

# **Psychotherapie der Emotionen: die Bedeutung von Emotionen für die Entste- hung und Behandlung von Krankheiten**

Parklandklinik Bad Wildungen 3. November 2018.

**Prof. Dr. Reinhard Plassmann  
Gartenstrasse 18  
72074 Tübingen**

**E-Mail: prof.plassmann@gmx.de**

## 1. Einführung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lieber Hartmut,  
unser Thema sind neuere Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung psychosomatischer Erkrankungen und ich bedanke mich für die Einladung, hier zu sprechen. Die Thematik beschäftigt mich schon lange und zwar insbesondere, wie sich Emotionen auf seelische Erkrankungs- und Heilungsprozesse auswirken.

Seelische Heilungsprozesse und seelisches Wachstum sind ein äusserst faszinierendes Geschehen, die Gesetzmässigkeiten sind allerdings komplex. Die moderne Emotionsforschung hat nun neue Möglichkeiten geschaffen, indem sie verdeutlicht hat:

### Konsequenzen der modernen Emotionsforschung für die Krankheitsmodelle

- Emotionen stehen nicht am Rand sondern im Zentrum psychischer Prozesse, sie sind nicht Begleiterscheinung sondern Energiequelle und Organisator.
- die menschliche Psyche braucht Emotionsregulation als Voraussetzung für seelisches Wachstum.
- Psychosomatische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen entstehen durch unvollständige Regulation und Transformation von emotional negativem Material
- Die Erkrankungen sind dysfunktionale Versuche der Emotionsregulation, Lösungsversuche, die nicht lösen. Sie sind Negativmuster.



Emotionen stehen an zentraler Stelle im seelischen Geschehen, sie bewegen, organisieren, sie sind Energiequellen und sie können krank machen. Seelische Störungen entstehen gerade dann, wenn emotionale Reaktionen überstarke Kraft haben und deshalb nicht verarbeitet, also nicht transformiert werden können. Der Organismus entwickelt dann alle möglichen Notbehelfe, dazu zählen auch psychosomatische Erkrankungen. Sie sind kein passiver Vorgang, sondern ein Bewältigungsversuch des Organismus, ein Hinweis darauf, dass starkes negatives emotionales Material noch unverarbeitet, untransformiert geblieben ist und auf Verarbeitung wartet.

Psychosomatische Erkrankungen können als dysfunktionale Versuche der Emotionsregulation aufgefasst werden, also als Versuche der Regulation sehr starker negativer, mit normalen Mitteln nicht verarbeitbarer Affekte. Das gilt auch für zahlreiche dysfunktionale Verhaltensweisen, die den Psychotherapeuten in Klinik und Praxis beschäftigen, wie beispielsweise selbstverletzendes Verhalten, Suchtverhalten, Essstörungen. All diese Strategien erreichen das Ziel der Emotionsregulation aber nicht, deshalb sind sie keine Lösungen, sondern Krankheiten (Plassmann 2010, Plassmann 2018 a,b). Diese Feststellungen stützen sich auf eine mittlerweile sehr umfangreiche interdisziplinäre Emotionsforschung, die überzeugende Befunde über die Bedeutung der Emo-

tionen hervorgebracht hat und an der die Psychoanalyse nicht geringen Anteil hat. Die stärksten Impulse sind von der **Säuglingsforschung**, der **Gehirnforschung** und von der **Traumatherapie** ausgegangen und auf dieser Grundlage bekam dann auch die **Bindungsforschung** die große Bedeutung, die sie heute hat. Die Bindungsforschung hat uns Erkenntnisse und Begriffe gegeben, die unverzichtbar sind für das Verstehen seelischer und körperlicher Gesundheit, insbesondere das Konzept der sicheren Bindung.

Sehr geholfen haben aber auch grosse epidemiologische Untersuchungen.

Die Zusammenhänge zwischen frühen emotionalen Belastungen und späteren Er-

krankungen wurde sehr sorgfältig in der Felitti-Studie untersucht (Felitti 2002; Felitti und Anda 1998, Dube et al 2001). Bei 17.000 Erwachsenen zeigte sich in der Studie, sie wurde in den USA durchgeführt, ein sehr klarer Zusammenhang von traumatischen Belastungen in der Kindheit mit körperlichen und seelischen Störungen im späteren Leben.

#### Die gesundheitlichen Folgen früher emotionaler Belastungen (Felitti 2002)

##### Spätere Gesundheitsstörungen:

- der aktuelle **Nikotinkonsum** der Patienten stand in einer strengen Dosis-Wirkungs-Relation zu den Ereignissen in der Jahrzehntelang zurückliegenden Kindheit
- die Beziehung zwischen **intravenösem Drogenmissbrauch** und den psychosozialen Belastungsfaktoren war hoch signifikant
- Patienten mit kindlichen Belastungsfaktoren hatten ein 40% höheres Risiko für **Depressionen**
- bei höheren Werten kindlicher Belastungsfaktoren (ACE-Werten, Adverse Childhood Experiences) steigt die Häufigkeit von **Suizidversuchen** auf das 30 bis 51-fache (Dube et al. 2001)
- **Herzerkrankungen, Frakturen, Diabetes, Adipositas, unerwünschte Schwangerschaft** (Dietz et al. 1999), **sexuell übertragbare Krankheiten** (Hillis et al. 2000) und **Alkoholismus** nahmen bei zunehmenden ACE-Werten signifikant zu.



Man untersuchte folgende Kindheitsbelastungen:

- ein Haushaltsmitglied war im Gefängnis
- die Mutter erfuhr körperliche Gewalt
- ein Familienmitglied war alkohol- oder drogenkrank
- ein Familienmitglied war chronisch depressiv, seelisch krank oder suizidal
- zumindest ein biologischer Elternteil wurde in der Kindheit verloren

Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Patienten war 57 Jahre, sie entstammten der sozialen Mittelschicht. Etwa die Hälfte hatte Belastungen in einer oder mehr dieser Kategorien erlebt, etwa ein Viertel war zwei dieser Belastungsfaktoren ausgesetzt gewesen und ca. 6% vier Belastungsfaktoren.

## Die gesundheitlichen Folgen früher emotionaler Belastungen (Felitti 2002)

untersuchte Kindheitsbelastungen:

- ein Haushaltmitglied war im Gefängnis
- die Mutter erfuhr körperliche Gewalt
- ein Familienmitglied war alkohol- oder drogenkrank
- ein Familienmitglied war chronisch depressiv, seelisch krank oder suizidal
- zumindest ein biologischer Elternteil wurde in der Kindheit verloren, unabhängig von der dazu führenden Ursache



Man verglich nun die späteren Gesundheitsstörungen mit den kindlichen Belastungsfaktoren, und fand:

- der aktuelle Nikotinkonsum der Patienten stand in einer strengen Dosis-Wirkungs-Relation zu den Ereignissen in der jahrzehntelang zurückliegenden Kindheit
- die Beziehung zwischen intravenösem Drogenmissbrauch und den psychosozialen Belastungsfaktoren war

hoch signifikant

- Patienten mit kindlichen Belastungsfaktoren hatten ein 40% höheres Risiko für Depressionen
- bei höheren Werten kindlicher Belastungsfaktoren (ACE-Werten, Adverse Childhood Experiences) steigt die Häufigkeit von Suizidversuchen auf das 30 bis 51-fache (Dube et al. 2001)
- Herzerkrankungen, Frakturen, Diabetes, Adipositas, unerwünschte Schwangerschaft (Dietz et al. 1999), sexuell übertragbare Krankheiten (Hillis et al. 2000) und Alkoholismus nahmen bei zunehmenden ACE-Werten signifikant zu. Die Autoren folgern daraus, dass unverarbeitete Kindheitstraumata der wichtigste Faktor sind, der Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung bestimmt.

Emotionen sind, dies scheint gesichert, jene Kräfte, von denen das seelische und körperliche Geschehen bewegt und organisiert wird, vom Schicksal der Emotionen hängt ab, ob Gesundheit oder Krankheit entstehen. Diese veränderte Sichtweise, die den Emotionen wohlbegründet einen zentralen Platz im seelischen Geschehen einräumt, vom Rande in den Mittelpunkt, kann man als **emotiozentrische Wende** bezeichnen (Plassmann 2016).

Während die epidemiologischen Studien die grosse, distanzierte Perspektive betrachten, sind wir in der Therapiestunde in einer direkten, persönlichen, unmittelbaren Situation. Sie ist für jeden, der therapeutisch arbeitet, ein Faszinosum und eine Herausforderung.

## 1. Schritt: Resonanz

### Das implizite emotionale Thema eingewoben in Sprache

- **Vitalitätsaffekte** (die Musik der Emotionen): Rhythmen, Tempi und Konturen der Emotionen (Jaffe, Stern, Leikert, Knoblauch)
- **Markierungen** (Veränderungen von Melodie, Mimik, Körpersprache)
- **Sukzession der Einfälle**: scheinbar unzusammenhängende Einfälle (bei Patient und Therapeut) enthalten das emotionale Thema wie Kapitel eines Buchs (Morgenthaler, Bollas)
- **“Hologramme“**: ein Alltagsthema erzählt zugleich ein unbewusstes infantiles Trauma und löst Visionen aus
- **Übertragung**: das unbewusste infantile Trauma wird kommuniziert, indem es auf den Therapeuten übertragen wird



In einer emotionspsychologisch fundierten Psychosomatik und Psychotherapie ist das grundlegende Wahrnehmungsinstrument, mit dem wir arbeiten, die **emotionale Resonanz**, mit der ein Therapeut, eine Therapeutin wahrnehmen können, welche emotionalen Themen in der Therapiestunde aktiv sind. Am Anfang des Erkenntnis- und Behandlungsprozesses steht nicht der distanziert beobachtende Verstand, sondern die **Affektresonanz**, wie man das kurz nennen kann.

Wann die emotionalen Themen per Resonanz wahrgenommen worden sind, ist die Beschäftigung mit ihnen nicht abgeschlossen, sie hat gerade erst begonnen. Eine weitere zentrale Erkenntnis der modernen Emotionsforschung ist, dass Emotionen der **Regulation** bedürfen, um verarbeitet und integriert werden zu können. Der Therapeut, die Therapeutin, nimmt während der Stunde auf dem Wege der Affektresonanz kontinuierlich die bewussten und unbewussten emotionalen Themen wahr und darüber hinaus auch die **emotionalen Regulationsvorgänge**, die eigenen ebenso wie die des Patienten. Die wichtigsten Prozesse der Emotionsregulation sind die **Regulation der Emotionsstärke** und die **Regulation des Gleichgewichts zwischen negativen und positiven emotionalen Zuständen** (Plassmann 2017). Wir werden uns gleich genauer damit beschäftigen.

Immer dann, wenn die Regulation ursprünglich krankmachender Emotionen in der Stunde gelingt, dann wird man die faszinierende Erfahrung machen, wie etwas beginnt, was wir **Transformationsprozess** nennen können, also seelisches Wachstum: Worte und Bilder entstehen, neue Perspektiven, Zusammenhänge werden klar, die Ereignisse der Gegenwart verbinden sich mit ihrer Geschichte und ihren Wurzeln, und die psychosomatischen Symptome, mit denen der Körper auf emotionales Belastungsmaterial reagiert hat, beginnen sich aufzulösen.

Bei alledem müssen wir realisieren, dass nur ein kleiner Teil der Emotionen überhaupt die Schwelle zum Bewusstsein überschreitet und als Gefühl spürbar wird, bemerkt

und benannt werden kann. Wie aber begegnet uns unbewusste Emotion in der Therapiestunde? Genau damit können wir uns jetzt als nächstes beschäftigen: Wie kommen unbewusste Emotionen und gerade solche, die krankmachende Kraft haben, in die Therapiestunde und wie bemerken wir sie, wie arbeiten wir mit Ihnen?

Zwei wichtige und allgegenwärtige Erscheinungsformen unbewusster Emotion sind die sogenannten **Vitalitätsaffekte**, also die Melodie der Emotionen und die sogenannten **Markierungen**. Beides erzeugt dann in der Stunde Momente der emotionalen Resonanz, wir nennen solche Momente mit Daniel Stern **Gegenwartsmomente**.

## 2. Die Gegenwartsmomente der emotionalen Resonanz

Beginnen wir mit den Vitalitätsaffekten.

Eine der wichtigsten Ausdrucksformen, in denen unbewusste Emotion sich mitteilt, sind die von Daniel Stern so benannten **Vitalitätsaffekte, die Gefühlsformen** (Jaffe u. Feldstein 1970, Stern 2005, Leikert 2016, Knoblauch 2000). Ein Affekt ist etwas Lebendiges, was kommt und geht und sich bewegt, keine digitale Information und auch kein Ding. Diese lebendigen Eigenschaften eines Affektes werden umso deutlicher wahrnehmbar, je genauer auf das Geschehen im Gegenwartsmoment der Stunde geachtet wird. Dann wird spürbar, dass ein Affekt, der durch die Stunde geht, eine zeitliche Kontur hat, vielleicht wie ein Ton oder eine Welle oder wie eine Flugbahn. Die Zeitkonturen im Erscheinen, Ansteigen und Abklingen eines Affektes, die Gefühlsformen (Stern 2005), sind so variantenreich, wie das Leben selbst. Sie sind keine Produkte eines äußeren Anlasses, sondern werden von den emotionalen Systemen geschaffen, noch genauer: es sind die emotionalen Systeme von Patient und Therapeut, weil Emotionsregulation ein intersubjektives Geschehen ist. Die emotionalen Systeme von Patient und Therapeut schaffen die Zeitkonturen, die Vitalitätsaffekte, die das emotionale Material in der Stunde annimmt. Therapiestunden haben deshalb den Charakter von Spontankunstwerken, zu denen beide Mitspieler ihre Beiträge geben.

Dabei drückt die Zeitkontur, mit der ein Affekt durch die Stunde geht, auch aus, wie die Begegnung mit diesem Affekt im jeweiligen Moment der Stunde empfunden wird, als bedrohlich und überwältigend oder mit Erstaunen und Neugier oder vielleicht auch als etwas Normales, der eigenen Person selbstverständlich Zugehöriges. Die Zeitkontur wiederholt vielleicht am Beginn der Therapie das Erleben einer ursprünglichen trauma-

tischen Situation, in der sich dieses emotionale Material erstmals gebildet hat, bis sich das im Verlauf der Therapie nach sorgfältiger Beschäftigung mit dieser Thematik, bessert.

*Hierzu ein Beispiel:*

*Die 58-jährige Frau U. gerät seit Jahren mehrfach am Tage in Zustände, die sie Abstürze nennt. Diese Bezeichnung gefunden zu haben ist für sie bereits ein Fortschritt, ursprünglich waren diese Zustände etwas Namenloses, Grauenhaftes und Unheimliches, mit dem sie sich kaum zu beschäftigen gewagt hatte. Sie hatte immer versucht, diese Zustände so schnell wie möglich zu überwinden, nicht darüber nachzudenken und sich wieder in jene Verfassung zu versetzen, die sie als normal ansah. Diese Alltagsverfassung war aber insofern nicht normal, als ihr große emotionale Bereiche und damit zusammenhängende gegenwärtige und frühere Lebensbereiche unzugänglich waren. Jedes daran Denken führte zum Absturz.*

*Die Patientin ist herzlich, kreativ, und ihr Heilungswille hat mich von Anfang an beeindruckt. Sie hat mehrere mehrjährige ambulante Therapien absolviert mit sehr geringem Erfolg und hatte dann in einer stationären Psychotherapie das Malen von Bildern als Möglichkeit entdeckt, unklare, Furcht erregende innere Bilder, von denen sie nicht wusste, woher sie stammten, aufs Papier zu bringen.*

*In den ersten Stunden, die ich mit ihr hatte, kam ihr Zweifel sehr stark zum Ausdruck, ob diese inneren Bilder und gemalten Bilder Fantasieprodukte seien, Einbildungungen, oder irgendwie doch so etwas wie Erinnerungen. Wenn sie von diesen gemalten Bildern sprach, die sie in großer Zahl zuhause aufbewahrte, dann war jedes Mal ein enormer Anstieg der emotionalen Belastung zu spüren. Auf die Frage der Patientin, ob diese Bilder Einbildungungen sein könnten, habe ich ihr damals geantwortet, ob und was sich in ihrer Kindheit tatsächlich ereignet habe, sei noch nicht deutlich, vollkommen klar sei mir aber, dass es stark wirksames emotionales Belastungsmaterial gebe, was ich in solchen Momenten in der Stunde spüren könne. Darin sei ich mir sicher. Diese Deutung bezog sich also auf etwas in der Gegenwart der Stunde Wahrgenommenes und zwar einen Vitalitätsaffekt:*

*ein sehr starker und schneller Anstieg von etwas Belastendem, Gefährlichem, in der Stunde aufgetreten, in der Stunde wahrgenommen und mit dem Begriff des emotionalen Belastungsmaterials benannt. Die Zeitkontur teilte also die Heftigkeit und Bedrohlichkeit mit, während unklar war, woraus diese Belastung bestand. Ich konnte allerdings schon damals ahnen, dass zu diesen Zuständen die Angst gehörte, ihren eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen und Beobachtungen nicht trauen zu dürfen. Sie war erleichtert, dass ihre Frage beantwortet worden war mit einem Anerkennen und Bestätigen dessen, was sie in diesem Moment selbst wahrgenommen hatte: sehr hohe Belastung.*

Der Therapeut ist bei der Wahrnehmung der emotionalen Vorgänge in einer Therapiestunde, beim Herstellen von Affektresonanz, nicht unbeteiligter Beobachter, sondern seine eigenen emotionalen Systeme reagieren mit, er kann spüren, ob die Gefühlskontur, mit der ein Thema durch die Stunde und durch ihn selbst geht, etwas traumatisch Überflutendes oder etwas Reguliertes hat.

Für der Arbeit mit solchen emotional hoch aufgeladenen Momenten in der Therapiestunde ist die Erkenntnis fundamental, dass krankmachendes emotionales Material, bevor es bewusst wird und besprochen werden kann, sich in kleinen, kurzen Sequenzen, in Momenten mitteilt. Das gilt für die Beziehung zwischen Kind und Erwachsenem ebenso, wie für die Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Für solche Momente hat Stern (2005) die Bezeichnung **Gegenwartsmoment** vorgeschlagen. In ihnen teilt sich jenes emotionale Material mit, auf das der Patient, die Patientin mit psychosomatischen Symptomen reagiert hat.

Ein zweites allgegenwärtiges Phänomen, mit dem unbewusste Emotionen in die Stunde kommen und Gegenwartsmomente erzeugen, sind sogenannte **Markierungen**.

Der Begriff der Markierung wurde von der Mentalisierungsforschung eingeführt (Fonagy et al 2006) und bezeichnete ursprünglich ein Verhalten von Müttern ihren kleinen Kindern gegenüber. Im Kontakt mit ihren Kindern übertreiben erwachsene Personen bei der Darstellung eines bestimmten Gefühlszustandes gewollt ein wenig. Angenommen ein zweijähriges Kind ist über einen Stein gestolpert, gefallen und weint nun. Die Mutter: "Oh je, der böse, böse Stein und jetzt hast du ein Aua und musst soooo weinen." Ein solcher Satz enthält die Spiegelung der emotionalen Situation des Kindes

und noch mehr: die stimmliche und gestische Übertreibung zeigen dem Kind an, dass die Mutter die Affekte des Kindes versteht, weil sie sie kennt, sie kann mitfühlen, sie fürchtet diese Affekte nicht, sie kann damit umgehen, Worte dafür finden. Oft genug werden wir natürlich erleben, dass ein Erwachsener das Kind in einem solchen Moment für seine Dummheit und Ungeschicklichkeit ausschimpft.

Auch in der Sprache des Patienten erlebt man sehr häufig ein bestimmtes gesprochene Wort als bedeutungsvoll markiert, also leicht hervorgehoben durch diskrete Veränderungen in Stimmfarbe, Lautstärke, Betonung und kleinen Besonderheiten der Körpersprache, also Gestik und Mimik. Markierungen sind ebenso wie Vitalitätsaffekte allgegenwärtige Signale, die auf etwas emotional Bedeutungsvolles in der Sprache hinweisen.

Hierzu ein Beispiel:

*Die 54-jährige Frau R. wurde seit vielen Jahren wegen schwerer Depressionen und sehr starke Suizidimpulse fast jedes Jahr stationär psychiatrisch behandelt und ist deshalb pensioniert. Während einer dieser stationären Behandlungen wurde ihr und der Therapeutin klar, dass die Depressionen mit einer traumatischen Kindheit zusammenhängen könnten. Die Patientin wandte sich daraufhin auf der Suche nach Traumatherapie an mich.*

*Einige Zeit nach Therapiebeginn kommt sie an einem heißen Tag im August in dunklem, langem Kleid, es ist die erste Stunde nach einer urlaubsbedingten Unterbrechung. Das Kleid fiel mir auf, ohne dass ich zunächst hätte sagen können, warum.*

*Sie fühle sich stärker depressiv als vor drei Wochen, das Morgentief dauere länger, sie beobachte Antriebsmangel und eine Tendenz zu negativen Gedanken, so beschrieb sie ihre Verfassung ganz psychiatrisch. Aufgrund ihres Berufes kennt sie sich im Fachgebiet Psychiatrie gut aus. Ob das die Jahreszeit sein könne? Ihre Depressionen seien meistens im August aufgetreten, eine **saisonal bedingte Depression** vielleicht.*

*Mir war, wie wenn ich einen subtilen Spannungsanstieg in diesem Moment spüren könnte, ein kurzes angespanntes Verharren, wie ein Warten vielleicht, ob ich mich mit einer psychiatrischen Erklärung zufrieden geben würde, ein Moment, der ein Innehalten und Aufmerken auch bei mir induzierte. Erwartete sie von mir die Haltung, ihre Erkrankung sei eben eine saisonale Depression, etwas letztlich Organisches und nach Anderem müsse man nicht suchen? Irgendwie schien mir dieser Moment, in dem sie mir eine biologische Erklärung für die Depression anbot und sich dabei minimal anspannte, emotional bedeutungsvoll, ein Gegenwartsmoment entstanden durch die Markierungen der Worte „saisonale Depression“. Mein gedankliches Suchen nach anderen denkbaren Zusammenhängen sprach ich aus: ob sie etwas über eine besondere Bedeutung dieser Jahreszeit, dieses Monats wisse? Ich wisse von ihr, dass sie dann depressiv reagiere, wenn sie das Gefühl habe, Belastendes komme auf sie zu, ohne dass sie sich davor schützen könne. Wenn also der August eine belastende Bedeutung hätte, so wäre es immerhin denkbar, so überlegte ich und sprach es aus, dass die unverhinderbare jährliche Wiederkehr dieses Monats eine Depression auslöse.*

*Noch bevor sie zu sprechen begann, schien sich etwas zu verändern, was ich wahrnehmen konnte. Hatte sie gespürt, dass mein innerer Suchvorgang sich nicht mit einer psychiatrischen Erklärung zufrieden gab, gab es also eine Resonanz der Patientin auf mein Berührtsein durch die markierten Worte?*

*Sie blickte mich direkt an: Was ihr sofort einfalle, seien die Sommerferien als Kind, eben im August, die Freibadbesuche und die ekelhaften Berührungen des Täters und seine widerwärtigen schamlosen Blicke auf das sich umziehende Mädchen. Sie erzählte geordnet, detailreich, dabei innerlich bewegt vom erinnerten und gefühlten Ekel, von der Scham, dem Zorn, der Empörung, der Hilflosigkeit.*

In diesem kurzen Ausschnitt aus einer Psychotherapie wird erkennbar, dass die Patientin gewohnt war, als nunmehr Erwachsene ihre traumatischen Kindheitserlebnisse innerlich zu übergehen, möglichst nicht daran zu denken, keine Verbindungen zwischen dem damals Gewesenen und dem Heutigen herzustellen und sie erwartete diese Haltung auch von mir als Gegenüber. Etwas in ihr schien aber darauf zu warten, dass diese immer verschwiegenen, niemals erzählten Erlebnisse zur Sprache kom-

men konnten und die seither unterdrückten Gefühle gefühlt werden konnten. Die Erinnerungen und Emotionen lagen gleichsam bereit, gefühlt und integriert zu werden und führten zu kleinen bedeutungsvollen Momenten in der Stunde, Gegenwartsmomenten.

### 3. Emotionale Regulation

Diesen kleinen unscheinbaren Momenten wohnt eine explosive Kraft inne.

Die Angst der Patientin, in der Therapiestunde ebenso wie in ihrer Kindheit mit dem, was dringend gesagt werden musste, nicht gehört zu werden, hat Kraft genug, schwere Depressionen, Übergewicht, Albträume, Herzbeschwerden entstehen zu lassen. Solche emotionalen Kräfte brauchen Regulation, um nicht mehr krank zu machen.

Emotionen sind nicht sentimentale Begleiterscheinungen unserer Denkprozesse, sie sind starke, mit großer Macht ausgestattete elementare Energien. Sie korrespondieren direkt mit körperlichen Vorgängen, der Körper wird als Nothelfer in Anspruch genommen, um unverarbeitetes emotionales Material einzukapseln und wird krank an diesem Versuch. Bei dieser Patientin ist es eine schwere Essstörung, mit der sie ihre weibliche Gestalt einhüllt, unsichtbar macht.

Damit nun statt Krankheiten aus Emotionen kreative transformative Prozesse, also seelisches Wachstum werden kann, bedarf es der **Emotionsregulation**. Unregulierte Emotionen, beispielsweise die Überflutung durch traumatisch starke Affekte, wirken auf die mentalen Systeme blockierend und lassen psychosomatische Erkrankungen entstehen, mit denen diese elementaren emotionalen Energien notdürftig, aber nie erfolgreich gebunden werden können. Deshalb ist es sinnvoll und notwendig, sich mit den verschiedenen Prozessen der Emotionsregulation näher zu befassen, sie zu differenzieren, damit wir in der Therapiestunde auf die Prozesse der Emotionsregulation Einfluss nehmen können, beim Beheben von Störungen mitwirken können.

Die wichtigsten dieser emotionalen Regulationsvorgänge, ich halte wegen ihrer entscheidenden Bedeutung für Gesundheit und Krankheit die Bezeichnung **Kernprozesse** für sinnvoll, sind die **Regulation der Emotionsstärke** und die Regulation des Gleichgewichts zwischen negativen und positiven Emotionen, also die **bipolare Emotionsregulation** (Plassmann 2014).

Die Regulation der Emotionsstärke ist deshalb erforderlich, weil die seelischen Verarbeitungsvorgänge bei zu hoher Emotionsstärke blockiert sind. In der Beschäftigung

## 2. Schritt: Emotionsregulation

### Die Kernprozesse

- **Regulation der Emotionsstärke:** Emotionsstärke im Toleranzfenster
- **Bipolarität:** stabiler Kontakt zu negativen und positiven Emotionen
- **Mentalisierung:** Integration aller Repräsentanzebenen (Körper, Emotion und Gedanke)
- **rhythmische Regulation:** interaktive Abstimmung der Vitalitätsaffekte und der Rhythmen von Aufmerksamkeit und Sprechaktivität



mit emotional bedeutsamem Material verlangt der seelische Verarbeitungsprozess eine Regulation der Emotionsstärke um einen zur Verarbeitung geeigneten Mittelbereich ("Balancemodell des Mittelbereichs", Beebe und Lachmann 2004).

*Im eben beschriebenen Fallbeispiel setzte sich die Stunde auf folgende Weise fort. War es, so*

*überlegte ich, als die Augustereignisse zur Sprache kamen, jetzt im Moment gut für die Patientin, zu erinnern, zu fühlen, zu sprechen? Half ihr das? Wie war der aktuelle Verarbeitungsprozess des traumatischen Materials zu beurteilen?*

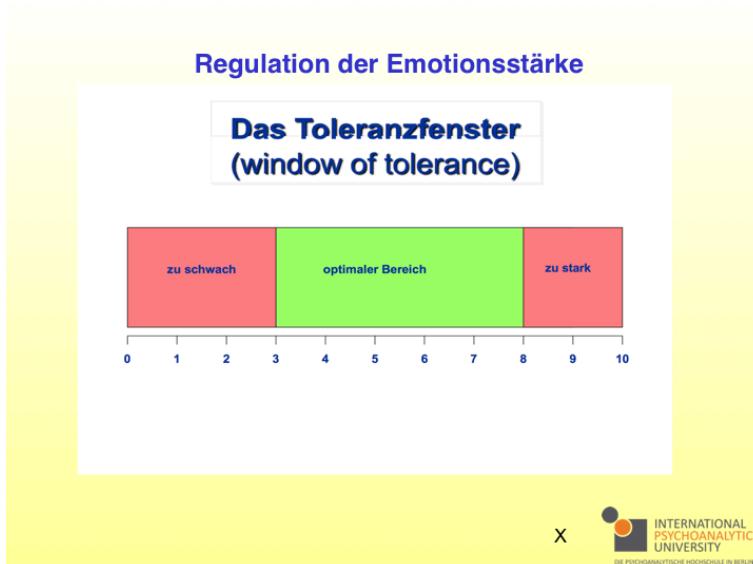
*Ich fragte deshalb die Patientin, wie sie das Geschehen der letzten Minuten beurteile, ob es nur belastend gewesen sei oder ob sie das Gefühl habe, das Berühren der Geschichte habe für sie einen Nutzen, etwas löse sich innerlich. Sie sei aufgereggt, antwortete sie, aber der vorher noch sehr stark spürbare Kloß im Leib sei dabei, sich zu verkleinern, das sei gut so.*

*Weil ich das Gefühl hatte, die Geschichte von der traumatischen Bedeutung des Augusts erkläre vielleicht auch das dunkle Kleid, fragte ich, ob zu dieser Augustgeschichte auch irgendwie Kleidung dazu gehöre, ob sie vielleicht bei sich derzeit eine besondere Sorgfalt bei der Auswahl ihrer Kleidung beobachte oder irgendwie auf die sommerliche Kleidung der Menschen reagiere? Das von ihr aktuell getragene Kleid, welches mich auf den Gedanken gebracht hatte, ließ ich bewusst unerwähnt, um sie nicht zu beschämen.*

*Meine Überlegung, meine Frage nach der Kleidung erhöhte jedoch die Spannung anscheinend nicht, sondern war gefolgt von vielen Erinnerungen daran, wie Mutter und Täter ihr als Kind die Kleidung ausgewählt und aufgezwungen hatten, im Sommer oft zu eng und zu kurz, zu wenig bedeckend und sie war selbst der Meinung, dass ihr bevorzugter Kleidungsstil als Erwachsene die Folge davon sei, sie möge*

*keine tiefen Ausschnitte oder kurze Röcke. Auch bei dieser Erzählung war sie nach meinem Prozessgefühl in gutem Zustand, nicht traumatisch überflutet.*

*Am Ende dieser Therapiestunde bilanzierte sie: Sie sei sehr erstaunt, wie die Gedanken und Erinnerungen gleichsam gesprudelt seien, sie sei noch etwas aufgeregt, fühlte sich aber wach und lebendig, nicht depressiv, kein Kloßgefühl im Leib.*



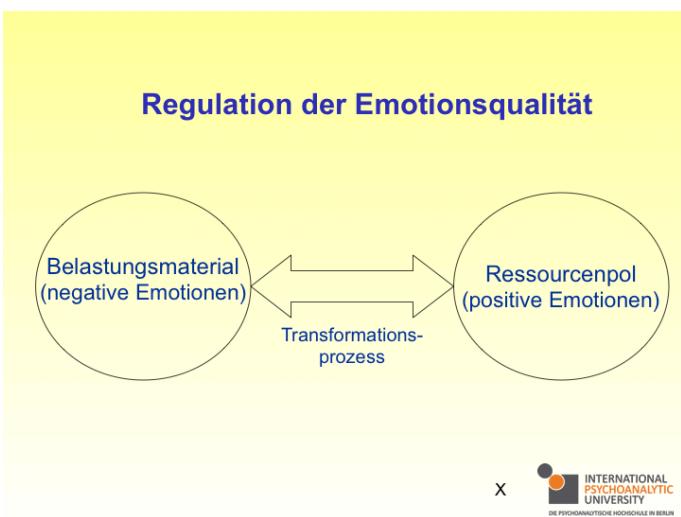
Dieses Fallbeispiel zeigt, dass in jedem Moment einer Therapiestunde überprüft werden muss, ob die momentane Belastung noch in jenem Bereich ist, in denen die Handhabung und Verarbeitung möglich ist, weil zu stark ansteigende emotionale Belastung die Verarbeitungsprozesse blockiert.

In der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen und Patienten ist es eher die Regel als die Ausnahme,

dass bei Berührung der Traumschemata die emotionale Belastung sehr stark ansteigt, so dass es in der Therapiestunde sehr leicht zu Affektüberflutung und zum Stillstand der transformativen Prozesse kommen kann.

Viele Patientinnen und Patienten, die bereits Erfahrung mit Psychotherapie haben, kennen diese Gefahr der Überflutung durch negative Affekte in der Therapiestunde und leiten daraus eine phobische Haltung der Beschäftigung dem Belastungsmaterial gegenüber ab. Das kann zu einem intellektualisierenden, überdistanzierten Umgang mit den anstehenden Themen führen, durch den vielleicht etwas verstanden aber nichts verändert wird, die emotionale Präsenz der Themen ist zu gering.

Dann kann mit den Patienten zusammen reflektiert werden, wo die Grenze des Erträglichen in der Beschäftigung mit einem bestimmten Thema liegt. Die Arbeit in der Stunde wird nur dann einen kreativen Fortgang nehmen, wenn diese Grenze auch respektiert wird .



Zur Emotionsverarbeitung in der Therapiestunde ist auch balanciertes Verhältnis im inneren Kontakt zu sowohl negativen wie auch zu positiven Emotionen erforderlich, die sogenannte **bipolare Emotionsregulation**. Dies ist der zweite elementar wichtige emotionale Regulationsprozess. Meist geschieht das in einem spontanen rhythmischen Wechsel.

Der Fokus der Aufmerksamkeit sowohl des Patienten wie des Therapeuten ruht bei gelingender bipolarer Emotionsregulation nicht nur auf dem pathologischen, emotional negativen Material, sondern auch auf Einfällen, die dem positiven emotionalen Pol angehören, beispielsweise in der Stunde fühlbare Momente von Stolz, Freude, Sicherheit.

Der Therapeut, die Therapeutin kann solche Momente erkennen und benennen, beispielsweise Momente in denen seelische Leistungen stattgefunden haben und spürbar wurden, etwa die Fähigkeit zur Versprachlichung und Symbolisierung oder eben die Fähigkeit, trotz Berührung des negativen Materials mit Positivem in Kontakt zu bleiben.

*Im beschriebenen Fall hatte die Patientin in der folgenden Stunde berichtet, sie habe sich ihren Depressionen immer hilflos ausgeliefert gefühlt, das Wissen über die Zusammenhänge habe etwas verändert, sie fühle sich nun besser und direkt an mich gewandt: „Ich wäre nie drauf gekommen, wie gut, dass Sie nachgefragt haben!“ Sie nahm an sich also überwiegend ein Unvermögen wahr. Ich antwortete deshalb, meiner Ansicht nach habe sich in der letzten Stunde ein sehr deutlicher eigener Wille ausgewirkt, Zusammenhänge zu verstehen und sich auch diesen nicht angenehmen Augusterinnerungen zuzuwenden. Zum Beispiel im Moment, als die Schwimmbaderinnerung in die Sunde kam, hätte ich das sehr deutlich wahrgenommen.*

Diese Äusserung brachte also eigene Fähigkeiten der Patientin ins Spiel, die lange Zeit dazu geneigt hatte, sich als seelisch defekt anzusehen. Mittlerweile, die Therapie dauert noch an, hat sich das sehr verändert.

#### **4. Zusammenfassung und Schluss**

Je mehr sich die Aufmerksamkeit in der Wissenschaft und in der Praxis der Psychotherapie den emotionalen Vorgängen zuwendet, desto deutlicher werden die Eigenschaften und Gesetzmäßigkeiten, mit denen Emotionen an der Entstehung und Behandlung von Krankheiten beteiligt sind, und zwar nicht nur von solchen Erkrankungen, die üblicherweise als psychosomatisch angesehen werden, sondern auch, wie die Felitti -Studie gezeigt hat, von Erkrankungen wie Diabetes, Herzerkrankungen, Unfällen.

Für meinen Vortrag habe ich nicht die distanzierte epidemiologische Perspektive gewählt, sondern die unmittelbare Begegnung in der Therapiestunde. Gerade hier werden die Phänomene direkt wahrnehmbar und stellen uns vor die Herausforderung, mit ihnen umzugehen.

Aus den hier geschilderten Erkenntnissen ergeben sich Konsequenzen für die Krankheitsmodelle und die Behandlungsmethodik. Zahlreiche psychosomatische Erkrankungen werden als provisorische, gescheiterte Versuche der Emotionsregulation verständlich. Zur Aufgabe von Psychotherapie wird es dann, Störungen der emotionalen Regulationsprozesse zu erkennen und die Emotionsregulation in den Gegenwartsmomenten der Therapiestunde zu fördern, damit das durch die Erkrankung blockierte seelische Wachstum wieder beginnt.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Literaturverzeichnis:

- Beebe, B. und Lachmann, F. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen. Klett-Cotta.
- Bollas C. (2011): Die unendliche Frage. Zur Bedeutung des freien Assoziierens. Brandes & Apsel, Frankfurt.
- Boston Changes Process Study Group (BCPSG, 2014): Enactment und das Auftauchen einer neuen Beziehungsorganisation. Psyche - Z Psychoanal 68, 971-996.
- Bowlby, J. (1975): Bindung. Kindler, München.
- Bowlby, J. (1976): Trennung. Kindler, München.
- Bowlby, J. (1983): Verlust. Kindler, München.
- Bowlby, J. (2014): Bindung als sichere Basis. Reinhardt Verlag, München.
- Brisch, K.H. (2015): Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett Cotta, Stuttgart.
- Damasio, A.R. (2000): Ich fühle, also bin ich: Die Entschlüsselung des Bewusstseins. List Verlag, München, 2. Auflage.
- Dietz, P.M., Spitz, A.M., Anda, R.F., Williamson, D.F., McMahon, P.M. Santelli, J.S., Nordenberg, D.F., Felitti, V.J., Kendrick, J.S. (1999): Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. JAMA 282, 1359-1364.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., Giles, W.H. (2001): Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. JAMA 286, 3089-3096.
- Emerson W. (Hrsg., 2012): Behandlung von Geburtstraumata bei Säuglingen und Kindern: Gesammelte Vorträge.
- Felitti, V.J. (2002): The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: Die Verwandlung von Gold in Blei: Z Psychosom Med Psychother, 48, 359-369. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998): The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. Am J Press Med, 14, 245-258.

- Ferro, A. (2003): Das bipersonale Feld. Psychosozial Verlag, Giessen.
- Ferro, A. (2009): Psychoanalyse als Erzählkunst und Therapieform. Gießen, Psycho-sozial Verlag.
- Ferro, A. (2012): Im analytischen Raum. Emotionen, Erzählungen, Transformationen. Psychosozial-Verlag.
- Ferro, A. (2014): Unrepräsentierte psychische Zustände und das Generieren von Bedeutung. Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse, 68. Jahrgang, S. 820-839.
- Fonagy P. , G. Gergely, E.L. Jurist, M. Target (2006): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, Klett-Cotta
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Marchbanks, P.A. (2000): Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. Pediatrics 106 (1), E11.
- Holmes, J. (2012): Sichere Bindung und psychodynamische Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Jaffe, J. und S. Feldstein (1970): Rhythms of Dialogue. New York (Academic Press).
- Knoblauch, S. (2000): The Musical Edge of Therapeutic Dialogue. Hilldale NJ (Analytic Press).
- Krause, R. (1998): Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2: Modelle. Stuttgart, Kohlhammer.
- Leikert, S. (2016): Im Geäder der Worte, Transfusion einer sensiblen Substanz. Zur Struktur und Funktion ästhetischer Mechanismen im psychoanalytischen Fallbericht. Jahrb. Psychoanal. 73, S. 47-67.
- Morgenthaler, F. (1989): Technik. Syndikat Autoren- und Verlagsgesellschaft, Frankfurt.
- Plassmann, R. (2010): Kunst des Lassens. Psychotherapie mit EMDR für Erwachsene und Kinder. 2. Auflage, Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Plassmann, R. (2014): Die Kunst, seelisches Wachstum zu fördern. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Plassmann, R. (2014): Prozessorientierte stationäre Psychotherapie. Ein Leitfaden für die Praxis. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Plassmann, R. (2016): Die Technik der Prozessdeutung. Forum der Psychoanalyse 32, pp 443-460. Springer, Heidelberg.

- Plassmann, R. (2016): Transformationsprozesse in der Traumatherapie. Forum der Psychoanalyse, Volume 32, Issue 1, pp 83-97 Springer, Heidelberg.
- Plassmann, R. (2017): Affektresonanz und Prozessresonanz. Über intersubjektive Kommunikationsprozesse in der Psychotherapie. Ein Fallbericht. Vortrag DPV Tagung Ulm 12. Mai 2017
- Plassmann, R. (2017): Affektresonanz und Prozessresonanz. Vortrag auf der Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin Innsbruck
- Plassmann, R. (2017): Tranformative Sprache. Wie die Sprache den Effekt der Deutung beeinflusst. Forum der Psychoanalyse, im Druck. Springer.
- Plassmann, R. (2018a): Attachment Patterns in the Bipersonal Field
- Plassmann, R. (2018b): Emotionsregulation und Bindungsmuster. Psychotherapie im Dialog.
- Rosa, H. (2016): Resonanz - Eine Soziologie der Weltbeziehung. Suhrkamp, Berlin.
- Shapiro, F. (1998): EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann Verlag.
- Shapiro, F. (1999): EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Grundlagen & Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann Verlag, Paderborn.
- Steimer-Krause, E. (1996): Übertragung, Affekt und Beziehung: Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten. Psychologie im Dialog.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweiler-Stern, N. und Tronick, E.Z. (2002): Nicht deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. Psyche 56, S. 974-1006.
- Stern, D. (2005): Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Brandes und Apsel, Frankfurt am Main.
- Stern, D. et al. (2012): Veränderungsprozesse. Brandes & Apsel.
- Tschacher, W. (1997): Prozessgestalten. Hogrefe Verlag für Psychologie.