

Emotionen als Ressourcen

Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Mit Online-Materialien

Bearbeitet von
Jan Glasenapp

Originalausgabe 2013. Buch. 240 S. Hardcover

ISBN 978 3 621 27953 6

Format (B x L): 16,8 x 24,5 cm

Gewicht: 546 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beack-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



Glasenapp

Emotionen als Ressourcen

Manual für Psychotherapie,
Coaching und Beratung



BELTZ

Leseprobe aus: Glasenapp, Emotionen als Ressourcen, ISBN 978-3-621-27953-6

© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27953-6>

6 Die Vorbereitung: Eine Frage von Raum und Zeit

6.1 Wann wird mit Emotionen gearbeitet? Zur Indikation

Grundsätzlich – und so vertreten es die allgemeinen Ansätze zur emotionalen Intelligenz und Kompetenz – kann die Arbeit mit Emotionen allen Menschen angedrungen werden, also lautet die Antwort: immer! Dementsprechend bieten diese Ansätze eine Fülle an Programmen zur Prävention und allgemeinen Bildung, die sich im Kindergarten, Schule und am Arbeitsplatz wiederfinden (vgl. Kap. 2).

In diesem Manual wird die Indikation enger gesehen. Menschen, die aufgrund ihres maladaptiven Umgangs mit Emotionen therapeutische und beratende Angebote aufsuchen, haben Belastungen erfahren, die allgemeine Bildungsprogramme nicht auffangen können.

Die Indikation zur Arbeit mit Emotionen und damit die Antwort auf die Frage, wann mit Emotionen im Rahmen von Therapie und Beratung gearbeitet wird, ergibt sich aus einer kurzfristigen und einer langfristigen Perspektive:

- ▶ Aus einer kurzfristigen Perspektive lautet die Antwort: Dann, wenn Emotionen in einem Moment präsent sind, wenn sie aktuell erlebt werden und in diesem Moment nach einer adäquaten Antwort verlangen.
- ▶ Aus einer langfristigen Perspektive lautet die Antwort: Dann, wenn sie nicht präsent sind, nicht gezeigt werden, nicht da sind, dann, wenn ihr Potential (noch) nicht genutzt wird.

6.1.1 Arbeit mit Emotionen, die aktuell erlebt werden

Sie kennen sicherlich aus Ihrer Arbeit unzählige Situationen, in denen Emotionen bei Ihrem Gegenüber oder bei sich selbst unmittelbar präsent waren, vielleicht wie in folgendem Beispiel.

Beispiel

Eine Patientin betritt die Praxisräume. Die Tränen stehen ihr in den Augen. Stockend beginnt sie, zu erzählen, was passiert ist ...

Wie geht es Ihnen mit der Patientin? Welches Gefühl, welche Geste, welche Worte gehen Ihnen durch den Kopf? Was werden Sie als erstes tun?

Emotionen, die unmittelbar präsent sind, die im interaktionellen Kontext einer Therapie oder einer Beratung gelebt werden, verlangen nach einer adäquaten Antwort. Das therapeutische Konzept, dass diese Antwort möglicherweise am besten umschreibt, ist das Validieren.

Validieren

Marsha Linehan beschreibt das Validieren als die wesentliche akzeptanzbasierte Strategie in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). »Das Wesen der Validierung ist folgendes: Der Therapeut vermittelt der Patientin, dass ihre Reaktionen Sinn machen und in ihrer aktuellen Lebenssituation verstehbar sind. Der Therapeut nimmt die Patientin aktiv an und lässt die Patientin dieses Annehmen spüren. Der Therapeut nimmt die Antworten der Patientin ernst und lässt sie nicht unberücksichtigt oder spielt sie herunter. Validierungsstrategien erfordern, dass der Therapeut die ihren Reaktionen auf Geschehnisse innewohnende Validität sucht, erkennt und der Patientin reflektiert« (Linehan, 1996a, S. 164).

Validieren ist dabei nicht nur die Antwort auf aktuell erlebte Emotionen, es ist zugleich die Antwort auf zahlreiche invalidierende Erfahrungen, die Patienten – nicht nur mit Borderline Störung – gesammelt haben. Diese Erfahrungen der Patienten und Ratsuchenden stehen in aller Regel in Verbindung mit intensiven emotionalen Reaktionen, sei es, dass die eigenen emotionalen Reaktionen abgewertet werden, sei es, dass die emotionalen Reaktionen anderer Personen sie in unterschiedlicher Hinsicht überfordern. Daher ist es die zentrale Aufgabe im therapeutisch-beratenden Prozess, wenn Emotionen auftauchen und präsent sind, sie zu erkennen, anzunehmen, adäquat interpersonal zu reflektieren und sie in einen individuellen und normativen Sinnzusammenhang zu stellen. Validieren als zentrale therapeutische Strategie führt bei Patienten zu einem weniger simplifizierenden Verständnis ihrer eigenen Emotionen und letztlich zu mehr Akzeptanz ihnen gegenüber (Leahy, 2002).

Validieren in diesem Sinne findet sich explizit auch in anderen Anwendungsfeldern (z. B. Feil, 2010) und hat große Überschneidungen zu zentralen Strategien anderer Therapieverfahren.

Validieren stellt Therapeuten und Berater vor vier große Herausforderungen, die im Folgenden erläutert werden.

Validieren ist weit mehr als eine Technik. Validierungsstrategien können gelehrt und gelernt werden. Sie stellen das aktive Bemühen des Therapeuten dar, Reaktionen des Patienten in ihrer Bedeutsamkeit zu verstehen und zu kommunizieren. Im Rahmen der DBT werden hierzu sechs aufeinander aufbauende Ebenen beschrieben:

V1 – aktives Zuhören, interessiert sein

V2 – genaues Wiedergeben

V3 – genaues Wiedergeben nicht ausgedrückter Emotionen

V4 – das Erleben des Patienten in den biografischen Kontext einordnen

V5 – das Erleben des Patienten in einen normativen Kontext einordnen

V6 – radikale Echtheit (radical genuineness)

Doch gerade die letzte Ebene zeigt, dass Validieren über eine reine Anwendung von Technik hinausgeht. Es setzt eine Persönlichkeit des Therapeuten oder Beraters voraus, die auch unter stressigen Rahmenbedingung achtsam ist, aufmerksam beobachten kann, eine Offenheit für Prozesse im Hier und Jetzt mitbringt, unterscheiden kann zwischen eigenen emotionalen Erfahrungen und dem, was sie in einem Augenblick bei

jemand anderem spürt, sowie schließlich diese Unterscheidung in angemessener Weise kommuniziert.

Beispiel

Sicherlich werden Sie schon unzählige Situationen wie die mit der eingangs vorgestellten Patientin erlebt haben. Sie werden sich eine Souveränität und Gelassenheit zugelegt haben, mit den Emotionen Ihres Gegenübers umzugehen. Doch ich bin immer wieder überrascht, wie groß die Versuchungen sind, die Ebene des emotionalen Erlebens zu verlassen:

- Werde ich das auffangen können, was der Patient da erlebt? Ich könnte die Kontrolle verlieren und sollte ihn vielleicht schnell ablenken.
- Habe ich überhaupt richtig verstanden, was da los ist? Ich sollte noch genauer nachfragen, was im Einzelnen passiert ist.
- Kann ich mich überhaupt darauf einlassen? Eigentlich bin ich noch beim letzten Patienten oder bei dem, was ich heute Abend vorhabe. Hat der Patient eigentlich schon seine Krankenkassenkarte vorgelegt?

Danach gefragt, welche typischen Sätze Patienten in emotionalen Zuständen zu hören bekommen, nennen diese immer wieder: »Du musst nicht traurig sein!«, »Du brauchst keine Angst zu haben!«, »Ärger dich nicht!« Hinter solchen Sätzen steckt die oft gut gemeinte und als Trost getarnte alltägliche Invalidierung, vor der auch wir Therapeuten und Berater nicht geschützt sind.

Weiter mit den Herausforderungen:

Validieren – alleine – führt mitunter in Dilemmata. Wenn Menschen tiefe Verzweiflung spüren und in dieser Verzweiflung von Hoffnungslosigkeit überzeugt sind, kann jeder Versuch von therapeutischer Seite, die Verzweiflung zu reduzieren, durch Patienten als eine Invalidierung ihrer Verzweiflung erlebt werden. Somit ist es wichtig, eine dialektische Strategie zu nutzen, in der akzeptanz- und veränderungsbasierte Interventionen ausbalanciert werden. Dieses Ausbalancieren illustriere ich – auch gegenüber Patienten – gerne mit einer Geschichte:

Instruktion

»Zu mir in die Praxis kommt ein schwer depressiver Patient. Stellen Sie sich vor, ich würde ihn zu 100 Prozent verstehen, was glauben Sie, wie es mir dann ginge? Ja, vermutlich wäre ich dann ebenso depressiv. Das könnte ja auf eine gewisse Weise noch o. k. sein, z. B. dann, wenn mein Patient das Gefühl hätte, nicht alleine mit seinem Schmerz zu sein. Aber problematisch wäre, dass ich, wenn ich einen Menschen mit seinem Leiden zu 100 Prozent annehme, ich seine Entwicklung so nachvollziehe, dass ich ihm vermutlich nicht mehr helfen könnte. Sein Weg wäre dann vermutlich der einzig wahre.

Jetzt stellen Sie sich bitte vor, zu mir in die Praxis kommt erneut ein schwer depressiver Patient. Er beginnt gerade von seinem Schmerz zu erzählen. Nach ein paar Sätzen unterbreche ich ihn diesmal und sage zu ihm: »Sie leiden an einer schweren depressiven Episode. Hier gibt es ein wissenschaftlich geprüftes Behandlungsmanual von 60 Seiten. Arbeiten Sie bitte bis zum nächsten Mal die Seiten 1 bis 7 durch.« Was wird passieren? Wenn er nicht zusätzlich an einer Dependenten Persönlichkeitsstörung leidet, wird er gar nicht wiederkommen. Warum? Weil er sich nicht verstanden fühlt. Und das wäre blöd, weil ihm das Durcharbeiten des Manuals mit hoher Wahrscheinlichkeit tatsächlich helfen würde. Immer dann, wenn wir an einem Menschen zerren, erzeugen wir Reaktanz, manchmal tun Menschen nur deshalb etwas nicht, weil es von ihnen verlangt wird.

Das bedeutet, dass wir vermutlich immer dann nichts erreichen werden, wenn wir entweder einen Menschen zu sehr annehmen, zu sehr verstehen oder zu sehr versuchen, ihn zu verändern. Vielmehr kommt es darauf an, beide Strategien auszubalancieren.«

Zu den nächsten Herausforderungen:

Validiere nicht Invalidieren! Der zweite Punkt hat gezeigt, dass es problematisch sein kann und in ein Dilemma führt, Selbst-Invalidierungen von Patienten zu validieren. Ebenso problematisch verhält es sich beim Validieren von Invalidierungen der Patienten und Ratsuchenden anderen gegenüber. Wenn ein Vater beispielsweise in emotionaler Überforderung seine Kinder anschreit, ist es bedeutsam, zwischen dem Validieren seiner emotionalen Überforderung und dem möglichen Validieren seiner Reaktionen, also zwischen Auslöser und Reaktion, klar zu unterscheiden.

Therapeutisches Validieren ist nur der Übergang zum Selbst-Validieren. Da die emotionalen Reaktionen der Patienten oft durch das Umfeld invalidiert wurden, hat sich – wie beim steten Tropfen, der den Stein höhlt – mitunter eine Selbst-Invalidierung der Patienten ihren eigenen Emotionen gegenüber entwickelt, die in Ablehnung, Abwertung und Vermeidung der eigenen Emotionen mündet. Das therapeutische Validieren stellt dann eine Hilfe dar, um aus dem Teufelskreis der Selbst-Invalidierung herauszukommen. Es ist eine Art Raum, in dem das Selbst-Validieren geübt werden kann. Menschen, die ihre eigenen Emotionen selbst validieren, machen die Erfahrung, dass sie selbst wiederum durch ihre Emotionen bestätigt und bekräftigt werden, oder anders ausgedrückt: »Falls du deine Emotion selbst validierst, wird die Emotion dich validieren!«

Validieren ist somit die zentrale Strategie für den Umgang mit Emotionen, die aktuell gezeigt werden. Als Intervention ist sie nicht abgeschlossen, sondern durchzieht den gesamten therapeutischen und beratenden Prozess. Validieren hört nie auf!

Es gibt unterschiedliche Strategien, auf welcher Ebene und wie validiert werden kann. Allen Strategien ist gemeinsam, dass eine Beruhigung der Situation entsteht, dass gezeigte Emotionen an Intensität abnehmen und der Blick auf Veränderung freigege-

ben wird. Da, wo dies nicht passiert, sollten andere (Validierungs-)Strategien ausprobiert werden.

Doch die Arbeit mit emotionalen Potentialen beschränkt sich – entsprechend der zweiten Grundannahme – nicht auf Emotionen, die in diesem Moment gezeigt werden.

6.1.2 Arbeit mit Emotionen, die nicht aktuell erlebt werden

Aus einer langfristigen Perspektive lautet die Antwort, wann mit Emotionen gearbeitet wird: Dann, wenn Emotionen offensichtlich nicht da sind, nicht gezeigt werden und vielleicht auch nicht empfunden werden.

Dann also, wenn ein begründeter Zusammenhang gesehen werden kann zwischen dem psychischen Leidensdruck der Person (oder ihres Umfeldes) und der Art, wie sie qualitativ und quantitativ Emotionen reguliert. Denn in diesen Fällen kann es sein, dass emotionale Potentiale ungenutzt bleiben.

Beispiel

- Ein Rentner begibt sich in Psychotherapie. Im Erstgespräch gibt er freundlich und zugewandt an, darunter zu leiden, dass er immer wieder heftige Wutausbrüche erlebe. Eigentlich leide besonders seine Frau darunter, die seine Wut abbekomme, aber auf diese Weise auch er. Noch nie sei es zu gewalttätigem Verhalten ihr gegenüber gekommen, aber die Intensität dieser Wutausbrüche überrasche ihn selbst. Beruflich sei er lange Jahre als Informatiker tätig gewesen. Emotionen hätten für ihn keine wesentliche Rolle gespielt, er sehe sich selbst als rationalen Menschen. Seine Frau leide aber unter generalisierten Ängsten. Er habe schon oft versucht, ihr diese auszureden.
- Ein 20-jähriger Patient begibt sich ebenfalls in Psychotherapie. Auch er leide unter Wutausbrüchen, ehrlich gesagt, sei mehr die Mutter der Motor gewesen, sich in Behandlung zu begeben. Da er sich jedoch innerlich leer fühle, denke er, es könne gut sein, darüber zu reden. Er kann gut benennen, dass er seinen Vater vermisste, der die Familie früh verließ, ebenso seine Großmutter, die verstarb, als er 12 Jahre alt war. Getrauert habe er nie, das sei ein »schlechtes Gefühl«, er wolle viel eher wieder richtig Lebensfreude empfinden können.
- Eine Lehramtsstudentin mit traurigem Gesichtsausdruck berichtet im Erstgespräch, dass sie unter Panikattacken leide. Sie sei es gewohnt, ihr Leben im Griff zu haben, Kontrolle sei ihr wichtig. Sie sehe sich als leistungsorientiert und strebsam. Sie könne nicht verstehen, warum die Panikattacken, die vor allem nachts auftreten, ihr das Leben so schwer machen. Ihre Mutter verstarb nach langer Krankheit, als die Patientin 10 Jahre alt war, aber darüber wolle sie nicht sprechen, das Kapitel sei für sie abgeschlossen.
- Eine freundliche, unsicher wirkende Patientin berichtet von ihren latenten Ängsten. Sie befürchte, sie könne unangenehm auffallen. Sie fühle sich anderen

gegenüber »fremd«. Sie verstehe nicht, warum sie bei anderen Menschen immer wie gegen eine unsichtbare Wand laufe. Dabei versuche sie doch nur, es anderen rechtzumachen. Schnell wird deutlich, dass Wut etwas ist, das in ihrer Erziehung unerwünscht gewesen sei, ein Mädchen, das wütend ist, sei nicht liebenswert. Gleichzeitig habe ihr Vater unter Alkoholeinfluss destruktive Wutausbrüche ausgelebt, unter denen die ganze Familie gelitten habe. Wiederholt habe er sie dann auch geschlagen.

Diese Beispiele zeigen, dass Patienten und Ratsuchende mitunter nur ein geringes emotionales Erleben in die Sitzung mitbringen oder aber die gezeigten und berichteten Emotionen voneinander abweichen oder aber schnell erkennbar wird, dass hinter einer Emotion eine andere verborgen ist. Dann kann es im therapeutischen Prozess sinnvoll sein, auf vermiedene Emotionen zu achten, nach dem zu suchen, was hinter der gezeigten Oberfläche liegt. Doch diese Arbeit sollte eingebettet sein in einen Behandlungsplan.

6.2 Welchen Raum bekommen Emotionen?

Zur Einbettung in einen Behandlungsplan

In der emotionsorientierten Arbeit erhalten Emotionen einen breiten Raum. Dieser Raum ist aber nicht isoliert zu betrachten. Er steht neben weiteren Räumen, die in der Therapie oder Beratung metaphorisch betreten werden können – oder auch nicht. Dabei ist der therapeutische Prozess in verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren gekennzeichnet von Transparenz über die verschiedenen Räume, den Zeitpunkt, sie aufzusuchen, sowie einen dialogischen und respektvollen Aushandlungsprozess, mit welcher Zielsetzung der jeweilige Raum betreten wird.

Das verwendete Bild in der folgenden Instruktion kann einen Einstieg in das therapeutische Arbeiten bieten, in dem es grundlegende Ziele benennt und einen Dialog über ihre Individualisierung anregt. Es kann zu Beginn probatorischer Sitzungen erfolgen, aber auch an ihrem Ende und im Übergang zur Therapiephase.

Hintergrund ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (z. B. Zubin & Spring, 1977) und seine Grundannahme, dass psychische Störungen und Gesundheitsprobleme das Produkt eines komplexen Wechselwirkungsprozesses von Personfaktoren (hier Vulnerabilität) und Umweltfaktoren (hier Stress) sind.

Die folgende Instruktion kann gewählt werden, um ein Konzept für einen Behandlungsplan mit Patienten und anderen Ratsuchenden vorzustellen und gemeinsam auszuarbeiten.

Instruktion

»Das folgende Bild begleitet mich seit dem Beginn meiner praktischen Tätigkeit als Psychotherapeut. Es hilft mir, zu verstehen, warum Menschen Schwierigkeiten im

Leben bekommen, warum es zu psychischen Erkrankungen kommt. Dahinter steht das Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

Stellen Sie sich ein Segelboot vor. [Segelboot aufzeichnen.] Jedes Segelboot hat einen Kiel. Im wahren Leben soll der Kiel das Segelboot stabilisieren und ihm ermöglichen, auf Kurs zu bleiben. In diesem Bild jedoch steht der Kiel für alle Belastungen, die ein Mensch sich aufgeladen hat. Das kann die genetische Disposition sein, Behinderungen, aber auch kritische Lebenserfahrungen, schmerzhaftes Erlebnisse, die den Menschen geprägt haben. Dementsprechend ist der Kiel bei manchen Menschen tiefer, dann sind sie stärker vorbelastet, bei anderen ist er nicht so tief, dann sind sie weniger vorbelastet.

Der Kiel an sich sagt aber nichts darüber aus, ob der Mensch jemals Probleme im Leben bekommt. Um zu verstehen, wie es dazu kommt, braucht es in diesem Bild die Untiefe. Erst wenn Menschen mit ihrem jeweiligen Kiel gegen eine Untiefe fahren, kommt es zum Knall, zum Crash, zu dem, was sich dann z. B. in Form von psychischen Problemen oder von Leidensdruck zeigt.

Die Untiefe steht für das, was das Leben für Menschen bereithält, für Stressfaktoren, die mal mehr und mal weniger auftreten. Dies kann der Alltagsstress sein, der schon mit dem Aufstehen beginnt und im Supermarkt bei der Wahl zwischen zwei unterschiedlichen Zahnpasta-Marken weitergeht. Es kann der Stress sein, der durch traumatische Erfahrungen entsteht, durch Verlust und Verletzungen.

Psychische Probleme sind entsprechend dieses Modells also das Ergebnis eines komplexen Wechselspiels von dem, was ein Mensch mitbringt, und dem, was er im Leben vorfindet. Aus den Vorbelastungen eines Menschen alleine lässt sich somit nicht eindeutig vorhersagen, ob dieser Mensch jemals wieder Probleme im Leben bekommen wird. Vielleicht hat er Glück oder sein sozioökonomischer Status ist so hoch, dass er die Untiefen des Lebens weitestgehend vermeiden kann. Doch auch Menschen, die wenig vorbelastet sind, mit tollen Genen, toller Kindheit, toller Familie, tollem Job, hohem Einkommen, können – wenn die Untiefe, der Schicksalsschlag nur hoch genug ist – daran scheitern.«

Veränderungsmöglichkeiten. Das Bild des Segelboots (s. Abb. 6.1) hilft nicht nur zu verstehen, wie es zu psychischen Problemen im Leben kommt, sondern auch, wie nun therapeutisch versucht wird, den betroffenen Menschen zu helfen.

Untiefen reduzieren. Eine Möglichkeit besteht darin, Stressfaktoren im Leben von Menschen zu reduzieren. Da, wo dies einfach gelingt, ist es die eleganteste Lösung dafür, weitere Crashes zu verhindern. Teilweise wird viel Geld darin investiert, um die Lebensbedingungen von Menschen zu verändern. Soziale Brennpunkte werden entschärft, die Wohn- und Arbeitsbedingungen verbessert. Doch nicht immer ist eine Veränderung der Lebensbedingungen einfach möglich oder die Ressourcen stehen hierfür nicht zur Verfügung.

Was passiert mit dem Kiel? Eine weitere Möglichkeit besteht darin, den Kiel der betroffenen Menschen zu reduzieren, was zunächst bedeuten würde, die Vorbelas-

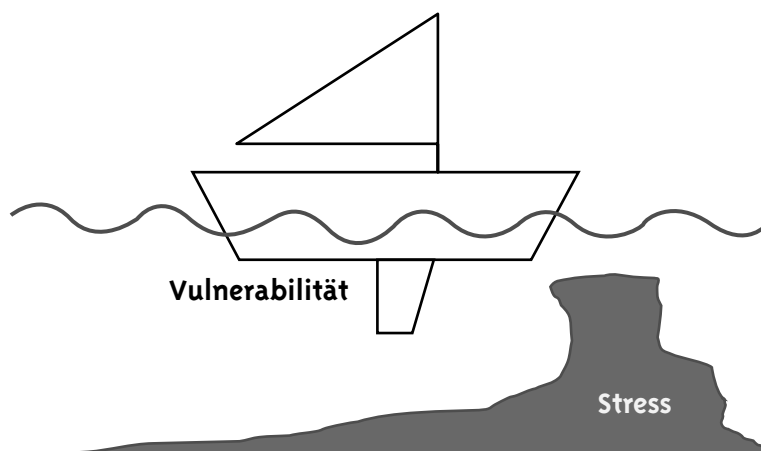


Abbildung 6.1 Segelboot und Untiefe zur Illustration des Vulnerabilitäts-Stress-Modells

tungen eines Menschen zu beseitigen. Viele Menschen sehnen sich danach: Ach, wäre es nicht schön, wenn wir prägende, schmerzhaftes Lebenserfahrungen einfach beseitigen könnten, wenn die Spuren der Verletzungen verschwänden? Doch solange die Forschungen zur Epigenetik noch in den Kinderschuhen stecken, wird es mehr Wunsch als reales Ziel psychotherapeutischer Prozesse sein. Sicherlich gibt es immer wieder die Hoffnung, dass es gelänge, die Vorbelastungen zu beseitigen, aber als Verhaltenstherapeut weiß ich nicht, wie das gehen soll. Ich kenne keine Studie, die beschreibt, was mit dem Kiel passieren soll. Verschwindet er einfach? Löst er sich in nichts auf? Vermutlich ist er zu einem Teil von uns geworden und das Ziel kann nur darin bestehen, einen Weg zu finden, mit ihm zu leben und damit unsere schmerzhaften Erfahrungen zu akzeptieren statt ständig gegen sie anzukämpfen.

Doch das bedeutet nicht, dass wir nichts tun können. Das Bild ist ja noch nicht vollständig. Es fehlen noch das Ruder, der Mensch und die Bojen (s. Abb. 6.2).

Das Ruder. Das Ruder steht dafür, dass wir Kontrolle über unser Leben ausüben können. Dass wir das Segelboot steuern können. Viele Patienten empfinden sich als Nusschale, die durch die Winde des Schicksals über das Wasser getrieben wird. Sie erleben sich als hilflos. Und da sie sicherlich oft die Erfahrung von Kontrollverlust gemacht haben, ist die Hilflosigkeit tatsächlich oftmals eine *erlernte Hilflosigkeit*. Für diese Menschen ist es wichtig, Wege aufzuzeigen, wie sie ihr Leben zurückerobern können, wie sie aktive Entscheidungen fällen, die sie nicht überfordern, wie sie den ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsspielraum nutzen können, ihren psychischen Leidensdruck zu reduzieren.

Der Mensch. Im Boot sitzt ein Mensch, der das Ruder auch tatsächlich nutzt. Viele Patienten sagen: »Ich weiß, was ich tun sollte, aber *ich kann nicht*«. Selbst wenn die Kontrollmöglichkeiten bekannt sind, fehlt es vielen Patienten und anderen Ratsuchenden an dem Selbstvertrauen, genauer der Selbstwirksamkeit, das Ruder zu benutzen

und damit ihrem Leben eine neue Richtung zu geben. Dies bedeutet, dass Patienten mitunter viel Ermutigung und Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit benötigen. Dies beinhaltet zunächst üben, üben, üben. Es beinhaltet, sich nicht zu überfordern und den geeigneten Schwierigkeitsgrad zu finden. Und es beinhaltet, Erfolgserlebnisse bewusst wahrzunehmen und als Motivationsquelle zu nutzen.

Bojen. Es braucht Signale, Bojen, die vor Untiefen warnen. Dies bedeutet, mit Patienten eine Seekarte zu erstellen, die ihnen hilft, sich im Alltag zu orientieren. Wo liegen Untiefen? In welchen Situationen muss ich mit Stress rechnen? Woran kann ich erkennen, dass wieder eine Untiefe auf mich zu kommt?

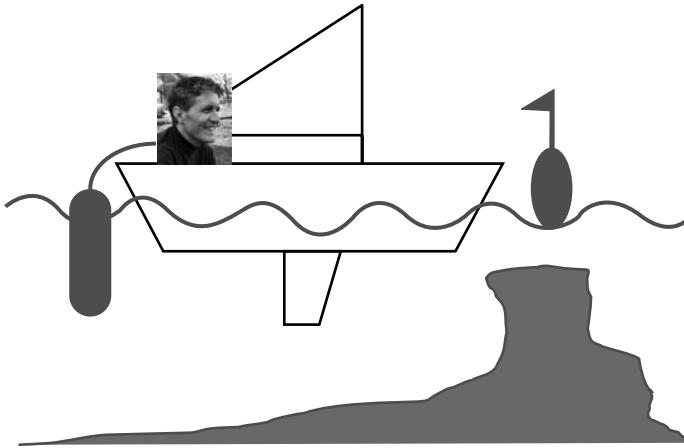


Abbildung 6.2 Ergänzung der vorherigen Abbildung um Ruder (Kontrolle), Mensch (Selbstwirksamkeit) und Boje (Orientierung). (© Foto: Angelika Schweizer)

Grundlegende Ziele. Psychotherapie und Beratung haben entsprechend dieses Bildes die Aufgabe, Menschen im Prozess ihres Empowerments zu unterstützen, sodass sie (wieder) zum Steuermann/zur Steuerfrau ihres eigenen Lebens werden. Psychotherapie und Beratung verfolgen also drei Ziele:

- (1) Erweiterung von Kontrollmöglichkeiten über das eigene Leben;
- (2) Erweiterung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Selbstvertrauen;
- (3) Erweiterung von Orientierung im Leben.

Wenn dies gelingt, werden Menschen die Wahrscheinlichkeit für Crashes, für psychische Probleme im Sinne des Zusammenpralls von Vorbelastung und Stressfaktoren im Leben zu reduzieren wissen, indem sie Möglichkeiten zur Kontrolle über wichtige Entscheidungen in ihrem Leben selbstbewusst und selbstwirksam nutzen und zunehmend elegant um mögliche Untiefen herum steuern.

Dabei sollten wir Therapeuten aufpassen und der Versuchung widerstehen, das Ruder unserer Patienten in die eigenen Hände zu nehmen. Es bleibt deren zentrale Aufgabe, die Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und damit verbunden eigene Entscheidungen zu fällen. Auf diesen zu beharren, kann manchmal eine notwendige Zumutung sein.

Orientierungskarten. Eine verhaltenstherapeutische Orientierungskarte ist die Seekarte, die bereits in Kap. 4.2 vorgestellt wurde.

Denken, Fühlen und Handeln sind mit drei Inseln vergleichbar, die im therapeutischen und beratenden Prozess besucht werden können. Diese Inseln stellen ein Archipel dar, da sie sich gegenseitig bedingen und in vielerlei Wechselbeziehungen stehen.

Sie stehen im Fokus von Psychotherapie und alle psychotherapeutischen Fachartikel der letzten Jahre lassen sich mehr oder weniger eindeutig einer dieser Inseln zuordnen.

Doch diese drei Inseln sind nicht isoliert, sie sind eingebettet von den großen Halbinseln des Körpers auf der einen Seite und der Beziehungen/des Kontextes auf der anderen Seite. Halbinseln deshalb, da es andere Berufsgruppen gibt, die sich ebenfalls mit diesen Inseln intensiv beschäftigen.

Die Insel des Körpers steht für die Wechselwirkungen körperlicher Prozesse mit Denken, Fühlen und Handeln, wie sie z. B. bei Schmerzen, Essstörungen, körperlichen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen und anderen bedeutsam sind.

Die große Insel der Beziehungen steht für die soziale Einbettung von Menschen in ein Umfeld, einen Kontext. Psychische Probleme sind zwar häufig festzumachen an einem Menschen, in seinem Denken, Fühlen und Handeln, aber als soziales Wesen realisieren sie sich auch in seinen Beziehungen. Manchmal sind die Beziehungen Ursache seiner psychischen Probleme, manchmal leidet das Umfeld unter den psychischen Problemen. Systemische Aspekte und Verstrickungen sind somit sowohl Henne als auch Ei psychischer Probleme.

Bevorzugte Inseln. In der Regel präsentieren Patienten ihr Problem auf einer bevorzugten Insel: Für manche Patienten besteht das Problem vorrangig in ihren oftmals selbstabwertenden Gedanken, z. B. »Ich bin unfähig!« (Insel des Denkens). Für andere liegt das Problem in intensiven Emotionen, wie z. B. Ängsten (Insel des Fühlens), ihren impulsiven Handlungen (Insel des Handelns), dem körperlichen Schmerz (Insel des Körpers) oder Beziehungsproblemen: »Wenn mein Partner erst anders ist, dann bin ich glücklich!« (Insel der Beziehungen, des Kontextes).

Patienten dort abholen, wo sie stehen. Grundsätzlich gilt der alte Spruch, Patienten dort abzuholen, wo sie sind. Dies bedeutet, den Patienten auf seiner bevorzugten Insel zu besuchen und zu explorieren, wie er sich dort eingelebt hat. Und natürlich gilt, wenn es eine einfache Lösung auf dieser Insel gibt, diese einfache Lösung auch auszuprobieren. Doch in vielen Fällen wird gelten, was Albert Einstein schon sagte: »Man kann das Problem nicht mit den gleichen Denkstrukturen lösen, die zu seiner Entstehung beigetragen haben« (vgl. einleitendes Zitat zum Praxisteil) und was ebenso auf Fühlstrukturen zutrifft.

Den Horizont erweitern. Wenn also einfache Lösungen nicht verfügbar sind, alles Naheliegende schon ausprobiert wurde, dann gilt es, den Horizont, den Bezugsrahmen zu erweitern und sich auf eine Reise zu begeben, z. B. auf eine der anderen Inseln. Dabei ist der ressourcenorientierte Zugang zur Arbeit mit Emotionen eine Einladung, die Insel der Gefühle zu besuchen, kein Muss.

Somit wird ein komplexes Problemverständnis in aller Regel nicht auf eine der Inseln beschränkt sein, sondern Aus- und Wechselwirkungen mit den anderen Inseln

berücksichtigen. Daraus lässt sich auch ableiten, dass eine komplexe Psychotherapie in aller Regel nicht auf eine der Inseln beschränkt bleiben wird, sondern Anregungen, Interventionen und Hilfestellung auf allen Inseln bietet.

Das einfache Bild der Seekarte soll helfen, klare Entscheidungen zu fällen und diese mit Patienten und Ratsuchenden in transparenter Weise zu kommunizieren. Es gibt eine nahezu unzählige Vielfalt an therapeutisch möglichen Interventionen. Manchmal scheint es so, als würde man den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen. Dann ist es sinnvoll, lieber wenig richtig zu machen statt vieles falsch (und rotierend von einer Insel zur nächsten zu hüpfen). Da in einer Behandlung aus den vielen möglichen Therapiebausteinen und -modulen nur eine kleine begrenzte Zahl zur Anwendung kommt, ist die reflektierte Entscheidung über deren Auswahl umso bedeutsamer.



Material

- ▶ **Arbeitsblatt 0.1:** Dieses Arbeitsblatt greift das Segelboot als Visualisierung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells auf. Mit seiner Hilfe können individuelle Vorbelastungen (Kiel) und aktuelle Stressfaktoren (Untiefen) erhoben werden.
- ▶ **Arbeitsblatt 0.2:** Dieses Arbeitsblatt ergänzt das erste. Mit seiner Hilfe können individuelle Kontrollmöglichkeiten, Aspekte der Selbst(un)wirksamkeit und Orientierungspunkte erfasst und bearbeitet werden.
- ▶ **Arbeitsblatt 0.3 und 0.4:** In diesen Arbeitsblättern geht es um die therapeutische Orientierungskarte. Mit ihrer Hilfe kann erhoben werden, wie sich das präsentierte Problem eines Patienten oder Ratsuchenden auf den Inseln Denken, Fühlen, Handeln, Körper und Beziehung konstituiert. Die Erfassung des Ist- und des Soll-Zustands ermöglicht eine Behandlungsplanung.

Es gibt noch eine Variante zur Arbeit mit der Orientierungskarte: Diese kann, wenn sie zusammen mit einem Patienten oder Ratsuchenden erarbeitet wird, individuell angepasst werden, indem die aktuelle Bedeutsamkeit einer Insel für das Problemverständnis so visualisiert wird, dass sie entsprechend groß gezeichnet wird – andere, bislang wenig genutzte Inseln werden dann entsprechend kleiner dargestellt.

Hinweise

Es kann sinnvoll sein, das Bild eines Segelboots nur als Anregung für einen kreativen Konstruktionsprozess zusammen mit Patienten und anderen Ratsuchenden zu verstehen. Es kann zur Orientierung vorgegeben werden, allerdings bietet es sich immer auch an, nach anderen Ideen und Lösungen zu fragen und diese zu ergänzen. Ein Patient beispielsweise wünschte sich einen Stoßdämpfer, um die Intensität des Aufpralls von Kiel und Untiefe zu reduzieren (eine gute Überleitung zu Stresstoleranz-Skills), ein anderer einen Doppelkiel für mehr Stabilität (eine gute Überleitung zur Exploration der Beziehungsgestaltung mit seiner Ehefrau).

Die Frage nach dem Raum für emotionsorientiertes Arbeiten in der Therapie und Beratung lässt sich somit nicht pauschal beantworten. Sie wird abhängig sein von dem, was der Patient mitbringt. Allerdings sollte die Insel der Emotionen zunehmend berücksichtigt werden, sollte mehr Raum innerhalb des Behandlungsplanes bekom-

men und nicht etwas sein, das von Patienten wie Therapeuten gleichermaßen vermieden wird.

Im Umkehrschluss gilt aber auch: Die Insel der Gefühle ist dann zu begrenzen, wenn sie einen zu großen Raum einnimmt, wenn das Potential der anderen Inseln zu wenig berücksichtigt wird. Wie Marsha Linehan sagt: »Emotionen lieben sich selbst!« Für manche Menschen ist die Beschäftigung mit Emotionen so intensiv, dass sie mit ihrem emotionalen Erleben verschmelzen, beinahe zu ihren Emotionen *werden*. Dann gilt, dass die Arbeit mit Emotionen kein Selbstzweck ist.

Arbeit mit dem, was nicht ist

Der Philosoph Theodor W. Adorno hatte nicht den Anspruch, ein geschlossenes philosophisches System zu präsentieren. Vielmehr ging es ihm darum, Gedanken als Flaschenpost zu verstehen, die irgendwann, irgendwo an Land gespült werden.

Eine psychotherapeutisch relevante Flaschenpost steckt im Zitat: »Das Ganze ist die Unwahrheit« (Adorno, 2008). Er hat mit seiner negativen Dialektik darauf hingewiesen, dass die Wahrheit nicht nur positivistisch zu erfassen ist. Frei interpretiert: In jedem Wort, in jedem Gedanken, in jedem Gefühl, in jeder Handlung steckt immer auch das Nicht-Gesprochene, Nicht-Gedachte, Nicht-Gefühlte und Nicht-Getane mit.

Natürlich arbeiten wir als wissenschaftlich geschulte Psychotherapeuten und Berater mit dem, was ist. Das, was wir von unseren Patienten und Ratsuchenden hören, das, was wir an ihnen wahrnehmen, ist die Grundlage unserer Entscheidungen für Reaktionen und Interventionen.

Trotzdem kann es eine spannende Erweiterung sein, sich auf das einzulassen, was in einem Augenblick *nicht* ist: Worüber reden Ratsuchende nicht, während sie über etwas reden? Was fühlen Patienten nicht, während sie etwas erleben? Was vermeiden sie, während sie etwas tun?

Diese Haltung darf nicht in einer Abwertung der Sichtweise von Patienten münden, erst recht nicht in einem zynischen Skeptizismus, bei dem alles in Frage gestellt wird. Sie ist eher als eine Art Notausgang in einer Sackgasse zu verstehen, die wir benutzen, wenn wir den Eindruck haben, nicht weiterzukommen. Den Blick um das, was nicht ist, zu erweitern, erhöht die Flexibilität und schafft neue Möglichkeiten – für Patienten und Ratsuchende wie auch für die sie begleitenden Therapeuten und Berater.

6.3 Und wann ist es besser, nicht mit Emotionen zu arbeiten? Zur Kontraindikation

Auch hier bietet sich wieder die bereits oben vorgenommene Unterscheidung an: **Einschränkungen bei Emotionen, die aktuell erlebt werden.** Das Erleben von Emotionen wird in der Arbeit mit Emotionen einerseits angestrebt, andererseits kann das

intensive Ausleben von Emotionen auch leicht für alle Beteiligten zu einer Überforderung werden. Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen als instabil einzuschätzen sind, können durch das Erleben intensiver Emotionen in ihrer Instabilität verstärkt werden. Vor diesem Hintergrund ist als mögliche Kontraindikation für ein emotionsorientiertes Arbeiten die mögliche Intensität des emotionalen Erlebens zu berücksichtigen. Dies ist natürlich schwer zu definieren und wird in hoher Weise abhängig sein von der Toleranz des jeweiligen Behandlers.

Die DBT bietet hierzu eine klare Zielhierarchie an: Arbeit an lebensgefährdenden Verhaltensweisen kommt vor Arbeit an therapiegefährdenden Verhaltensweisen kommt vor Arbeit an lebensqualitätseinschränkenden Verhaltensweisen. Sofern die emotionale Intensität mit den ersten beiden Aspekten in Verbindung steht, erfordert die Arbeit mit den erlebten Emotionen eine klare Einbettung in Stresstoleranz-Skills zum Umgang mit emotionalen Krisen und einer Reduzierung des Leidens.

Einschränkungen bei Emotionen, die aktuell nicht erlebt werden. Bei diesem Aspekt emotionsorientierter Arbeit ist ein behutsames Vorgehen ratsam, bei dem immer biografische Bezüge auf schwer traumatisierende Erfahrungen oder wahnhaftes Erleben hin überprüft werden. Wie später gezeigt wird, dient das Vermeiden von Emotionen häufig dem Schutz, z. B. vor der Erinnerung an schmerzhaftes Erlebnisse. Hier kann allein das Aussprechen eines Wortes wie »Angst« zu einem Trigger werden. Dies erfordert eine hohe Aufmerksamkeit des Behandlers für die emotionalen Prozesse seines Gegenübers. Und es erfordert eine Flexibilität im Vorgehen mit der Fähigkeit zur extrinsischen Emotionsregulation, bei der Tempo und Intensität angepasst werden können. Der Übergang vom cold zum hot learning (vgl. Abschn. 4.4) kann mitunter plötzlich und schnell erfolgen.

Das Kapitel schließen somit zwei weitere Grundannahmen ab.

Grundannahme (3): Für die Arbeit mit Emotionen gibt es eine kurzfristige und eine langfristige Perspektive. Bei der kurzfristigen Perspektive stehen eher die in einem Moment erlebten Emotionen im Fokus, bei der langfristigen eher die aktuell nicht-erlebten.

Grundannahme (4): Die Arbeit mit Emotionen benötigt neben Zeit einen angemessenen Raum. Dieser Raum kann gefördert und begrenzt werden. Er sollte neben anderen therapeutischen Räumen genutzt werden, diese aber nicht ersetzen.

Die Arbeit mit Emotionen als Ressourcen kann somit begonnen werden, wenn sie eingebettet ist in einen umfassenden Behandlungs- und Beratungsplan. Dieser berücksichtigt eine allgemeine Analyse von Vulnerabilitäten, gegenwärtigen Stressfaktoren, bisherigen Lösungsversuchen sowie eine Entscheidung, welchen Raum die Arbeit mit Emotionen bekommen soll.

Zusammenfassung

Vorbereitung

Strategie: Vorbereitung

Methode: Psychoedukation, Überprüfung der Indikation, Festlegung von Zielen

Variante	Inhalt	Zeitumfang
Kurz	(1) Psychoedukation Vulnerabilitäts-Stress-Modell (2) Psychoedukation Orientierungskarte (3) Überprüfung Indikation (4) Entscheidung über Behandlungsschwerpunkte	1 Sitzung 50 Minuten

Materialien (online verfügbar)

Arbeitsblatt 0.1 Was bringe ich mit? Was finde ich vor?

Arbeitsblatt 0.2 Meine Kontrollmöglichkeiten/Selbstwirksamkeit/Orientierung

Arbeitsblatt 0.3 Meine Orientierungskarte – Ist-Zustand

Arbeitsblatt 0.4 Meine Orientierungskarte – Soll-Zustand

Weitere Materialien

Flipchart/Whiteboard/Papier

Übungen

Arbeitsblätter ausfüllen



7 Emotionen als Ressourcen nutzen in Aktion

Zielgruppe. Das hier beschriebene Manual richtet sich an Patienten und Ratsuchende, die den Umgang mit ihren Emotionen betrachten, näher kennen lernen, überprüfen und gegebenenfalls verändern möchten.

Emotionen als Ressourcen. Es fokussiert dabei Emotionen und ihr Erleben als eine Ressource, mit der Menschen ihr Leben und den Umgang mit anderen Menschen bereichern und somit ihr psychisches Wohlbefinden steigern können. Emotionen werden dabei als etwas gesehen, das durch die koordinierende Funktion an der Schnittstelle wesentlicher Prozesse menschlichen Lebens ein Potential hat und genutzt werden kann.

Emotionen als Ressourcen nutzen. Dies erfordert ein entsprechendes deklaratives und prozedurales Wissen sowie die Bereitschaft, dieses Wissen anzuwenden. Es führt zu einer Flexibilität im Umgang mit unterschiedlichen Emotionen, indem diese hinsichtlich Qualität und Quantität angemessen reguliert werden. Biografische Erfahrungen können die Art und Weise des Umgangs mit Emotionen geprägt, die Flexibilität eingeschränkt und somit zu einem maladaptiven Umgang geführt haben. Die Nutzung von Emotionen als Ressourcen setzt daher voraus, sich auch mit diesen Erfahrungen auseinanderzusetzen. Das Ziel ist dann, durch eine erhöhte Flexibilität in der Regulation von Emotionen auch bislang vermiedene und nicht genutzte Potentiale zu aktivieren.

Didaktik. Dieses Manual wählt didaktisch einen einfachen, klar gegliederten Weg, der an verschiedenen Stellen auf Reduktionen basiert. Diese dienen der einfacheren Wissensvermittlung und damit einer höheren Akzeptanz gegenüber der Nutzung von Emotionen als Ressourcen.

Evaluation. Das Manual ist ein Ansatz aus der Praxis für die Praxis. Es kombiniert viele bewährte Interventionen (vgl. Kap. 4) und beschreibt einen Weg, diese zu nutzen. Es hat sich in vielen Behandlungen von Patienten und Beratungen praktisch bewährt.

7.1 Überblick

Das Vorgehen dieses Manuals ist in sechs Module unterteilt, die sich den drei übergeordneten Strategien Wissen, Verstehen, Verändern zuordnen lassen:

(1) Wissen – das allgemeine Wissen über Emotionen erweitern

Modul 1: Emotionen Worte geben und erkennen. Ein emotionales Vokabular ist die Voraussetzung für den Austausch über das emotionale Erleben. Letztendlich schafft das Vokabular die Grundlage für das Erkennen von Emotionen, denn – wie Goethe schon sagte – man sieht nur, was man weiß. Die Vermittlung des Vokabulars ist ein psychoedukativer Schritt, der sich an den üblichen wissenschaftlichen Erkenntnissen

über Grundemotionen orientiert. Er wird ergänzt durch das Beobachten des emotionalen Ausdrucks bei anderen Menschen und der Erarbeitung von Kriterien, nach denen diese erfasst werden können.

Modul 2: Den allgemeinen Sinn von Emotionen verstehen und das Wissen über Emotionen erweitern. Die Vermittlung von Sinnhaftigkeit ist eine Voraussetzung, Emotionen und ihr Erleben als eine Ressource anzunehmen. Dies ist zunächst ein rein kognitiver Schritt, der erneut eine psychoedukative Vermittlung erfordert. Die Vermittlung des Sinns von Emotionen ist erforderlich, um der oftmals negativen, ablehnenden und vermeidenden Grundhaltung dem emotionalen Erleben gegenüber in den Meta-Emotionen vieler Patienten und Ratsuchenden zu begegnen.

(2) Verstehen – das eigene emotionale Erleben verstehen

Modul 3: Das eigene emotionale Erleben verstehen. Im dritten Schritt wird das Vorgehen individualisiert und persönliche Bezüge werden hergestellt. Wie erlebt ein Patient oder Ratsuchender seine Emotionen? Wie geht er mit diesen um? Was ist sein emotionaler Stil? In diesem Schritt erfolgt der Transfer des erworbenen allgemeinen Wissens auf das individuelle Erleben eines Menschen.

Modul 4: Biografische Bezüge verstehen. In diesem Modul geht es darum, biografische Bezüge herzustellen und den Zusammenhang dieser zum aktuellen emotionalen Erleben besser zu verstehen. Welche Lernerfahrungen haben den emotionalen Stil geprägt und dazu geführt, dass bestimmte Emotionen mehr, andere vielleicht weniger erlebt werden?

(3) Verändern – das eigene emotionale Erleben verändern

Modul 5: Veränderung des emotionalen Stils und Aktivierung neuer emotionaler Potentiale. Auf der Basis der bisherigen Erkenntnisse und der Individualisierung beginnt die Suche nach der Nutzung neuer emotionaler Ressourcen. Hierzu wird zwischen der Förderung bisher wenig erlebter Emotionen und der Regulation von intensiv erlebten Emotionen unterschieden. Für beide Änderungsrichtungen werden verschiedene Interventionen vorgestellt.

Modul 6: Emotionen als Ressourcen im Alltag. Mit diesem Modul werden die eingeleiteten Veränderungen in den Alltag überführt und gefestigt, um die Nachhaltigkeit zu stärken.

Vom cold zum hot learning

Die Module folgen in ihrem Ablauf vom cold learning zum hot learning: Die wissensbezogenen, psychoedukativen Module sind insofern kalt, als dass individuelle Erfahrungen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Diese rücken dann im dritten Modul in den Mittelpunkt, sodass es »wärmer« wird, und spätestens bei der Arbeit mit biografischen, emotional prägenden Erfahrungen im Modul 4 kann es »heiß« werden.

Tabelle 7.1 Das Manual mit seinen übergeordneten Strategien, Modulen und Methoden

Strategie	Modul	Methode
Wissen	(0) Vorbereitung	Behandlungsplanung
	(1) Emotionen Worte geben und Emotionen erkennen	Psychoedukation Grund-emotionen
	(2) Den Sinn von Emotionen verstehen	Psychoedukation Sinnhaftig-keit von Emotionen
Verstehen	(3) Das eigene emotionale Erleben verstehen	Selbstbeobachtung gezeigte vs. empfundene Emotionen
	(4) Biografische Bezüge verstehen	Exploration prägender Lern-erfahrungen
Verändern	(5) Veränderung des emotionalen Stils und Aktivierung neuer emotionaler Potentiale	Förderung bzw. Regulierung von Emotionen
	(6) Emotionen als Ressourcen im Alltag	Transfer und Sicherung von Nachhaltigkeit

7.2 Ablauf und Rahmen

Ablauf. Die klare Struktur der Module suggeriert, dass diese immer für sich und in der gebotenen Reihenfolge abzuarbeiten sind. Im therapeutischen und beratenden Prozess wird die klare Abgrenzung jedoch nicht immer einzuhalten sein.

- Bereits in den ersten beiden Modulen, die vorrangig auf allgemeinem Wissen über Emotionen basieren, wird es in der praktischen Anwendung dazu kommen, dass Patienten und Ratsuchende vom Allgemeinen zu ihren individuellen Erfahrungen gelangen.
- Die übergeordneten Strategien Verstehen und Verändern bedingen sich gegenseitig und führen in der praktischen Anwendung immer wieder zu einem Wechsel.

Für beide Fälle ist es erforderlich, die unterschiedlichen Aspekte mit einer gewissen Gelassenheit auszubalancieren, ohne die primäre Zielrichtung des jeweiligen Moduls aus dem Blick zu verlieren.

Varianten. Die einzelnen Module werden am Ende eines Abschnitts zusammenfassend dargestellt. Dabei werden für die Bearbeitung der Module eine kurze und eine lange Variante vorgeschlagen, die nach den individuellen Wünschen und Rahmenbedin-gungen genutzt werden können. Für die kurze Variante ist ein Zeitumfang von mindestens drei Sitzungen oder 150 Minuten erforderlich, die lange Variante erfordert mindestens zehn Sitzungen.

Arbeitsblätter. Die Bearbeitung der einzelnen Module setzt den unmittelbaren Kontakt zum Patienten und Ratsuchenden voraus. Die meisten didaktischen Schritte und Interventionen werden im Gespräch gemeinsam erarbeitet. Hierzu sind teilweise Materialien erforderlich, die in den einzelnen Modulen beschrieben werden. Es liegt darüber hinaus eine Reihe an Arbeitsblättern vor, die den Vermittlungsprozess unterstützen und für die vertiefte Bearbeitung zwischen den Sitzungen genutzt werden können.

Arbeitsfeld und Setting. Das Manual bietet sich zur Umsetzung in einer Vielfalt an unterschiedlichen Arbeitsfeldern mit ihrem jeweiligen Setting an, von einer kurzen Präsentation der wissensbezogenen Module von Emotionen als Ressourcen im Rahmen einer Kurzberatung bis hin zu einem umfassenden Prozess mitsamt den erlebensbezogenen Modulen im Rahmen einer Psychotherapie. Die Umsetzung in den einzelnen Settings wird ausführlich in Kapitel 14 beschrieben.