

Ulrike Russinger

# Gefühle bewegen

## Gefühle wahrnehmen, regulieren und transformieren. Wie können diese Prozesse in der Therapie gefördert werden?

### EINLEITUNG

**S**eit vielen Jahren beschäftigt mich in meiner therapeutischen Tätigkeit die Frage, wie ich dazu beitragen kann, einengende, starre Fühl-Denk-Verhaltensmuster (vgl. Ciompi, 1997, 2002) von Klient\*innen so zu verändern, dass diese ihr Leben weniger beeinträchtigen. In diesem Fall scheint mir eine Erweiterung des systemischen Repertoires um gezielte emotionsbasierte Interventionen nötig und hilfreich (vgl. Wagner, Russinger, 2016).

Eine solche Einengung kann sich auf vielen Ebenen zugleich zeigen, sowohl in der emotionalen Selbstregulation von Klient\*innen – ihre Symptome sind häufig mit Problemen der Spannungsregulation verbunden – als auch in Bezug auf ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstfürsorge. Fast immer zeigt sie sich in der Beziehungsgestaltung mit nahen Menschen, zum Beispiel durch mangelnde oder auch übermäßige Abgrenzung.

Emotionsbezogene Interventionen versuchen auf alle Aspekte von Fühl-Denk-Verhaltensmustern einzuwirken, setzen aber primär bei den Emotionen an. Dabei geht es zu allererst um:

- die bewusste Wahrnehmung von Emotionen (was lösen kommunikative Ereignisse aus),
- die Emotionsklärung (welche möglicherweise auch

widersprüchlichen Gefühle sind damit verbunden, wie lassen sie sich in Sprache bringen) und

- die Emotionsregulation (wie lassen sich Gefühle steuern ohne, dass selbst- oder fremdschädigende Handlungen gesetzt werden).

Die größte Herausforderung bei emotionsfokussierten Prozessen stellt jedoch die Transformation von Emotionen dar. Transformation heißt, alte prägende Erfahrungen von Ausgeliefertsein, Abwertung, Verletzung oder auch von abgespaltener Wut so zu bearbeiten, dass sie ein Kapitel der Vergangenheit werden können und das gegenwärtige Leben nicht mehr (erheblich) beeinträchtigen (vgl. Wagner, Russinger, 2018).

In der Praxis lassen sich diese Prozesse natürlich nicht klar voneinander trennen. Wenn man deutlich wahrnehmen kann, was einen hindert, einen erwünschten Schritt zu vollziehen und wenn alle damit verbundenen Ambivalenzen abgewogen und ausbalanciert sind, dann kann man ihn im besten Fall auch tun. Manchmal bedarf es dazu aber noch mehr. Bei lebensgeschichtlich gewachsenen, fest etablierten, d. h. durch unzählige Wiederholungen gut gebahnten Fühl-Denk-Verhaltensmustern kann eine biografisch orientierte Bearbeitung von „emotionalen Schlüsselerfahrungen“ (Wendisch, 2015) einen wesentlichen Beitrag zur Veränderung bewirken.

Ich möchte in diesem Artikel zwei theoretische Konzepte skizzieren, die aus meiner Sicht Orientierung im

Fallverständnis und, daraus abgeleitet, hilfreiche Handlungsempfehlungen enthalten: das Konzept der „emotionalen Schlüsselerfahrungen“ (Wendisch, 2015) und das Konzept des „Inneren Alarmsystems“ (Nissen, Sturm, 2018).

Einen Orientierungsrahmen und ein grundlegendes Verständnis davon, wie hochbelastete emotionale Erfahrungen traumaspezifisch abgespeichert werden, d. h. anders als andere negative Erfahrungen und damit auch tiefgreifende Auswirkungen auf das Leben der Klient\*innen bergen, bieten die Erkenntnisse der Psychotraumatologie.

Diesbezüglich werde ich auf zwei Aspekte eingehen: die neurobiologischen Grundlagen der Abspeicherung traumatischer Erfahrungen sowie daraus abgeleitete Prinzipien der Therapiegestaltung.

Bei der therapeutischen Arbeit mit hoch belastenden emotionalen Erfahrungen, die noch wenig integriert sind, gilt das Prinzip des „Window of tolerance“ (Ogden, 2009). Eine Verarbeitung von sehr schmerzlichen/traumatischen Erfahrungen kann nur innerhalb des emotional/physiologischen Toleranzbereichs von Klient\*innen gelingen (für eine detaillierte Darstellung zum Thema Psychotraumatologie siehe auch Fischer & Riedesser, 2009, Huber, 2003 und Russinger, 2004). Dieses „Window of tolerance“ immer zu suchen und sich therapeutisch so gut als möglich darauf abzustimmen, stellt aus meiner Sicht eine der Herausforderungen dar, der sich die Therapeut\*in, auch bei der Bearbeitung von anderen (nicht traumatischen), aber sehr schmerzlichen emotionalen Erfahrungen, stets bewusst sein muss.

## 1. EXKURS: EIN THEORETISCHES VERSTÄNDNIS „UNVERARBEITETER EMOTIONEN“ UND ZUGANG ZU DIESEN AUS TRAUMATHERAPEUTISCHER SICHT

Zu einer psychischen Traumatisierung kommt es, wenn ein Ereignis die Belastungsgrenzen eines Individuums übersteigt und so nicht mehr adäquat verarbeitet werden kann.

Ein psychisches Trauma entsteht (nach Fischer & Riedesser, 2009, S. 84):

- wenn ein vitales Diskrepanz-Erlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten besteht,
- dies mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht,
- und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.

Diese Definition ist relational, d. h. je intensiver die traumatische Situation und je geringer die Schutzfaktoren (vulnerables Alter, belastende Vorerfahrungen, mangelnde Unterstützung), desto wahrscheinlicher wird eine Hochstress-Erfahrung traumaspezifisch abgespeichert.

Wenn in einer existentiell bedrohlichen Situation Kampf oder Flucht als Notfallmaßnahmen („traumatische Zange“ nach Huber, 2003) nicht mehr möglich sind, kommt es zu einer Art Totstellreflex („Freeze“) bzw. zu einer „parasymphatischen Dissoziation“. Dabei ist der Reizstrom nach innen und außen unterbrochen, verbunden mit einem Gefühl „aus sich herauszutreten“ (siehe auch Fallbeispiel Frau T). Diese Schutzreaktion des Gehirns bewirkt ein Abspalten unerträglicher Erlebnisinhalte, Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen und Schmerzen. Was kurzfristig überlebensnotwendig ist, birgt aber ungünstige Auswirkungen auf die längerfristige Verarbeitung und Bewältigung der hochbelastenden Erfahrungen. Die Aktivität des Hippocampus („Gedächtnisarchivar“) der Schaltstelle zwischen Kurz- und Langzeitgedächtnis wird durch eine massive Cortisol-Ausschüttung unterdrückt, gleichzeitig bleibt der innere Alarmzustand und die Aktivierung der Amygdala, die auf schnelles Reagieren in Gefahrensituationen programmiert ist, aufrecht. Dies bedeutet, dass traumatische Erfahrungen eher als Gefühlszustände, als Bilder, als „Körpererinnerungen“, als fragmentierte Wahrnehmungen abgespeichert werden und nicht als geordnete, zeitliche und kausale Erinnerungen im Sinne von „damals und dort geschah in dieser zeitlichen Abfolge dieses und jenes“. Diese Wahrnehmungssplitter

behalten ihre ursprüngliche Erlebnisqualität bei, sie werden nicht kortikal verarbeitet und damit in einen Bedeutungskontext mit den anderen Erfahrungen des Lebens eingeordnet. Daher können sie sprachlich oft nur eingeschränkt oder gar nicht kommuniziert werden und entziehen sich damit einer kognitiven Bearbeitung. Gleichzeitig kann durch „Trigger-Reize“, die mit den unverarbeiteten Erlebnissen assoziiert sind – wie eine bestimmte Stimme, ein Geruch, eine bestimmte soziale Situation –, ein „Wiedererleben“ dieser Gefühlszustände ausgelöst werden. Dabei kann der ursprüngliche Zusammenhang kognitiv häufig nicht mehr hergestellt werden: „Die ärgerliche Stimme meines Chefs und die damit verbundene Schreckstarre, das fühlt sich an wie früher“.

Was bedeutet dies in Bezug auf den therapeutischen Zugang und die Verarbeitung



**MAG. A ULRIKE RUSSENGER** ist Psychotherapeutin (SF, KP), Lehrtherapeutin (LASF) seit 1996, Magistra der Psychotherapiewissenschaften, Supervisorin, Hypnotherapeutin und Traumatherapeutin. Schwerpunkte: emotionsbasierte systemische Therapie, Traumatherapie. Freie Praxis und Lehrtätigkeit..

emotional schmerzlicher Erfahrungen? Es ist von zentraler Bedeutung, den therapeutischen Prozess so zu gestalten, dass sowohl ein ungeschütztes „Wiedererleben“ dieser Zustände als auch eine erneute Dissoziation („Wegkippen“) nach Möglichkeit vermieden werden. Befindet sich eine Klient\*in in einer „Hypoarousal Zone“ (Untererregung) und ist emotional wenig aktiviert, ist eine Bearbeitung der emotionalen Zustände, die im limbischen System gespeichert sind und aus denen wieder so etwas wie eine integrierte Erinnerung werden soll, ebenfalls nicht möglich. Eine Verarbeitung hochbelastender Erfahrungen erfordert, dass sich Klienti\*innen innerhalb des oben angesprochenen „Window of tolerance“ (Ogden, Minton, Pain, 2006) bewegen. Dafür ist eine ständige sorgfältige therapeutische Abstimmung nötig. Es geht um das Wahre einer Balance zwischen Aktivierung der „schwierigen Gefühle“ und Stabilisierung, zwischen Ressourcenorientierung und Unterbrechung „alter Muster“. Neben ausreichender Psychoedukation und einer haltgebenden therapeutischen Beziehung bedarf es hierbei eines Repertoires an stabilisierenden Übungen und Interventionen, auf die Therapeut\*in und Klient\*in gemeinsam zurückgreifen können. Diese sind vor allem dann bedeutsam, wenn unbeabsichtigt doch emotionale Zustände „getriggert“ werden, welche die Klient\*innen zu überfluten drohen.

Es ist von zentraler Bedeutung, den therapeutischen Prozess so zu gestalten, dass sowohl ein ungeschütztes „Wiedererleben“ des Traumas als auch eine erneute Dissoziation („Wegkippen“) nach Möglichkeit vermieden werden.

Traumazentrierte Psychotherapie verfügt über vielfältige Methoden für die Verarbeitung und Integration von traumatischen Erfahrungen (Trauma-Konfrontation). Trotzdem blieben für mich bei aller Reichhaltigkeit des Repertoires lange Zeit viele Fragen offen. Denn nicht immer handelt es sich bei diesen zentralen behindernden Fühl-Denk-Verhaltensmustern um die Folgen von traumatischen Erfahrungen in einem eng definierten Bereich, wie bei familiären oder anderen Gewalterfahrungen, sexuellem Missbrauch oder extremer Vernachlässigung, um nur einige der klassischen „großen Traumata“, auch „Big T“ genannt (nach Shapiro, 1998), hervorzuheben. Sollen für verletzte Bindungserfahrungen und unzureichende Befriedigung der Grundbedürfnis-

se die gleichen Prinzipien und Vorgangsweisen gelten? Nach Shapiro würden solche Erfahrungen unter „Small T“ fallen: Erlebnisse, die mit Demütigung, Scham und Ohnmacht verbunden sind. „Small T“ Erfahrungen sind zwar selten mit akuter Lebensbedrohung verbunden, aber sie finden häufig wiederholt statt und hinterlassen sehr wohl ihre „Spuren“.

Zwischen „Big T“ und „Small T“ Erfahrungen bestehen in der Praxis häufig Gemeinsamkeiten. Auch zeigen sich diagnostische Überschneidungen und es kann diskutiert werden, ob es sich bei den Problemen/Störungen, Symptomen und Beziehungseinschränkungen einer Klient\*in eher um die Folgen einer Persönlichkeitsstörung/Akzentuierung handelt oder, ob die wahrgenommenen Symptome als typisch für eine Traumafolgestörung zu verstehen sind.

## 2. DAS KONZEPT DER „EMOTIONALEN SCHLÜSSELERFAHRUNGEN“

Wendisch (2015) sieht einengende Fühl-Denk-Verhaltensmuster von Klient\*innen wesentlich durch sogenannte „emotionale Schlüsselerfahrungen“ begründet. Er meint damit chronisch belastende Erfahrungen, die sich zwar meist unterhalb der Schwelle traumatischer Belastungen befinden, aber trotzdem einen dauerhaften Einfluss auf die Klient\*in haben, da ihr Erleben in der Regel in den ersten 10–20 Lebensjahren begann und sie damit entwicklungsrelevant sind.

Diese „Schlüsselerfahrungen“ hinterlassen aus Sicht der Schema-Modus Therapie aufgrund langanhaltender, starker emotionaler Erregung einen „Abdruck“ im neuronalen Netz des Gehirns. Sie wirken wie ein Attraktor: „Man kann sich das bildhaft vorstellen, wie einen Trampelpfad auf einer Wiese“ (Roediger, 2010, S 22). Diese wiederholten Erfahrungen sind sehr häufig Beziehungserfahrungen in der Familie, d.h. biografische Prägungen, bei denen Grundbedürfnisse verletzt oder nicht ausreichend befriedigt worden sind. Diese verletzenden Erfahrungen können aber auch andersorts, wie im Kindergarten, in der Schule oder im Heim erlitten werden. Sie gehen mit Gefühlen von Ohnmacht, Demütigung, Verlassenheit, Wertlosigkeit u.a.m. einher. Und sie bedingen eine erhöhte Reaktionsbereitschaft bei den betroffenen Menschen, die immer wieder aktiviert werden kann, wenn es einen (manchmal auch nur kleinen Auslöser) im Außen gibt oder dieser auch nur vermutet wird.

*Ein Beispiel: Eine Bezugsperson zeigt eine kleine Unacht-*

samkeit oder Unzuverlässigkeit und die ganze Beziehung wird in Frage gestellt, weil es das „Verlassenheits-Schema“ der betroffenen Person aktiviert, die sich von ihren Eltern in emotionalen Stress-Situationen häufig allein gelassen gefühlt hat.

Young (2006) der Begründer der Schema-Modus Therapie verwendet in diesem Zusammenhang den sehr treffenden Begriff „Lebensfalle“. Damit ist gemeint, dass Menschen vor dem Hintergrund emotionaler Schlüsselerfahrungen darum bemüht sind, diese durch den Aufbau von Schutzstrategien gegen die ursprüngliche Verletzung zu bewältigen. Dies ist ein Prozess ihres impliziten Gedächtnisses, also keine aktive kognitive Leistung. Betroffene greifen dafür auf basale, evolutionäre Verteidigungsstrategien in Bedrohungssituationen zurück wie auf Kampf, Flucht, Unterwerfung oder Erstarrung. Diese Bewältigungsreaktionen sind als Schutzstrategien funktional, allerdings neigen sie dazu, sich zu „verselbständigen“ und wie automatisiert abzulaufen. So tragen sie dazu bei, etwas, was sie eigentlich verhindern wollen, aufrecht zu erhalten. Wie oben angesprochen können aktuelle Trigger alte Gefühle auslösen. Betroffene können vor diesem Hintergrund nur schwer zwischen gegenwärtigen Auslösern und biografischen Erfahrungen unterscheiden.

*Ein Beispiel: Eine Klientin, die in einer bürgerlich gut etablierten, aber emotional sehr kargen Familie aufgewachsen ist, musste als die um zwei Jahre ältere Schwester oft auf ihren jüngeren Bruder – ein „Schreikind“ – aufpassen und wurde für alle seine Auffälligkeiten mitverantwortlich gemacht. Sie entwickelte einerseits eine sehr hohe, manchmal hinderliche Loyalität in Beziehungen, andererseits aber auch eine Neigung zu verstärkter Eifersucht und massiver Abwertung ihrer Bindungspersonen. Wann immer sich jemand aus ihrer Sicht nicht absolut „loyal“ ihr gegenüber zeigte, nahm sie das als Stich in die offene Wunde wahr und „bewältigte“ diesen mit einem radikalen Beziehungsabbruch. Für die beteiligten Personen waren ihre Reaktionen nicht nachvollziehbar. Dieses Muster führte zu einer zunehmenden Lebens-Enttäuschung und Isolation. „Ich bin innerlich wie tot. Ich vertraue niemandem mehr.“*

Eine „Desidentifikation“ im Sinne einer reflektierten Haltung ist oft erst das Ergebnis einer längeren Therapie: „Ich fühle mich im Moment wie damals [...], aber die jetzige Situation ist so und so anders, darum kann ich jetzt auch anders für meine Bedürfnisse eintreten.“ Hochbelastende Erfahrungen bewegen sich auf einem Kontinuum zwischen traumatischen, lebensbedrohlichen Erfahrungen und entwicklungsrelevanten, verletzenden Schlüsselerfahrungen.

Welche Wirkung sie entfalten, hängt unter anderem von folgenden Faktoren ab:

- von den individuellen persönlichen Ressourcen,
- vom Zeitpunkt und Ausmaß der Belastungen

- und von der Einbettung in den jeweiligen sozialen Kontext (d. h. *Nahm jemand meine Not wahr? Gab es vielleicht andere Personen als die primären Bezugspersonen, die Halt und Unterstützung geben konnten? Konnten wesentliche Erfahrungen des Angenommenseins und der Bestätigung vielleicht mit anderen wichtigen Personen realisiert werden? etc.*).

Im Zentrum der Therapie steht nach diesem Verständnis, die nachträgliche Verarbeitung biografischer Belastungen durch imaginative Transformation.

## EINWAND UND KRITIK

Aus systemtheoretischer Perspektive kann diese kausal wirkende Verknüpfung von früh erlittenen Verletzungen mit Defiziten in der Gegenwart als reduktionistisch betrachtet werden. Hier werden nicht die vergangenen Erfahrungen per se als Ursache für psychische Störungen gesehen, sondern die Reproduktion von problematischem Erleben durch Wiederholung. „Im Unterschied zu Kausalkonstruktionen, die Gegenwärtiges kausal auf Früheres zurückführen, ist aus systemtheoretischer Sicht die ‚Wiederholung‘ die ‚Ursache‘. Vergangenheit überlebt demnach ‚Wiederholungsakte‘. Die Ursache der Wiederholung ist ebenfalls die Wiederholung und nicht die Vergangenheit. Therapeutische Interventionen können darauf abzielen, in einem Akt der Beobachtung solche Wiederholungen zu identifizieren, ggf. diese Wiederholungen als Wiederholungen zu markieren und/oder deren erneute Wiederholung zu „verstören“ – in Form von einer Einladung zur Unterlassung oder dem Offerieren von Neuem.“ (Lieb, 2014, S. 68)

Dabei stellt sich die Frage, wie die erneute Wiederholung verstört werden und Neues offeriert werden kann. Exemplarisch hierfür war die Klage einer Klientin, die neben vielen anderen belastenden familiären Erfahrungen auch von früh an die „Aufgabe“ übernommen hat, ihre Mutter, die an einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung litt, zu retten und vom Selbstmord zu bewahren. „Ich weiß genau, ich sollte mich meiner Mutter und ihren ständigen Selbstmorddrohungen gegenüber mehr abgrenzen, aber ich halte das emotional einfach nicht aus [...] Ich komme bei dieser Vorstellung in totale Panik [...] Wenn sie sich dann doch etwas antut? Das würde ich nie verkraften.“

Kognitive Einsicht ist häufig allein nicht ausreichend hilfreich. Um eingebrannte Muster zu unterbrechen, bedarf es einer Verknüpfung mit anderen, neuen emotionalen Erfahrungen. Diese anderen Erfahrungen müssen eine gewisse emotionale Dichte und Glaubwürdigkeit aufweisen, um neues Verhalten zu ermöglichen. Und – das ist eine zentrale Erkenntnis aus der Arbeit mit traumatisierten Klient\*innen – sie müssen

**wiederholt gemacht werden**, um transformativ zu wirken. Eine einmalige Unterbrechung ist oft erst der Anfang.

Auch aus der Perspektive eines systemisch therapiepragmatischen Vorgehens, das sich eng am Auftrag der Klient\*innen orientiert, ist eine Bearbeitung biografisch leidvoller Erfahrungen keineswegs standardmäßig geboten. In vielen Fällen schildern Klient\*innen Probleme in der Gegenwart. Viele Leidenszustände lassen sich ausreichend positiv beeinflussen. Dies kann durch ein Fokussieren auf wünschenswerte Ziele und der dafür nötigen Ressourcen und/oder durch ein Reflektieren bzw. ein Verändern der sozialen Interaktionen, die sich um diese ranken, erreicht werden. Häufig geschehen erste Veränderungen allein schon durch die empathische Begleitung der Therapeut\*in und ein gemeinsames Ordnen der jeweils geschilderten Problemlagen sowie durch ein Sichtbarmachen der potentiellen Veränderungsmöglichkeiten. Findet auf diese Weise eine ausreichende Veränderung statt, bedarf es keiner biografischen Suche nach hinderlichen Schemata. Können allerdings Klient\*innen ihr eigenes Erleben/Handeln kaum begreifen („Mir fehlt die Gebrauchsanweisung für mich selbst!“ „Warum mache ich das bloß?“) und berichten sie von anhaltenden Schwierigkeiten im Umgang mit sich selbst und mit anderen, wird die Suche nach biografischen Bezügen bedeutsam, um so einen erweiterten therapeutischen Verstehens- und Handlungsspielraum zu erschließen.

## DIE VERARBEITUNG VON „EMOTIONALEN SCHLÜSSELERFAHRUNGEN“

Um „emotionale Schlüsselerfahrungen“ bearbeitbar zu machen, müssen sie zuerst im gemeinsamen Gespräch „aufgespürt“ und benannt werden. Nur selten können Klient\*innen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen ihren gegenwärtigen leidvollen Mustern und früheren Erlebnissen in einer Weise herstellen, der dann auch Ansatzpunkte für eine Veränderung in der Gegenwart liefern kann. Dies gilt auch dann, wenn es viele Klagen über das Aufwachsen in der Ursprungsfamilie gibt.

## EMOTIONALER ZUGANG

Eine sehr bekannte und häufig angewandte Form ist die ursprünglich von John und Helen Watkins formulierte „**Affektbrücke**“ (Watkins, 1971). Ein aktuelles Gefühl stellt die Brücke dar, mit der man von der aktuellen Situation zu einer früheren gelangen kann, die mit demselben Gefühl verbunden ist. Eine situative Imagination kann zum Beispiel mit einer belastenden Gegenwartsszene beginnen, von der aus ein „Float-back“

in die Vergangenheit angeregt wird: *„Bitte denken Sie nochmals an diese heftige Auseinandersetzung mit ihrem Partner [...] An die Situation in der Sie sich – wie schon so oft – gedacht haben, dass jedes Bemühen umsonst ist, dass er nie richtig für Sie da sein wird [...] Und dann denken Sie an das Gefühl, das damit verbunden ist [...] Sie kennen es schon so lange, immer wieder taucht es auf [...]*

*Nehmen Sie mit diesem Gefühl Kontakt auf, das Sie gerade so stark empfinden. Spüren Sie im Körper nach, wo genau Sie es jetzt spüren [...] Lassen Sie sich von dem Gefühl mitnehmen, wie auf eine Reise in eine frühere Zeit [...] Lassen Sie sich zurücktreiben in ihre Jugend und Kindheit [...] Bleiben Sie ganz bei Ihrem Gefühl und lassen Sie die Bilder aufsteigen, die mit diesen Gefühlen verbunden sind [...] Lassen Sie sich Zeit und nehmen Sie wahr, wo sie da landen und vielleicht können Sie mir das dann einfach mitteilen.“*

Eine situative Imagination kann auch eine vorher thematisierte emotional belastende Situation in der Vergangenheit zum Einstieg nützen: *„Sie haben vorher geschildert, wie schlimm diese Zeit war, in der sich ihre Eltern im Scheidungskrieg befanden [...] wenn sie da nochmals zurückdenken [...] Sie waren acht Jahre alt [...] und sie gehen innerlich nochmals in diese Zeit zurück, in dieses Gefühl der dauerhaften Anspannung, von der sie mir erzählt haben, welche Bilder tauchen dann auf?“*

## KOGNITIVER ZUGANG: SCHLÜSSELSÄTZE

Im Zuge einer Anamnese mit Genogramm können oft schon erste **Schlüsselsätze** gefunden werden. Klient\*innen formulieren selbstwertmindernde Überzeugungen: *„Ich war meinen Eltern nie gut genug. Ich glaube auch heute noch, dass ich nicht viel auf die Reihe kriege.“ Oder „Ich habe nie das Gefühl gehabt, richtig dazuzugehören, für mich war einfach kein Platz. Damit tue ich mir heute noch schwer.“*

Diese Schlüsselsätze sollten gemeinsam dahingehend überprüft werden, ob sie genau das treffen, worunter die Klient\*in auch heute noch leidet. Die Sätze können vorgelesen werden und wie oben beschrieben zum Einstieg in das emotionale Erleben genützt werden.

## IMAGINATIVE TRANSFORMATION

Das Ziel der „Bearbeitung“ einer vergangenen schmerzlichen Erfahrung kann nie das „Ungeschehen machen“ oder „Löschen“ dieser Erfahrung sein. Im besten Fall gelingt es, diese Erlebnisse in das gegenwärtige Leben so zu integrieren, dass die oben beschriebenen automatischen Gefühlsreaktionen nicht mehr ungebremst ablaufen.

Wie kann das erreicht werden? Die meisten imaginativen Vorgangsweisen nützen dafür eine Form des „Überschreibens“ („Rescripting“). Damit ist gemeint,

dass die damalige Situation in all ihrer Schmerzhaftigkeit im Schutz der therapeutischen Begleitung aktiviert wird und gleichzeitig ein neues Element gegen das damalige Gefühl des Ausgeliefertseins eingefügt wird: Der heutige Erwachsene geht in die alte Szene und nimmt Kontakt mit dem Kind von damals auf, nimmt seine Bedürfnisse wahr und verteidigt sie. Meistens gibt es auch eine Sequenz, in der die damals an dieser Situation beteiligten Erwachsenen (Eltern oder andere wichtige Personen) aus der heutigen Erwachsenen-Perspektive hinsichtlich ihres inadäquaten Handelns konfrontiert werden.

Eine besonders genau ausformulierte und stringente Form dieser imaginativen Transformation bietet das IRRT nach Schmucker und Köster (2014) an. Hier wird der Klient\*in zugetraut und auch zugemutet, den Weg der Veränderung ohne explizite Hilfsangebote der Therapeut\*in, sondern nur durch konsequentes, nachfragendes Begleiten ihrer Prozessschritte im eigenen Tempo zu gehen. Es gibt aber auch Varianten dieses Vorgehens, die zugleich „direktiver“ wie auch „unterstützender“ sind, indem die Therapeut\*in selbst aktive Ideen der Veränderung einbringt. Die stärkste Ausprägung dieses Ansatzes zeigt sich in der Schema-Modus Therapie, wo die Therapeut\*in selbst modellhaft in die „alte Szene“ einsteigt und der Klient\*in „vorspricht“, wie zum Beispiel eine glaubhafte Konfrontation der damals verantwortlichen Bezugspersonen aussehen könnte (siehe Fallbeispiel Angelika). Aus meiner Sicht sollte dasjenige Vorgehen gewählt werden, das im „Window of tolerance“ bleibt und am ehesten eine Chance auf eine transformative Erfahrung bzw. Überschreibung beinhaltet. Dies wird je nach Ausmaß der aktuellen Belastungen sowie der inneren und äußeren Ressourcen der Klient\*in unterschiedlich zu bewerten sein.

### **FALLBEISPIEL ANGELIKA<sup>1</sup>: ARBEIT MIT EINER „EMOTIONALEN SCHLÜSSEL- ERFAHRUNG“**

Angelika ist 23 Jahre alt und kommt seit 6 Stunden zu mir in Therapie. Sie ist ursprünglich aus Deutschland und erst seit wenigen Monaten in Österreich. Sie wohnt in einer kleinen WG und arbeitet in der Kunstbranche.

#### **FAMILIÄRER HINTERGRUND UND DERZEITIGE SYMPTOME**

Angelika ist ein Einzelkind. Sie litt in ihrer Pubertät

an einer Essstörung, zuerst an Anorexie, später an Binge-Eating. Diese Phase war mit einem Wechsel von Anpassung an die Normen der Eltern, einem „brav sein“, dann wieder Trotz und Auflehnung sowie letztlich einem inneren Rückzug aus der Familie verbunden. Angelika konnte ihre Essstörung ohne therapeutische Hilfe teilweise selbst regulieren. Sie leidet aber noch an gelegentlichen Essanfällen und an leichten depressiven Verstimmungen sowie an einer immer

Das Ziel der „Bearbeitung“ einer vergangenen schmerzlichen Erfahrung kann nie das „Ungeschehen machen“ oder „Löschen“ dieser Erfahrung sein. Im besten Fall gelingt es, diese Erlebnisse in das gegenwärtige Leben so zu integrieren, dass die oben beschriebenen automatischen Gefühlsreaktionen nicht mehr ungebremst ablaufen.

wieder auftretenden Unzufriedenheit mit ihrem jetzigen Aussehen. Sie hat auch Sorge wieder in die Dynamik der Essstörung „hinein zu kippen“. Sie pflegt Bekanntschaften, ist aber lieber allein, da der Kontakt mit anderen Menschen auch immer mit einer gewissen Anstrengung („Was erwartet der andere von mir?“) verbunden ist. Sie ist derzeit ohne Partner, hätte aber gern eine Liebesbeziehung. Gleichzeitig fühlt sie sich einer Beziehung zum jetzigen Zeitpunkt „nicht ganz gewachsen“. Ihre letzte Liebesbeziehung endete für sie sehr enttäuschend.

#### **BEZIEHUNGSMUSTER IN DER FAMILIE, SCHLÜSSELERFAHRUNGEN**

In einer kurzen Anamnese konnte sie sehr schnell die wesentlichen Erfahrungen beschreiben, die sie in ihrer Familie als „hinderlich“ und mit ihrer Symptomatik verbunden erlebt hat. Die Eltern seien beide sehr „bemüht“ gewesen. Es habe aber, vor allem von Seiten des Vaters, so etwas wie eine „dauernde Sorge“ um sie gegeben: dass aus ihr „kein ordentlicher Mensch“ werde und sie sich für die falschen Dinge interessiere (Mode statt Politik und soziales Engagement). Die Eltern vermittelten ihr häufig, dass sie sich nicht genügend anstrengte. Dabei waren ihre Leistungen in der Schule zwar nicht exzellent, aber ausreichend. Sie

<sup>1</sup> Name und biografische Daten entsprechend anonymisiert.

habe diesen Anspruch in Form eines „inneren Antreibers“ übernommen, sodass sie auch heute noch das Gefühl habe, sie müsse sich besonders anstrengen, um liebenswert und angenommen zu sein. Sie habe sich oft in ihrem „etwas anders sein“, als sich die Eltern das gewünscht haben, sehr alleingelassen gefühlt. Die Schlüsselsätze, die sie diesbezüglich benennen konnte waren:

- „Ich bin nicht liebenswert.“
  - „Ich muss mich sehr anstrengen, um gemocht zu werden.“
  - „Ich werde alleingelassen, wenn ich nicht genüge.“
- Genau dieses innere Gefühl habe sie am Tag vor der Therapiesitzung gehabt. Sie habe eine neue Mitbewohnerin in ihrer WG aufgenommen und sich sehr bemüht, dieser alles recht zu machen. Diese habe das aber gar nicht verlangt. Danach sei sie, für sich selbst unerklärlich, erschöpft und frustriert gewesen und habe einen Essanfall erlitten: *„Ich brauchte das dann irgendwie zur inneren Beruhigung, aber warum ich mich vorher so komisch benommen habe, das verstehe ich gar nicht.“*

Sie konnte sehr schnell die wesentlichen Erfahrungen beschreiben, die sie in ihrer Familie als „hinderlich“ und mit ihrer Symptomatik verbunden erlebt hat. Die Eltern seien beide sehr „bemüht“ gewesen. Es habe aber, vor allem von Seiten des Vaters, so etwas wie eine „dauernde Sorge“ um sie gegeben: dass aus ihr „kein ordentlicher Mensch“ werde und sie sich für die falschen Dinge interessiere.

**EINSTIEG IN DIE IMAGINATIVE TRANSFORMATION ÜBER SCHLÜSSELSÄTZE VERBUNDEN MIT DER „AFFEKTBRÜCKE“, TRANSFORMATION DURCH UMSCHREIBEN DER SZENE, MODIFIZIERTE VARIANTE DES IRRT**

- Th. Wenn Sie diese Sätze auf sich wirken lassen – „Ich bin nicht liebenswert.“, „Ich muss mich sehr anstrengen, um gemocht zu werden.“, „Ich werde alleingelassen, wenn ich nicht genüge“ –, wie fühlt sich das in ihrem Körper an?
- Kl. Ich fühle, wie sich mein Bauch zusammenzieht, der wird ganz hart, der Atem wird abgehackt. Ich spüre eine Spannung auf der Stirn.
- Th. Wenn Sie bei diesen Gefühlen bleiben und mit diesen Gefühlen weiter zurück in die Vergangenheit

reisen [...] einfach wahrnehmen, wo sie da in ihrer Biografie ankommen [...] Ob es eine Szene gibt, die mit diesen Gefühlen verbunden ist? In der Pubertät, oder noch weiter zurück [...]?

- Kl. Ja, ich bin so sechs Jahre alt. Noch nicht in der Schule. Mein Vater versucht mir das „Uhren lesen“ beizubringen. Er versucht das immer wieder, aber ich kapiere es nicht, ich kann das einfach noch nicht [...] Das ist dann wirklich zum Problem geworden.
- Th. Wie geht es der kleinen sechsjährigen Angelika dabei?
- Kl. Nicht gut. Sie hat viel Druck. Es wird nicht akzeptiert, dass sie das noch nicht hinbekommt.
- Th. Wenn Sie jetzt mit ihrem heutigen 23-jährigen Ich in die Szene einsteigen, was sehen Sie da?
- Kl. Die kleine Angelika sitzt am Bettrand, der Vater daneben. Sie ist schon ganz verzweifelt.
- Th. Wo sind Sie als aktuelles Ich in dieser Szene? Wie weit sind Sie weg?
- Kl. Ich sehe sie von hinten.

Th. Was ist Ihr Gefühl gegenüber der kleinen Angelika?

Kl. Man müsste sie in den Arm nehmen und ihr sagen, dass das völlig ok ist, dass das jetzt noch nicht geht.

Th. Können Sie das auch wirklich tun?

Kl. Kann ich schon.

Th. Wo sind Sie jetzt in dieser Szene?

Kl. Die kleine Angelika sitzt auf dem Bett, der Vater daneben, ich umarme sie von vorne.

Th. Wie reagiert sie darauf?

Kl. Sie weint und lässt sich fallen. (Anmerkung: auch Kl. weint ein bisschen.)

Th. Wie ist das für Sie als aktuelles Ich?

Kl. Es tut mir so leid für sie.

Th. Können Sie ihr das direkt sagen?

Kl. Was würde das der kleinen Angelika bringen? Nein, ich würde sagen: Ich bin da für dich.

Th. Wie reagiert sie darauf?

Kl. Erleichtert, sie lässt sich weiter fallen.

Th. Was wollen Sie als aktuelles Ich dem Vater in dieser Situation sagen, oder mit ihm tun?

Kl. Du solltest der kleinen Angelika nicht so viel Druck machen. Egal wie lange das dauert für sie [...]

Th. Können Sie ihm das direkt sagen.

Kl. Ja. (Anmerkung: Kl. wiederholt den Satz.)

Th. Wie reagiert er darauf?

- Kl. Er ist aufgebracht.
- Th. Was möchten Sie als aktuelles Ich jetzt sagen oder tun?
- Kl. Ich weiß nicht. Ich würde es lassen. Ich habe Angst, dass er sonst beleidigt ist.
- Th. Bevor Sie es lassen, bekommt die kleine Angelika das mit?
- Kl. Ja [...] Ja, wenn sie das mitbekommt, dann will ich das nicht lassen [...] Dann würde ich ihm sagen, dass ich das nicht in Ordnung finde [...] Der projiziert seine eigenen Sorgen auf sie.
- Th. Können Sie ihm das direkt sagen?
- Kl. Es fällt mir gerade schwer.
- Th. Es fällt ihnen schwer, weil?
- Kl. Ja, ich habe Angst, wie er dann reagiert.
- Th. Soll ich es versuchen für Sie?
- (Anmerkung: Aus Sicht des IRRT ist das aktive Eintreten der Therapeut\*in in die innere Szene der Klient\*in ein schwerer Kunstfehler. Aus Sicht der Schematherapie und auch in hypnosystemischen Modellen (Meiss, 2018) wird das nicht so gesehen. Ich entscheide mich intuitiv dafür.)*
- Kl. Ja, bitte.
- Th. Herr X, die Angelika ist ja noch ein kleines Mädchen, erst sechs Jahre alt. Sie hat jetzt gerade viel Druck. Was ist das denn bei Ihnen, dass sie sich jetzt so anstrengen muss, dass sie das „Uhren lesen“ jetzt unbedingt lernen muss?
- Kl. Wenn er ehrlich antwortet, dann sagt er, dass er selbst große Schwierigkeiten beim Lesen lernen hatte und er jetzt Sorge hat, dass sich die Angelika auch so schwer tun wird.
- Th. Wenn Sie nochmals auf die Szene schauen, was möchten Sie jetzt als aktuelles Ich sagen oder tun?
- Kl. Der kleinen Angelika sagen, dass es ok ist, wie sie ist. Es macht nichts, wenn du das noch nicht kannst. Wir versuchen es einfach ein anderes Mal wieder.
- Th. Wie reagiert die kleine Angelika darauf?
- Kl. Die ist ganz unbeschwert. Sie ist aufgestanden und geht spielen.
- Th. Was wollen Sie als aktuelles Ich dem Vater noch sagen oder mit ihm tun?
- Kl. Ich finde schon, dass du deine Sorgen nicht auf die kleine Angelika projizieren, sondern ihr vertrauen solltest.
- Th. Wie reagiert er darauf?
- Kl. Nachdenklich.
- Th. Woran sehen Sie das?
- Kl. Er hält inne und sein Blick [...]
- Th. Wie ist sein Blick?
- Kl. Er schaut zu Boden und ist betroffen [...]
- (Anmerkung: Wenn es gelingt, dass die an der Szene beteiligte Bezugsperson anders reagiert (betroffen, nachdenklich, beschämt etc.), als sie das in der Vergangenheit wirklich getan hat, gilt das als ein „Shift“ in die gewünschte Richtung. Damit wird die innerlich abgespeicherte, mit Hilflosigkeit und Scham verbundene, belastende Szene mit einer neuen Erfahrung verbunden: „Ich kann etwas bewirken.“)*
- Th. Wollen Sie als aktuelles Ich noch etwas in dieser Szene tun oder sagen?
- Kl. Das Kind spürt, wenn man sich immer wieder Sorgen um es macht. Es glaubt dann, dass es so wie es ist, nicht gut genug ist, weil sonst müsste man sich ja keine Sorgen machen [...]
- Th. Können Sie das dem Vater direkt sagen?
- Kl. Ja. Wenn du dir ständig Sorgen machst, Kinder sind ja so sensibel, die spüren das [...] dann muss ja etwas nicht in Ordnung sein mit ihnen, sonst müsste man sich ja nicht solche Sorgen machen.
- Th. Wie reagiert er darauf?
- Kl. Er ist betroffen.
- Th. Wollen Sie als aktuelles Ich noch etwas zu ihm sagen oder tun?
- Kl. Nein.
- Th. Möchten Sie der kleinen Angelika noch etwas sagen oder mit ihr tun?
- Kl. Ja. Mache dir keine Gedanken. Es wird alles gut.
- Th. Gibt es noch etwas, was die kleine Angelika von Ihnen braucht?
- Kl. Zuneigung [...] dass ich sie in den Arm nehme, dass sie angenommen ist.
- Th. Können Sie das direkt tun?
- Kl. Ja, aber die geht jetzt spielen.
- Th. Was sehen Sie da im Moment?
- Kl. Die kleine Angelika, die spielt. Der Vater ist aufgestanden und steht neben dem Bett [...]
- Th. Gibt es sonst noch etwas, was in dem Bild passieren sollte, bevor wir das abschließen?
- Kl. Ich verstehe ihn ja, das sind seine eigenen Ängste.
- Th. Können Sie ihm das direkt sagen?
- Kl. Ich verstehe ja, dass du dir Sorgen machst, aber das kann ein kleines Kind ersticken.
- Th. Wie reagiert er darauf?
- Kl. Er ist beschämt. Er schaut weg.
- Th. Gibt es noch etwas, was in diesem Bild passieren sollte, bevor wir das abschließen?
- Kl. Nein.
- Th. Gibt es noch etwas, was das Kind von Ihnen bräuchte, bevor wir das abschließen?
- Kl. Nein.
- Th. Mit welchem Abschlussbild wollen Sie die Szene beenden?
- Kl. Das Kind spielt. Der Vater steht neben dem Bett und will gehen.
- Th. Dann können Sie das noch eine Weile wirken und allmählich das Bild verblässen lassen [...] und wieder hierher zurück kommen [...]



## NACHBESPRECHUNG UND AUFGABE

Angelika wird gebeten, Tätigkeiten zu machen und Dinge aufzusuchen, die das Kind gerne hat. Wir beenden die Stunde mit dem „inneren sicheren Ort“, den die Klientin schon gut abrufen kann. Angelika berichtet in der nächsten Stunde, dass diese Arbeit sie sehr berührt und sie den Eindruck habe, dass die geschilderten Erfahrungen möglicherweise in ihrem jetzigen Leben doch stärkere Auswirkungen haben, als sie das vorher angenommen habe. Das habe sie etwas „labiliert“. Im Sinne der Balance und des Ausgleichs arbeiten wir in der Folgestunde ausschließlich ressourcenorientiert mit einer Imagination, bei der alle ihre Stärken und liebenswerten Seiten benannt und aufgerufen werden.

### 3. DAS KONZEPT DER „ALARMREAKTION“ (NISSEN, STURM, 2018): VERÄNDERUNG ÜBER DAS WAHRNEHMEN DER BELASTENDEN EMOTIONEN UND DEREN STUFENWEISE BEARBEITUNG DURCH ACHTSAMKEIT

Die beiden Psychologen Lukas Nissen und Michael Sturm bieten ein allgemeines, komplexitätsreduziertes und zugleich hoch anschlussfähiges Modell des Verständnisses sowie (vor allem) der Veränderung von „eingefrorenen“ dysfunktionalen Fühl-Denk-Verhal-

nehmen. Gelingt dies auch nur ansatzweise, entstehen neue Freiräume des Fühlens, der Bewertung und häufig auch der Interaktion und des Verhaltens.

Im Mittelpunkt des Modells steht das Verständnis der sogenannten Alarmreaktionen. Grundsätzlich sind Alarmreaktionen als evolutionäres menschliches Erbe zur Abwehr von akuten Lebensbedrohungen zu verstehen. Überleben hat immer Vorrang und bedeutet, potentielle Gefahren blitzschnell wahrzunehmen und die entsprechenden lebenssichernden Gegenmaßnahmen wie Kampf, Flucht, Unterwerfung oder Erstarrung („Totstellreflex“) zu ergreifen. Eine zentrale Rolle bei der Mobilisierung und Ausübung von Alarmreaktionen kommt dabei der Amygdala zu. Diese löst bei potentieller Gefahr mit einer minimalen zeitlichen Verzögerung (300–400 ms) eine Kaskade von neuronalen und hormonellen Mechanismen sowie eine sympathikotone Mobilisierung des Körpers aus. Letzterer wird dann durch erhöhten Muskeltonus, Puls und Blutdruck sowie eine beschleunigte Atmung auf die nötigen Abwehrmaßnahmen vorbereitet. Ins Bewusstsein dringt diese Reaktion erst mit einer Verzögerung von 500ms. Der ganze Vorgang wird im impliziten Gedächtnis gespeichert. Um dies auch dem expliziten Gedächtnis zugänglich zu machen, müssen zusätzliche Bewusstseinsprozesse initiiert werden, die – da sie erst im Nachhinein stattfinden – mit einem willentlichen

Akt verbunden sein müssen. Unser angeborenes evolutionär entstandenes Überlebenssystem entspricht damit gleichsam einem „veralteten“ neuronalen Steuerungssystem, das sich an frühgeschichtlichen Bedingungen orientiert. Damals mussten häufig existenzielle Bedrohungen durch Fressfeinde, knappe Nahrungsressourcen, Konkurrenz, Verletzungen u.a.m. abgewehrt werden. Die meisten Menschen, wenn auch bei weitem nicht alle, leben inzwischen in einer Umgebung, die vergleichs-

weise sehr viel mehr Sicherheit bietet. Es hat sich aber als evolutionärer Vorteil erwiesen, lieber „vorsichtiger“ als allzu sorglos zu sein (vgl. Nissen, Sturm, 2018).

Da wir als „nesthockende Säuglinge“ lange Zeit auf die intensive Pflege und Zuwendung von erwachsenen Bezugspersonen angewiesen sind, bewirkt eine Abwesenheit von sicherheitsgebenden Bindungssignalen eine Alarmreaktion beim Säugling/Kleinkind, die wiederum in einer Kettenreaktion einen Alarm bei der Bindungsperson auslösen kann. In dieser langen Phase des „Aufwachsens“ sind wir vulnerabel und können

In ihrem innovativen und für mich sehr überzeugenden Konzept der „Alarmreduktion“ verbinden Nissen und Sturm Psychoedukation (was ist unter einer Alarmreaktion zu verstehen) mit individualisierter schematherapeutischer Modellbildung. Hier geht es vorerst darum, Emotionen wahrzunehmen und zu regulieren.

tensmustern. In ihrem innovativen und für mich sehr überzeugenden Ansatz verbinden sie Psychoedukation (was ist unter einer Alarmreaktion zu verstehen) mit individualisierter schematherapeutischer Modellbildung. Hier geht es vorerst darum, Emotionen wahrzunehmen und zu regulieren.

Als „Tool“ für die Veränderung, vor allem für die Emotionsregulation, aber auch für mögliche erste Schritte der Transformation, wird die Klient\*in dabei unterstützt, eine achtsame und liebevolle Haltung gegenüber ihren eigenen (irritierenden) Emotionen einzu-

fordernde, kritische und strafende Stimmen der Bezugspersonen „verinnerlichen“ und maladaptive Schemata ausbilden, innerhalb derer akute Alarmaktivierungen wiederholt werden und musterhaft ablaufen. Diese können dann zu aversiven emotionalen Zuständen, zu stereotypen Interpretationen der Reizumwelt und zu automatischem Reaktionsverhalten führen (vgl. Nissen, Sturm, 2018, S. 28).

### WELCHE IMPLIKATIONEN BERGEN DIESE ÜBERLEGUNGEN UND WELCHE THERAPEUTISCHEN STRATEGIEN LASSEN SICH DARAUS ABLEITEN? MÖGLICHKEITEN DER MODULATION DES ALARMSYSTEMS: ARBEIT IM „EMOTIONALEN RESONANZRAUM“

Um Klient\*innen bei der Veränderung dieser automatisiert ablaufenden Vorgänge zu unterstützen, bedarf es der Stärkung einer „inneren Beobachter-Instanz“, die den „eigenen Zustand“ zum Gegenstand der Betrachtung machen kann. Damit das erreicht wird, muss zuerst eine Form von Desidentifikation stattfinden: *„Ich empfinde das zwar jetzt so (ich-synton), aber ich bin mehr als mein Empfinden, auch mehr als meine damit verbundenen Gedanken und ich bin auch bereit, zu diesem Zustand einen gewissen inneren Abstand einzunehmen, um seinen genauen Ablauf wahrzunehmen.“* Um für dieses Verständnis eine Basis in der Therapie zu etablieren, ist es bedeutsam, wie die Therapeut\*in dieses Konzept einführt. Schon der Begriff „Alarmreaktion“ wirkt meist entpathologisierend. Weitere Erklärungen, die diesen unangenehmen angespannten Zustand der „Bedrohungs-fokussierung“ als allgemein menschliche Reaktionsweise erklären, können dabei hilfreich sein. Wie auch das Modell von Paul Gilbert (2013) (siehe Abb. 1), nach dem menschliche Emotionen durch drei Affektregulationssysteme geleitet werden: ein Antriebs-System, das für das Anstreben von Zielen, für

Erregung und Vitalität sorgt sowie ein Sicherheits-Beruhigungs-System, das auf Beruhigung, Besänftigung und vor allem auch auf das Gefühl von Geborgenheit in sozialen Beziehungen zielt. Und letztlich benötigen Menschen auch ein bedrohungs-fokussiertes Schutz-System, das auf (subjektiv) wahrgenommene Gefahren reagiert und mit schnellen Kampf- oder Fluchtreaktionen verbunden ist.

Um Klient\*innen das Modell näher zu bringen, kann die Therapeut\*in auch eine metaphorische Geschichte von einem Wachhund erzählen: Ein gut trainierter Wachhund liegt auf der Lauer, er reagiert heftig auf alle Umgebungsreize; er springt auf und bellt, er zerrt an der Kette, wenn ihm etwas „gefährlich“ erscheint. Der Hundebesitzer kann auf drei Arten auf diese Alarmierung reagieren: Er kann sich davon anstecken lassen. Er kann aber auch ärgerlich auf den Hund reagieren (*„Der blöde Hund bellt schon wieder so laut!“*) und ihn schimpfen oder er kann selbst die Umgebung auf wirkliche unmittelbare Gefahren untersuchen und, falls sich diese nicht verifizieren lassen, dem Hund für seine Wachsamkeit Anerkennung zollen, ihn aber dann beruhigen.

Das Herzstück der therapeutischen Arbeit, die von Nissen & Sturm als Arbeit im Emotionalen Resonanzraum (ERR) bezeichnet wird, umfasst mehrere Stufen. Damit eine Alarmaktivierung therapeutisch bearbeitet werden kann, muss die Gefühlsaktivierung während der Therapiestunde selbst stattfinden. Deswegen wird die Klient\*in zur Schilderung einer belastenden Situation eingeladen, wobei sie die Details ihrer „Alarmierung“ mit allen auftretenden Gedanken und Emotionen ausführlich schildern soll (siehe Abb. 2). Dies wird von der Therapeut\*in in „wohlwollender Präsenz“ begleitet. Die Therapeut\*in versucht nicht, einen schnellen Ausweg aus der Belastung zu suchen, indem sie Fragen nach Ausnahmen, Ressourcen etc. stellt, sondern erforscht gemeinsam mit der Klient\*in alle Ge-

Abb. 1: nach Gilbert (2009a)

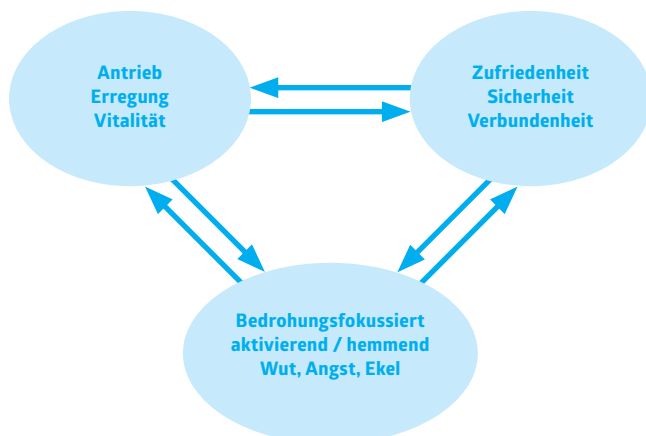
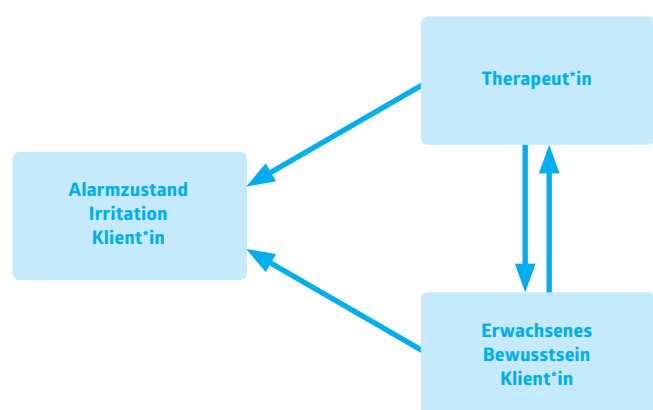


Abb. 2: Arbeitsmodell



fühle und insbesondere die damit verbundenen Körper-Wahrnehmungen und Bewertungen. Damit wird der Prozess sowohl verlangsamt als auch intensiviert. Das Ziel dabei ist, die Klient\*in zu unterstützen, sich gleichsam in zwei Persönlichkeitsanteile aufzuteilen, in das Objekt der Beobachtung und in das Subjekt (der innere Beobachter). Dabei soll der Scheinwerfer der Wahrnehmung im Sinne der Achtsamkeit und des Selbstmitgefühls „liebvoll“ auf die inneren Phänomene gerichtet werden. Die Autoren bezeichnen hier die beobachtende Instanz nicht als „gesunden Erwachse-

eigenes Erleben ab und landet in Selbstbeschuldigungen oder banalisiert ihr Erleben im Sinne von „da kann man eh nichts mehr machen“. Hier besteht die Aufgabe der Therapeut\*in darin, die Klient\*in geduldig immer wieder auf ihr Erleben zu fokussieren, indem sie aufmerksam und wohlwollend nach allen Körperreaktionen, Gefühlen, Handlungsimpulsen fragt und diese empathisch spiegelt.

Dies ist die Haltung, die in anderen Therapieschulen häufig als „**Containen**“ beschrieben wird. In der deutschen Übersetzung kann man „Containen“ mit den Begriffen „enthalten“, „aufnehmen“, „umfassen“ beschreiben. Gemeint ist damit eine Zuwendung der Therapeut\*in, welche die Klient\*in dabei unterstützt, unerträgliche Gefühle in etwas Erträgliches zu verwandeln. Der Begriff wurde vom britischen Psychoanalytiker Wilfried Bion (1962) geprägt. Dies geschieht dadurch, dass die Therapeut\*in die Gefühle und Projektionen der Klient\*in gleichsam in sich aufnimmt, jedoch ohne eigene Emotionen oder Bewertungen. Im zweiten Schritt versucht die Therapeut\*in, das Aufgenommene in etwas Erträglicheres zu „verwandeln“, indem sie versucht zu er-

spüren, was dieses Gefühl für die Klient\*in bedeuten könnte. In einem dritten Schritt gibt sie es an die Klient\*in zurück, indem sie auf Grundbedürfnisse verweist, ein „Reframing“ anbietet oder normalisiert und beruhigt. Diese zugewandte Haltung wird auch in vielen systemischen Therapien verwirklicht, ohne sie würde Therapie wohl häufig gar nicht funktionieren. Allerdings wird eine solche Haltung selten explizit in der einschlägigen systemischen Literatur benannt. Damit es der Therapeut\*in auch möglich ist, dies authentisch zu vermitteln, gilt es, selbst frei von einer „Gefühlsansteckung“ durch die Klient\*in zu sein, d.h. selbst nicht gerade ärgerliche Gefühle (*„Diese Klient\*in tut etwas, das ich selbst ganz schlimm finde“*), ängstliche Gedanken (*„Hoffentlich kann ich die Klient\*in aus diesen heftigen Gefühlen rechtzeitig herausführen“*) oder andere „Bewertungen“ zu haben.

Um der Klientin dieses „Hinsehen auf sich selbst“ zu erleichtern, wird ein „liebvoll akzeptierender Blick“ eingeübt. Die Vorstellung, dass ein solcher Blick auf sich selbst – sowie auf andere –, auch wenn gerade etwas geschieht, was der eigenen Wertorientierung diametral entgegensteht, zu einer nachhaltigen Veränderung beitragen kann, stammt aus der Achtsamkeitstradition und hier insbesondere aus der Richtung des „achtsamen Selbstmitgefühls“.

## Während des ganzen Prozesses achtet die Therapeut\*in im Sinne des „Window of tolerance“ sorgfältig auf den Grad der „inneren Erregung“ der Klient\*in. Wann immer die Klient\*in beginnt „festzuhängen“, wird sie ermutigt, sich wieder in achtsamer Weise auf ihren Körper, ihre Atmung und ihre Stabilität im Hier und Jetzt zurückzubesinnen.

nen“, wie das in der Schematherapie üblich ist, da dieser Begriff die Assoziation „krank“ als Antithese entstehen lassen kann, sondern als „Erwachsenes-Bewusstsein“.

Vergleichbar wäre die hier geübte Haltung mit jener einer fürsorglichen Mutter gegenüber ihrem aufgeregten Kind, dem sie Besänftigung, Ruhe und auch Führung angedeihen lässt. Der „innere Beobachter“ oder „Erwachsenes-Bewusstsein“ ist eine Metapher für einen Perspektiven-Wechsel, eine spezifische Art des Beobachtens, bei der sich der Übende mit zunehmender Praxis weniger mit den Inhalten der Wahrnehmung identifiziert, sondern mehr mit den Phänomenen, die sich dabei in ihm ereignen. Während des ganzen Prozesses achtet die Therapeut\*in im Sinne des „Window of tolerance“ sorgfältig auf den Grad der „inneren Erregung“ der Klient\*in. Wann immer die Klient\*in beginnt „festzuhängen“, wird sie ermutigt, sich wieder in achtsamer Weise auf ihren Körper, ihre Atmung und ihre Stabilität im Hier und Jetzt zurückzubesinnen. Die mit der Situation verbundenen schwierigen Gefühle werden symbolisch „externalisiert“, d.h. mit etwas Abstand zur Position der Klient\*in imaginativ auf einen Sessel gesetzt. Zu diesem Zeitpunkt werden meist die sekundären Bewältigungsmechanismen verstärkt aktiviert. Zum Beispiel lehnt die Klient\*in ihr

#### 4. KLEINER EXKURS ZUR ACHTSAMKEIT UND ZUM KONZEPT DES SELBSTMITGEFÜHLS

Das Konzept „Achtsamkeit“ hat seine Wurzeln im Buddhismus. Es umschreibt ein „offenes nicht urteilendes Gewahrsein von Augenblick zu Augenblick“ (Kabat-Zinn, 2006, S. 35). Laut Weiss et al (2010) bezeichnet es eine zu übende Haltung, einen Modus des Seins, bei dem man intensiv auf das Gewahrsein der inneren und äußeren Reize konzentriert ist, ohne sie zu bewerten und ohne sofort dem Impuls nachzugeben, sie verändern zu wollen (vgl. auch Wagner, Russinger, 2016).

Das Konzept des „**achtsamen Mitgefühls**“ entspringt ursprünglich der Praxis der Metta-Meditation, die eine der ältesten Formen buddhistischer Meditation darstellt. Der Begriff „Metta“ stammt aus der mittelindischen Sprache Pali und bedeutet übersetzt „Freundschaft“, „Allgüte“ oder einfach „Freundlichkeit“. Er geht mit der Vorstellung einher, dass jedem fühlenden Wesen auf der Erde mit Wohlwollen und Freundlichkeit begegnet werden sollte. Umgesetzt auf den Meditationsprozess bedeutet dies, ein „inniges vorbehaltloses Zugeneigt-sein“ allem gegenüber, was uns in unserem Inneren begegnet, auch wenn es unangenehm oder unerwünscht ist. Gewahrsein in der Achtsamkeit wird so noch um die Komponente erweitert, sich selbst und anderen gegenüber eine Haltung des liebevollen Annehmens, der Selbstakzeptanz und Selbstfürsorge einzunehmen. Damit verstärkt sich die Möglichkeit, ein im Übermaß auf Bedrohungen ausgerichtetes Regulationssystem zu drosseln und auf das Emotions-Regulationssystem umzuschalten, das sich auf Sicherheit, Zufriedenheit und Bindung fokussiert. Das Ziel dieses Vorgehens ist nicht primär eine rasche Auflösung von Leidenszuständen. Vielmehr geht es darum, negativ erlebte Emotionen „auszuhalten“, die ganze Tiefe des Erlebens zu spüren und diesem Erleben ohne Verleugnung, aber mit einer etwas besseren inneren Akzeptanz begegnen zu können. Meist ergeben sich daraus spontan neue Ideen oder Handlungsmöglichkeiten, die am Ende einer Therapiesequenz besprochen und kognitiv gerahmt werden können. Ein Fallbeispiel soll das veranschaulichen.

#### FALLBEISPIEL FRAU T\*: ACHTSAMKEIT, SCHULDGEFÜHLE, ZUGANG ZUR TOCHTER (WIEDER)GEWINNEN

Frau T ist 49 Jahre alt und war vor drei Jahren ca. zwei Jahre bei mir in Therapie, weil sie die Missbrauchserfahrungen mit ihrem Vater (Alter: 6–12 Jahre) bearbeiten wollte. Sie berichtete damals, dass sie ihre jetzigen Symptome mit den Missbrauchserfahrungen in Zusammenhang bringen würde. Beide Eltern verleugne-

ten den Missbrauch: „*Du bildest dir das ein, der Papa wollte nur lieb sein*“. Als Symptome beschrieb sie: **plötzliche aggressive Impulsdurchbrüche**, die ihr nachher sehr leidtaten. Dies zeige sich sowohl bei engen Freundinnen, sowie auch gegenüber Partnern, aber leider auch manchmal bei ihren Kindern. Diese Durchbrüche führen aber nie zu körperlicher Gewalt.

Weitere Symptome: **dissoziative Gefühlszustände**. Sie würde wie neben sich stehen, könne dazu keine konkreten Auslöser in der Gegenwart finden. Sie brauche dann manchmal ein bis zwei Tage, um sich wieder zu stabilisieren, manchmal auch eine ambulante Vorsprache in einer Klinik.

Die Therapie verlief soweit erfolgreich. Frau T berichtete von einer deutlichen Abnahme, wenn auch nicht völligem Verschwinden der Symptomatik.

#### DERZEITIGE FAMILIE UND LEBENSITUATION

Frau T hat drei Kinder: eine ältere Tochter, inzwischen 24 Jahre alt, einen Sohn, der 22 Jahre alt ist und eine 16-jährige Tochter. Sie ist seit vielen Jahren Alleinerzieherin, der Kindesvater hat sich von ihr getrennt und wurde zum „Besuchspapa“ ohne große Verantwortung. Sie ist beruflich sehr erfolgreich, arbeitet in einem herausfordernden Bereich zwischen Wirtschaft und Politik, der ihren Fähigkeiten und ihrer Intelligenz entspricht, aber der auch einen permanent hohen Einsatz verlangt. Ihre Partnerschaften sind immer wieder konfliktbelastet.

#### ANLASS FÜR DIE NEUERLICHE THERAPEUTISCHE UNTERSTÜTZUNG

Ihre jüngste Tochter Monika ist seit einem Jahr in Einzeltherapie, da sie selbstverletzendes Verhalten zeigt („Ritzen“) und auch eine Neigung zu Alkoholmissbrauch entwickelt hat. Frau T berichtet, dass sie nicht mehr „*an die Tochter rankommt*“. Monika zeige ihr gegenüber nur eine Fassade. Der aktuelle Auslöser wieder therapeutische Hilfe aufzusuchen, ist ein Selbstmordversuch der Tochter durch Aufschneiden der Pulsadern. Sie konnte rechtzeitig gerettet werden, da sie ihre Freunde durch ein Abschieds-SMS verständigt hatte.

In der nachfolgenden familientherapeutischen Sitzung mit der Therapeut\*in der Tochter gab Monika an, dass sie das „*Vertrauen zur Mama*“ schon seit einigen Jahren verloren habe, weil die Mama oft so „*wild und aggressiv*“ gewesen sei. Sie habe oft nicht einschätzen können, was da wieder losbrechen würde. Sie habe das Gefühl gehabt, wie auf einem hoch gespannten Seil ohne sicheren Boden zu balancieren. Im Laufe der Zeit habe sie sich dann immer mehr zurückgezogen. Frau T ist völlig erschüttert. Sie weiß, dass sie zu dieser Zeit mit den Kindern und ihrem Beruf sehr überlastet war. Es gab auch heftige Konflikte zwischen den älteren

Kindern, die ihr viel Kraft abverlangt haben. Sie weiß auch, dass damals ihre Impulsdurchbrüche weit häufiger gewesen seien und sie gebe sich eine Teilschuld an den emotionalen Krisen der Tochter.

„Meine Kinder sind mein ein und alles, meine wichtigsten Personen. Ich wollte ihnen eine bessere Kindheit ermöglichen, als ich sie gehabt habe. Ich weiß, dass es nicht meine Schuld allein sein kann, wie es Monika jetzt geht. Natürlich kann man das alles relativieren. Aber ich trage einen Teil der Verantwortung, ich war damals wirklich in einem schlechten Zustand, darum habe ich ja mit der Therapie begonnen.“ Das Ziel: „Ich möchte wieder mit Monika in Kontakt kommen. Dazu muss ich ihre Vorwürfe in Ruhe annehmen können, ohne selbst in Verzweiflung und Gegenwehr zu verfallen. Ich darf nicht einbrechen.“

#### ThERAPEUTISCHE INTENTION UND VORGANGSWEISE

Aus einer geschützten Beobachter-Position in Kontakt mit Frau T zu kommen, die damals vor drei Jahren noch sehr instabil war und mit „ihren Auszuckern“ ihre Tochter Monika verängstigt hat und auf Distanz gehen hat lassen. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass Frau T sich vielleicht dann selbst besser verstehen und sich auch im besten Fall verzeihen kann.

Th. Können Sie sich vorstellen, die Frau T von damals auf einen Sessel zu setzen? Da in einer gewissen Distanz. Die Frau T von heute, die Beobachterin, bleibt auf ihrem Platz. Ich habe verstanden, dass die Frau T von damals in einem hohen andauernden Spannungszustand war.

Kl. Ja, das geht.

Th. Wie geht es der Frau T von damals?

Kl. Na, die ist völlig verzweifelt. Die hat mit sich selbst schon so viel zu tun, dann die ständigen Streitigkeiten der Kinder, der Job [...] Die ist allein mit allem, die kann nicht mehr. (Anmerkung: Kl. spricht weinend.)

Th. Können Sie sich jetzt wieder auf sich selbst in der Gegenwart fokussieren? Auf Ihre Füße am Boden, Ihren Atem, Ihr Ein- und Ausatmen. Was spüren Sie in Ihrem Körper? (Anmerkung: Einladung zur acht-samen Wahrnehmung in der Gegenwart.)

Kl. Ganz viel Druck im Brustraum, bekomme kaum Luft.

Th. Können Sie da in Ruhe hineinatmen?

Kl. Ja, wird etwas besser.

Th. Wenn Sie jetzt an eine Person denken, mit der Sie ganz liebevoll verbunden sind [...] Bitte nehmen Sie nicht ihre Kinder und auch nicht ihren Freund, sondern jemanden, der Sie so nimmt, wie Sie sind, der Sie ganz akzeptieren kann [...] Wo Sie so sein können, wie Sie wirklich sind. Gibt es so jemanden? (Anmerkung: Es sollte eine Person sein mit der die Beziehung ambivalenzfrei erlebt werden kann.)

Kl. Ja, meine Schwester.

Th. Wenn Sie an ihre Schwester denken [...] Wie sich das anfühlt, mit ihr in Verbindung zu sein, sicher zu sein, akzeptiert zu sein – wie ist das? Wo spüren Sie das?

Kl. Es wird etwas leichter im Brustraum. Bekomme wieder etwas mehr Luft.

Th. Bleiben Sie so lange dabei, wie es gerade gut ist und wenn Sie das Gefühl haben, jetzt kann ich das gut spüren, geben Sie mir bitte ein kleines Zeichen [...] Aber lassen Sie die Augen zu, wenn das geht.

Kl. (Nickt)

Th. Wenn Sie aus dieser Haltung heraus, der Frau T von damals einen liebevollen Strahl des Verständnisses für sie und ihre Situation schicken – wie kommt das an?

Kl. Das kommt ein bisschen an. Aber interessant, jetzt sehe ich daneben auch die Monika von damals. Wie wenn jetzt beide da wären. Und das ist komisch, wie wenn die beiden gleich alt wären. Beide 13-jährig.

Th. Dann stelle ich einen Sessel für die 13-jährige Monika dazu. Wie nah soll die zur Frau T von damals sein?

Kl. Neben sie gleich. Ja, zu ihrer linken Seite.

Th. Wenn Sie jetzt auch der 13-jährigen diesen liebevollen Strahl schicken – wie kommt das an?

Kl. Das kommt nicht wirklich an, die blockt ab.

Th. Ich würde Sie bitten, nochmals diese Acht-samkeitsübung von vorher zu machen. Die Füße am Boden spüren, Ihren Atem wahrnehmen [...] ein- und ausatmen [...]

Kl. Ich kann die Füße am Boden nicht spüren. Ich muss aufstehen.

Th. Bitte tun Sie das.

Kl. Ja, das ist viel besser [...] ich kann den Halt am Boden so spüren [...]

Th. Wenn Sie nochmals diese liebevolle Verbindung mit Ihrer Schwester in Ihrem Herzen spüren und [...] nochmals diesen liebevollen Strahl schicken [...] jetzt auch zur Monika von damals [...]

Kl. Ja, das kommt jetzt ein bisschen an [...] ja, die reagiert ein klein wenig.

Th. Wunderbar. Lassen Sie das einfach geschehen [...] das was im Augenblick möglich ist [...]

Kl. Ja, es ist etwas besser.

Th. Ok, bitte kommen Sie zurück in die Gegenwart. Was nehmen Sie mit aus dieser Sequenz?

Kl. Dass ich mir diese Verbindung zu meiner Schwester wieder mehr bewusst machen kann [...] das fühlt sich wirklich gut an. Und dass vielleicht doch auch Hoffnung besteht mit Monika, ich liebe sie doch vom ganzen Herzen.

Th. Mir ist aufgefallen, dass Sie, wie Sie aufgestanden

sind, viel besser mit sich, aber auch mit Monika in Kontakt gekommen sind. Vielleicht bedeutet das ja etwas? Wie, wenn ich mich in meine volle aufgerichtete erwachsene Größe gebe, dann kann ich besser in Kontakt kommen? Auch mit der Monika. Die braucht ja die erwachsene Mama mit allen ihren Fähigkeiten.

*Kl.* Ja, vielleicht ist da was dran. Jedenfalls geht es mir jetzt ein bisschen besser.

## VERÄNDERUNGEN IN DER NÄCHSTEN STUNDE

Frau T berichtete in der nächsten Stunde davon, wie es ihr geglückt ist, Monika aus einer sehr „brenzligen“ Situation herauszuholen. Monika hatte sie im betrunkenen Zustand angerufen und wirkte sehr verstört. Sie weigerte sich aber nach Hause zu kommen, sondern bestand darauf, „bei Freunden“ zu übernachten, deren Namen sie nicht nennen wollte. Frau T berichtete, dass es ihr gelungen ist, mit der Tochter zu verhandeln und dabei ruhig und in Kontakt mit ihr zu bleiben. Letztlich gab ihr Monika ihren Aufenthaltsort bekannt und ließ sich von der Mama nach Hause bringen. Frau T zeigte sich zurecht sehr stolz, dass sie diese schwierige Situation so gut bewältigen konnte. Sie bezeichnete diese Erfahrung als einen möglichen ersten Schritt in die richtige Richtung, wieder eine Vertrauensbeziehung zu ihrer Tochter aufbauen zu können.

## ABSCHLIESSENDE ÜBERLEGUNGEN

Für mich ist systemische Psychotherapie etwas, das man mit der Ausübung eines Kunsthandwerks vergleichen kann. Unsere „Materialien“ sind aber nicht Farbe und Leinwand, sondern wir haben es mit Menschen zu tun, mit ihren Lebensgeschichten und ihren Gefühlen, mit ihren Stärken und Einschränkungen. Unsere „Werkzeuge“ sind unsere Sprache, unser professionelles Wissen, unser Verständnis sowie unsere Lebenserfahrungen. Mit all diesem versuchen wir, unseren Klient\*innen so hilfreich wie möglich zu sein. Wie in einem künstlerischen Beruf ist unser Lernen nie abgeschlossen. Es ist ein ständiges Suchen und Reflektieren, um unsere Arbeit noch ein bisschen besser zu machen. So stellen die oben dargestellten Vorgangsweisen für mich eine wesentliche Bereicherung dar.

---

## LITERATUR

- Ciampi, L. (1997). Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ciampi, L. (2002). Gefühle, Affekte, Affektlogik. Wien: Picus-Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. Paderborn: Ernst-Reinhardt Verlag.

- Gilbert, P. (2013). Compassion Focused Therapy. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Grossmann, K. P. & Russinger, U. (2011). Verwandlung der Selbstbeziehung. Therapeutische Wege der Freundschaft mit sich selbst. Heidelberg: Carl-Auer.
- Harrer, M. E. & Weiss, H. (2015). Wirkfaktoren der Achtsamkeit. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. 6. Auflage. Frankfurt: Fischer Verlag.
- Lieb, H. (2014). Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Heidelberg: Carl-Auer.
- Meiss, O. (2018). Hypnosystemische Therapie bei Depression und Burnout. Heidelberg: Carl-Auer.
- Nissen, L. & Sturm, M. (2018). Emotionsvermeidung überwinden. Eine integrative Methode zur Regulierung des inneren Alarmsystems. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Ogden, P. (2009). Modulation, Mindfulness and Movement in the treatment of trauma related depression. In: Kerman (Ed). Clinical pearls of wisdom. 21 therapist offer their key insights. (1-13). New York: Norton, Professional Books.
- Roediger, E. (2009). Praxis der Schematherapie. Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Roediger, E. (2010). Raus aus den Lebensfallen. Das Schematherapie-Patienten Buch. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Roediger, E. (2009). Was ist Schematherapie. Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Russinger, U. (2004). Auswirkungen einer traumazentrierten Weiterbildung auf eine systemische Therapeutin. Systemische Notizen 1(4).
- Schmucker, M. & Köster, R. (2014). Praxishandbuch IRRT. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Shapiro, F. (1998). EMDR. Grundlagen & Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (2012). Sein Leben neu erfinden. Wie sie Lebensfallen meistern. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Wagner, E. & Russinger, U. (2016). Emotionsbasierte systemische Therapie. Innerpsychische Prozesse verstehen und behandeln. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wagner, E. & Russinger, U. (2018). Gibt es eine affektive Wende in der Systemischen Einzeltherapie. PiD - Psychotherapie im Dialog 19(01). Stuttgart: Thieme-Verlag, S. 83-88.
- Wendisch, M. (2015). Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen. Vom kognitiven Training zur emotionalen Transformation. Bern: Hans Huber Verlag.
- Weiss, H., Harrer, M. E. & Dietz, T. (2010). Das Achtsamkeitsbuch. Grundlagen, Übungen, Anwendungen. Stuttgart Klett-Cotta.