigkeit sowie ihre Kreativität hoch zu halten und ihre Handlungsfähigkeit zu wahren.

Für Personen mit massiven „Emotionsausbrüchen“, also mit mehr oder minder ausgeprägter Emotionsdysregulation (die z.B. unter massiven Angstanfällen, Aggressionsausbrüchen etc. leiden), sind Möglichkeiten der Emotionsregulation aber von sehr großer Bedeutung (Ehring et al., 2010).

Mit der Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien und der Erforschung ihrer Effektivität verbinden sich vor allem die Namen James J. Gross (Gross, 1998a, 1998b, 2002, 2008; Gross & John, 2003; Gross & Levenson, 1993, 1997; Gross & Munoz, 1995; Gross & Thompson, 2007) und Hansjörg Znoj (Znoj, 2006, 2008; Znoj & Grawe, 2000; Znoj & Lude, 2002; Znoj et al., 2004). Einen Überblick über die Literatur vermittelt Barnow (2012).

7.7.2 Emotionsentwicklung und Emotionsregulation

Gross und John (2003) haben ein Phasen-Modell der Emotionsgenese beschrieben, aus dem sich unterschiedliche Arten von Emotionsregulationsstrategien ableiten lassen (vgl. Gross & Thompson, 2007). Das Modell umfasst folgende Phasen:

Phase 1: Situationsauswahl

Eine Person begibt sich in eine bestimmte Situation und vermeidet eine andere. Damit setzt sie sich bestimmten, emotionsauslösenden Situationsaspekten aus und vermeidet andere emotionsauslösende Aspekte.

Phase 2: Situationsveränderung

Die Person kann aktiv in eine Situation eingreifen und damit Aspekte der Situation verändern. Damit kann sie auch emotionsauslösende Situationsaspekte verändern.

Phase 3: Aufmerksamkeitssteuerung

Die Person kann ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte Situationsaspekte richten (und damit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass diese Emotionen auslösen) oder sie kann ihre Aufmerksamkeit gezielt von bestimmten Aspekten abziehen (und damit die Wahrscheinlichkeit senken, dass diese Aspekte Emotionen auslösen).

Phase 4: Reappraisal

Die Person kann die kognitiven Interpretationsprozesse verändern, d.h. sie kann in die Appraisal-Prozesse eingreifen und damit die emotionale Verarbeitung selbst ändern.

Phase 5: Reaktionsveränderung

Eine Person kann die physiologischen, verhaltensmäßigen oder erlebnismäßigen Reaktionen einer Emotion beeinflussen, z.B. im Sinne einer Reaktionsunterdrückung.

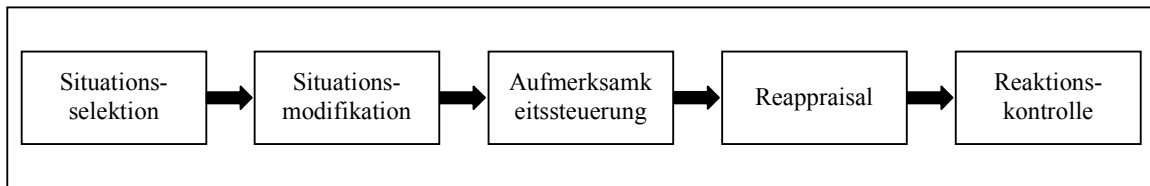


Abbildung 7.3: Phasen einer Emotionsgenese und die Ansatzpunkte zur Emotionskontrolle

Gross (2001) nimmt an, dass Regulationsstrategien, die früh in den Prozess der Emotionsgenese eingreifen, effektiver sind als solche, die spät eingreifen.

Gross (1998b) unterscheidet fünf prinzipielle Arten von Emotionsregulationsstrategien:

1. *Selektion von Situationen*: Eine Person kann bestimmte Situationen gezielt aufsuchen oder gezielt vermeiden, um Emotionen zu provozieren oder die Entstehung von Emotionen komplett zu vermeiden.
2. *Situationsmodifikation*: Eine Person kann eine Situation gezielt verändern, um so die emotionalen Auslösebedingungen zu verändern.
3. *Aufmerksamkeitssteuerung*: Eine Person kann ihre Aufmerksamkeit gezielt auf bestimmte Aspekte ausrichten oder gezielt von Aspekten abziehen; auf diese Weise können emotionsauslösende Stimuli verstärkt oder reduziert werden.
4. *Kognitive Veränderungen; Reappraisal*: Die kognitiven Interpretationsprozesse können gezielt verändert werden.
5. *Reaktionsbezogene Strategien*: Die physiologischen, erlebnisorientierten oder verhaltensbezogenen Reaktionen können von der Person beeinflusst werden.

7.7.3 Unterschiede in den Effekten unterschiedlicher Emotionsregulationstechniken

Wie ausgeführt setzen unterschiedliche Techniken der Emotionsregulation an unterschiedlichen Prozessen der Emotionsgenese an. Und damit erzeugen sie unterschiedliche Effekte.

Studien zeigen, dass Emotionsregulationstechniken, die zu einer *Unterdrückung des Emotionsausdrucks* führen, weniger effektiv sind als Techniken, die zu einem *Reappraisal*, also zu kognitiven Interpretationsveränderungen führen.

Man kann annehmen, dass Techniken der Emotionsunterdrückung Selbstkontrolltechniken sind, die mit hohem kognitiven Aufwand und Senkung der Motivation, diese auszuführen, einhergehen (Baumeister et al., 1998; Muraven et al., 1998), während Techniken des Reappraisal Selbstregulationstechniken sind, die diese Nachteile nicht aufweisen (Richards & Gross, 2000). Daher sind Reappraisal-Techniken, vor allem solche, die zu einer *nachhaltigen* und grundlegenden Veränderung von kognitiven Interpretationen führen (wie z.B. Schema-Änderungen), effektiver als Techniken, die im Sinne von ständiger Selbstkontrolle verwendet werden müssen (John & Gross, 2004, 2007).

Techniken der Unterdrückung von Emotionsausdruck verhindern nur das Zeigen von Emotionen effektiv, führen aber dazu, dass die subjektiven Empfindungen der Emotion unverändert bleiben und führen damit dazu, dass die Person ein subjektives Missempfinden nicht kontrollieren kann und kognitive Beeinträchtigungen erlebt. Dagegen führen Reappraisal-Techniken *sowohl* zu einer Reduktion des Emotionsausdrucks, *als auch* zu einer Reduktion des emotionalen Erlebens und der physiologischen Reaktionen (Ehring et al., 2010; Gross, 1998a; Gross & Levenson, 1993, 1997; John & Gross, 2004, 2007; Rottenberg et al., 2007; Richards & Gross, 1999, 2000, 2006; Stepper & Strack, 1993; Strack et al., 1988).

Eine Unterdrückung emotionaler Reaktionen führt zu negativer Stimmung, schlechterem psychischen Funktionieren (z.B. kognitiven Beeinträchtigungen) und geht mit einem höheren Ausmaß an psychischer Störung einher (Gross & John, 2003; Moore et al., 2008).

Die Unterdrückung emotionaler Reaktionen erweist sich darüber hinaus als hochgradig kapazitätsaufwendig: Dadurch werden Gedächtnisaktivierungsprozesse beeinträchtigt, die Verarbeitung sozialer Informationen wird gestört; dagegen erzeugen Reappraisal-Strategien derartige „kognitive Kosten“ nicht (Butler et al., 2003; Richards & Gross, 2000).

Es gibt empirische Evidenzen dafür, dass eine chronische Anwendung von Emotionsunterdrückungsstrategien im Alltag zu anhaltendem negativen Affekt führt: Die Personen bemerken ihre mangelnde Authentizität, ihre hohe Inkongruenz und ihr schlechtes soziales Funktionieren (Gross & John, 2003; Sheldon et al., 1997).

Personen, die versuchen, ihre Emotionen zu unterdrücken, gelingt es oft nicht, diese effektiv vor anderen zu verbergen: Trotz Emotionsunterdrückung nehmen Interaktionspartner oft die negativen Emotionen wahr (Gross & John, 2003).

Im Vergleich mit Reappraisal-Strategien führen Unterdrückungsstrategien

- zu deutlich höheren „kognitiven Kosten“;
- einer Verschlechterung der Verarbeitung sozialer Informationen;

- zu anhaltend negativen Affekten;
- zu einer Verschlechterung emotionalen Austausches mit anderen;
- zu einer eher unvollständigen „Verschleierung“ negativer Emotionen, d.h. insgesamt zu stärkerem Ausdruck negativer Emotionen.
- Alle diese Faktoren führen letztlich zu einer verstärkten sozialen Isolation (Gross & John, 2003; Rime et al., 1992).

Dagegen haben Reappraisal-Strategien den Vorteil, dass sie

- Emotionen wirkungsvoll regulieren;
- nicht zu negativen Affekten führen, nicht zu einem Erleben von Inkongruenz etc.;
- positive Affekte erzeugen und einen Zustand von Ausgeglichenheit;
- keine oder nur wenige „kognitive Kosten“ verursachen, keine Beeinträchtigungen von Gedächtnisleistungen und der Verarbeitung sozialer Informationen.

Hier könnte allerdings der Eindruck entstehen, dass durch Reappraisal alle Probleme wirkungsvoll gelöst werden können und dass eine Person sich damit eine „schöne neue Welt“ kreieren kann: Wir glauben jedoch, dass solche Strategien schnell an Grenzen stoßen können und dass diese Grenzen im Wesentlichen durch das affektive System determiniert werden.

Es gibt empirische Belege dafür, dass depressive Personen ungünstige Emotionsregulationsstrategien verwenden (im Sinne von Emotionsreaktionsunterdrückung; vgl. Ehring et al., 2008, 2010; Gross & Munoz, 1995).