

10 Interventionen zur Affektregulation

- 10.1 Einleitung – 188**
- 10.2 Wahrnehmung von Gefühlen – 189**
 - 10.2.1 Welche Gefühle gibt es? – 190
 - 10.2.2 Wie entstehen Gefühle? – 195
 - 10.2.3 Funktion von Gefühlen – 197
 - 10.2.4 Identifikation eines Gefühls – 198
- 10.3 Bewältigung von negativen Gefühlen – 199**
 - 10.3.1 Einführung eines Stressmodells – 200
 - 10.3.2 Palliativ-regenerative Techniken – 200
 - 10.3.3 Kognitive Techniken – 205
 - 10.3.4 Einsatz der vermittelten Techniken – 209
- 10.4 Zusammenfassung – 209**
- 10.5 Arbeitsblätter – 211**

- Ziel
 - ─ Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und des Gefühlsausdrucks (nonverbal)
 - ─ Implementierung von kurz, mittel- und langfristigen Affektregulationstechniken auf den verschiedenen Ebenen (physiologisch, affektiv-kognitiv und behavioral)
- Vorgehen
 - ─ Erarbeitung dessen, was Gefühle sind und woran man sie spürt. Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen herstellen. Individuelle Problembereiche bearbeiten
 - ─ Aufbau von palliativ-regenerativen Stressbewältigungsfertigkeiten
 - ─ Vermittlung instrumenteller Fertigkeiten zur Bewältigung negativer Gefühle durch die Einführung von Problemlösefertigkeiten
 - ─ Ergänzende kognitive Techniken zur Stärkung der Selbstkontrollkompetenzen

10.1 Einleitung

Emotionen sind Bestandteil unseres Lebens. Alle Lebensbereiche wie Beziehung, Arbeit und Freizeit sind mit Emotionen verknüpft. Sie beeinflussen unser Handeln und unsere Lebensqualität. Dabei sind Emotionen subjektiv und Ich-bezogen, das heißt, dass Gefühle durch eigene Bedürfnisse, Ziele und Interessen beeinflusst werden (Ulich 1995). Gefühle sind damit ein Spiegel der eigenen Identität und erklären sich durch sich selbst. Sie erscheinen meist unwillkürlich und spontan und sind häufig von nur intrapersonell wahrnehmbarer Erregung begleitet. Das Erleben der Emotion ist passiv, dabei aber durch Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit gekennzeichnet. Emotionen spielen innerhalb unserer sozialen Netzwerke eine bedeutende Rolle und werden überwiegend durch nonverbale Kanäle kommuniziert (Ulich 1995). Aufgrund der Kurzlebigkeit von Emotionen treten diese selten einzeln auf, sondern lösen sich gegenseitig ab bzw. gehen ineinander über (Ekman 2003). Es gibt in der Literatur zwar keine einheitliche Definition von Gefühlen (Kleinigina u. Kleinigina 1981), generell werden aber fünf Komponenten von Gefühlen unterschieden: die subjektive, die behaviorale, die expressive, die physiologische und die kognitive Komponente (Scherer

1990). Die subjektive Komponente bezieht sich dabei auf die erlebten (subjektiven) Anteile einer emotionalen Reaktion, die behaviorale auf die Verfügbarkeit von tendenziellen Verhaltensweisen hinsichtlich emotionaler Erregung. Die expressive Komponente beinhaltet den verbalen Teil wie Tonhöhe, Lautstärke, Stimmführung und den nonverbalen Ausdruck von Emotionen wie Gestik, Mimik und Körperhaltung. Unter der physiologischen Komponente der Emotion werden autonome, neurohumorale, zentralnervöse und neuromuskuläre Veränderungen im Zusammenhang mit Emotionen zusammengefasst. Die kognitive Komponente beschreibt sowohl Veränderungen der Wahrnehmung, der Bewertung und des Erinnerns von inneren und äußeren Ereignissen als auch die Durchführung der dazu benötigten Prozesse wie Aufmerksamkeitsfokussierung, Informationsverarbeitung und Denkstile (Müsseler u. Prinz 2002).

Die Hauptfunktion von Emotionen stellt nach Ekman und Friesen (1975) die Aktivierung des Körpers basierend auf früheren Erfahrungen dar. Durch die Emotion soll der Mensch befähigt werden, adäquat auf eine sich stetig verändernde Umwelt zu reagieren. Bereits Darwin hat sog. Grundemotionen definiert, welche zur Sicherstellung des Überlebens dienen sollten, bislang herrscht allerdings keinerlei Klarheit über die Definition von Grundemotionen: Verschiedenste Theorien und Konzepte beschreiben zwischen 2 und 18 Grundemotionen (Ortony u. Turner 1990). Man vermutet zudem, dass zusätzlich zu den Basisemotionen weitere Gefühle bestehen, welche auf Lernerfahrungen zurückgehen (Ekman u. Friesen 1975).

Frauen mit einer Essstörung haben häufig Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu benennen. So beschreiben sie oft diffuse Gefühlszustände oder wissen nicht, aus welchem Grund ein bestimmtes Gefühl entstanden ist. Dieser Aspekt kann beispielsweise mit der Skala »Interozeptionsfähigkeit« des EDI-2 gemessen werden (► Kap. 4). Des Weiteren haben sie große Schwierigkeiten, negative Gefühlszustände auszuhalten, sich selbst zu beruhigen oder überhaupt zu entspannen (Esplen et al. 2000). Einige Autoren gehen deshalb davon aus, dass Essanfälle oder Nahrungsverweigerung ein dysfunktionaler Lösungsversuch negativer Gefühle und Erlebnisse sind (z. B. Waters et al. 2001b; Heatherton u. Baumeister 1991; ► Kap. 2). Es ist daher anzunehmen, dass die

Wahrnehmung von negativen Gefühlen ein belastendes Ereignis für Menschen mit Essstörungen sein kann. Diese aversiven Gefühle wiederum lösen eine Stressreaktion aus, welche spezifisch bei Patienten mit einer Bulimia nervosa zur Anwendung einer dyfunktionalen Strategie, nämlich Essen bzw. bei Patienten mit einer Anorexia nervosa zu Nicht-Essen führt. Studien im natürlichen Umfeld zum Einfluss von Stress auf das Essverhalten bestätigten diese Vermutungen. Sie zeigten beispielsweise, dass an Tagen mit stärker wahrgenommener Belastung Frauen mit einer Bulimia nervosa mehr Kalorien aufnahmen als gesunde Kontrollpersonen (Crowther et al. 2001). Neben dem Einfluss der kognitiven Schemata, die zu einer negativen Einschätzung von Situationen führen können (► Kap. 2), sind daher die Defizite in der Bewältigung belastender Ereignisse für die Aufrechterhaltung der Essstörung und damit auch die Behandlung von Bedeutung.

In der Forschungsliteratur zum Bewältigungsverhalten werden verschiedene Klassifikationen von Bewältigungsverhalten bei Stress beschrieben. Dazu gehören beispielsweise emotionsorientiertes, aufgabenorientiertes und vermeidendes Coping (Zeidner u. Endler 1996). Emotionsorientiertes Coping gilt eher als kurzfristige Strategie und kann, wenn ungünstig eingesetzt, auch zu einer Stresserhöhung führen (Lazarus u. Folkman 1984). Ähnliches gilt für vermeidendes Coping, während aufgabenorientiertes Coping eher als günstiges Verhalten angesehen wird. Es wäre zu vermuten, dass Frauen mit Essstörungen möglicherweise dysfunktionale und situationsinadäquate Copingstrategien einsetzen. Tatsächlich konnte in verschiedenen Studien zum Bewältigungsverhalten gezeigt werden, dass Frauen mit einer Essstörung vor allem in belastenden Situationen eher vermeidendes Bewältigungsverhalten zeigen (Koo-Loeb et al. 2000) und stärker emotionsorientiertes Coping einsetzen (Koff u. Sangari 1997). Die Ursache des Einsatzes dysfunktionaler Copingstrategien von Patienten mit Essstörungen könnte möglicherweise darauf beruhen, dass die belastende Situation nicht adäquat eingeschätzt wird, weil die damit verbundenen Gefühle nicht richtig eingeordnet werden können oder Defizite in sozialen Kompetenzen bestehen (► Kap. 11).

Kaluza (2005) schlägt drei Wege zur individuellen Belastungsbewältigung vor: ein instrumentelles

Stressmanagement, welches dazu dient, äußere Belastungsfaktoren zu verringern, ein kognitives Bewältigungsverhalten, in welchem stressverschärfende Einstellungen und Bewertungen verändert werden (► Kap. 9) sowie den Aufbau palliativ-regenerativer Bewältigungsfertigkeiten, welche zur körperlichen und seelischen Stressreduktion dienen sollen (vgl. auch Kaluza 2005).

Aus dem Dargestellten lässt sich nun ableiten, dass in der Behandlung von Essstörungen die Notwendigkeit besteht, die Betroffenen sowohl in der Wahrnehmung der eigenen Gefühle zu schulen als auch verschiedene Copingstrategien zu vermitteln. In diesem Kapitel werden daher palliativ-regenerierende Techniken und kognitive Techniken vorgestellt. Auf instrumentelle Fertigkeiten wird aufgrund der eher langfristig angelegten Strategien in ► Kap. 11 und ► Kap. 14 eingegangen. Die hier beschriebenen Techniken sind, wie bereits in ► Kap. 8 bei der Ableitung von Strategien zur Verhinderung von Heißhungerattacken beschrieben, den kurz- bis mittelfristigen Strategien zuzuordnen und stellen eine Ergänzung bzw. Spezifizierung der bereits in ► Kap. 8 eingeführten Techniken dar. Im Folgenden werden Interventionen zur Spontanentspannung, zur Wahrnehmungslenkung und zur kontrollierten Abreaktion dargestellt (vgl. auch Wagner-Link 1995), welche dem palliativ-regenerativen Bereich zuzuordnen sind. Zusätzlich sollen kognitive Fertigkeiten im Sinne einer positiven Selbstinstruktion und Selbstermunterung aufgebaut werden. Diese unterscheiden sich von den in ► Kap. 9 dargestellten kognitiven Techniken darin, dass sie vornehmlich auf die Gefühlsveränderung in Notfallsituationen fokussieren. Ziel ist es, damit den Patienten weitere Selbstkontrollmöglichkeiten an die Hand zu geben.

10.2 Wahrnehmung von Gefühlen

Die Interventionen zur Verbesserung der Gefühlswahrnehmung sind in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil (► Abschn. 10.2.1) werden den Patienten zunächst Informationen über die Kategorisierung von Gefühlen vermittelt. Dazu werden Gefühle am Flipchart gesammelt und anschließend in ein Circumplex-Modell der Gefühle eingeordnet, im zwei-

ten Teil (► Abschn. 10.2.2) wird eine Erweiterung des kognitiven Modells vorgenommen, um über Entstehungsprozesse von Gefühlen und deren Handlungsrelevanz zu informieren. Diese Handlungsrelevanz wird im dritten Interventionsteil (► Abschn. 10.2.3) um die Funktion von Gefühlen ergänzt.

Übungen:

- Gefühlsrad
- Erweiterung des kognitiven Modells hinsichtlich des Einflusses von Emotionen
- Sammeln von möglichen Funktionen eines Gefühls
- Übung »Gefühlsbild«
- Einüben der Gefühlsidentifikation anhand konkreter Situationsbeispiele

Arbeitsmaterialien:

- Flipchart, Stifte

Arbeitsblätter:

- Gefühlsrad (■ Arbeitsblatt 10.1)
- Welche Gefühle habe ich? (■ Arbeitsblatt 10.2/10.2B)
- Wahre Gefühle (■ Arbeitsblatt 10.3)
- Modell zum Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten (■ Arbeitsblatt 10.4)
- Gefühlsprotokoll (■ Arbeitsblatt 10.5)

10

10.2.1 Welche Gefühle gibt es?

In dieser Übung wird angestrebt, die Gefühlswahrnehmung zu verbessern und die Spannbreite der den Patienten bekannten Gefühlszustände zu erfassen. Hierbei wird zunächst erfragt, welche Arten von Gefühlen die Patienten kennen. Bei der Sammlung der Gefühle sollten diese zur besseren Visualisierung am Flipchart notiert werden, um in einem nächsten Schritt die Kategorisierung der Emotionen einleiten zu können. Meist können die Hauptemotionen von den Patienten relativ einfach benannt werden, wohingegen die Patienten mit differenzierteren Gefühlszuständen wie Mischformen, Körpergefühlen, physiologischen Begleiterscheinungen und Ähnlichem zumeist Schwierigkeiten haben. Im Folgenden

geben wir einen kurzen Abriss darüber, welche Informationen den Patienten im Rahmen der Psychoedukation vermittelt werden sollten.

Aus der Vielzahl der theoretischen Modelle haben wir zur Bearbeitung der Gefühlswahrnehmung in Anlehnung an die Clusteranalysen von Schmidt-Atzert und Ströhm (1983 in Mayring u. Ulich 2003) ein Gefühlsrad entwickelt, welchem als neutraler Pol das Gefühl der Neutralität (gilt als eigenständiges Gefühl, vgl. Shah u. Lewis 2003) zugefügt wurde. Das Gefühlsrad enthält neben den beispielsweise von Ekman (2003) definierten, aus dem emotionalen Gesichtsausdruck abgeleiteten Basisemotionen wie Freude, Interesse, Ärger, Angst, Traurigkeit, Ekel und Verachtung noch weitere Emotionsbegriffe aus den Clusteranalysen wie Trauer, Scham, Zuneigung und Neid, welche sich in der Forschung als sinnvoll in der Differenzierung von Gefühlen erwiesen haben (Mayring u. Ulich 2003). Das so entstandene Modell bietet einen für Patienten einfachen Zugang zum Verständnis der Vielfalt von Emotionen (■ Arbeitsblatt 10.1). Zudem können die häufig im Alltag beschriebenen Gefühlswörter wie Eifersucht, Zufriedenheit oder Stolz für den therapeutischen Kontext in Form von sog. Mischemotionen eingeordnet werden (vgl. Stavemann 2003b). Die hier vorgeschlagene Kategorisierung von Gefühlen ist dabei nur als eine Möglichkeit zu verstehen, da die Bezeichnung eines Gefühls immer subjektiv geprägt ist (Ulich 1995).

Die auf dem so entstandenen Circumplex-Modell im äußeren Ring liegenden Pole beinhalten demnach als positive Empfindungen Freude, Interesse und Zuneigung sowie Angst, Ärger, Scham, Trauer, Traurigkeit, Ekel, Verachtung und Neid als negative und Neutralität als eigenständige, indifferente Emotion. Jeder dieser Emotionen können weitere emotionale Zustände zugeordnet werden. So können beispielsweise diese Hauptemotionen von niederer oder stärkerer Intensität sein. Hierbei ist Wut als extremer Ärger zu verstehen, während Unzufriedenheit die geringste Intensität eines Ärgergefühls darstellt. Im Folgenden werden nun den Hauptemotionen zuzuordnende Gefühle geringerer bzw. stärkerer Intensität beschrieben (vgl. auch Stavemann 2003a).

- Zur **Ärgerdimension** ist neben den bereits genannten Zuständen das Gefühl der »Genervtheit« zuzuordnen.

10.2 · Wahrnehmung von Gefühlen

- Zur Dimension der **Angst** zählen in aufsteigender Reihenfolge Besorgnis, Schiss, Furcht, Angst und Panik.
- Zu **Trauer** ist Bedauern als niedrigst ausgeprägte Dimension zu nennen, gefolgt von Enttäuschung, Mitleid, Kummer bis hin zur Trauer.
- Zur Dimension von **Scham** gehört das weniger intensive Gefühl von Geniertheit und Peinlichkeit.
- Auf die Dimension **Freude** lassen sich beispielsweise Wohlbefinden, Zufriedenheit, Freude, Überraschung und Glück einordnen.
- Die Dimension **Zuneigung** enthält als Gefühl mit der geringsten Intensität Vorliebe, dazwischen könnten Dankbarkeit, Mitgefühl, Vertrauen, Wohlwollen und Verliebtheit liegen und als stärkste Ausprägung ist die Liebe zu nennen.
- Auf der Dimension **Traurigkeit** sind Bedrücktheit, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Verzweiflung in aufsteigender Intensität einzuordnen.
- Das Gefühl von **Interesse** stellt die geringste Intensität des Zustandes dar, während Neugier, Begeisterung und Lust stärkere Ausprägungen des Gefühls darstellen.
- Bei dem Gefühl von **Neid** sind Misstrauen und Schadenfreude mögliche emotionale Zustände geringerer Intensität des Pols.
- Zur **Verachtung** gehört die Abneigung als geringst ausgeprägtes Gefühl, gefolgt von Antipathie, Verachtung und Hass.
- Die Dimension **Ekel** enthält dagegen Gefühle wie Widerwillen als geringere Ausprägung und Ekel als stärkste Ausprägung.

Zusätzlich zu den aufgezählten Gefühlen geringerer oder stärkerer Intensität, welche den Hauptemotionen zuzuordnen sind, sind Mischgefühle zu identi-

fizieren und kognitive Aspekte von Gefühlen wie Situationsbewertungen zu differenzieren. Gefühle können zudem einen Situationsaspekt beinhalten und sich beispielsweise vorrangig auf Beziehungen beziehen. Diesen Beziehungsgefühlen sind Emotionen wie Verehrung, Wohlwollen, Vertrauen im positiven Sinne oder aber Verachtung, Trotz, Groll, Widerwillen und Misstrauen zuzuordnen. Sie stellen damit eine Mischung aus Freude und Zuneigung bzw. aus Verachtung und Ärger dar (Mayring u. Ulich 2003).

Weitere mögliche Hilfestellungen in der Erarbeitung von Mischemotionen sind der Verweis auf motivationale Zustände wie Erwartungen (Hoffnung, Erleichterung, Befriedigung, Genugtuung, Leidenschaft, Spannung, Ungeduld, Vorfreude) sowie Empathieemotionen wie Stolz, Schadenfreude und Häme ebenso wie Eifersucht, Neid, Sorge, Kummer, Bedauern, Mitleid, Mitgefühl, Rührung und Schuld. Diese werden entsprechend der Anteile der Hauptemotionen auf dem Gefühlsrad eingeordnet.

In der Behandlung kann von den Patienten selbst eine Einordnung verschiedener Gefühle auf das Gefühlsrad vorgenommen werden. Dazu werden bei der Vorstellung des Dimensionenkonzeptes nur der Pol der Neutralität und die jeweiligen Hauptdimensionen benannt. Die Patienten ordnen dann die von ihnen bereits identifizierten Gefühle bzw. die auf dem ■ Arbeitsblatt 10.1 exemplarisch beschriebenen Emotionen individuell den verschiedenen Dimensionen zu. Als Hilfestellung kann auch das ■ Arbeitsblatt 10.2 »Welche Gefühle habe ich?« ausgeteilt werden und mit den Patienten eine Einordnung der abgedruckten Gefühlswörter vorgenommen werden (Beispiel in ■ Arbeitsblatt 10.2B).

Die Einordnung der verschiedenen Gefühle in das »Gefühlsrad« kann vom Therapeuten folgendermaßen eingeführt werden:

Wir haben nun bereits einige Gefühle gesammelt. Diese sind sich teilweise sehr ähnlich und manchmal deshalb auch schwierig zu unterscheiden, wie beispielsweise Wut und Ärger. Dies kann daran liegen, dass die beiden Gefühle dem selben Grundgefühl, und zwar Ärger, entspringen und nur eine unterschiedliche Intensität haben. Andere von Ihnen benannte Emotionen dagegen sind nicht leicht erkennbar, weil sie eher diffus sind. Als Beispiel könnte man hier Eifersucht nennen. Das liegt daran, dass es ein sog. Mischgefühl ist, das sich aus mehreren Grundemotionen zusammensetzen lässt und deshalb schwieriger in der Zu-



Welche Gefühle habe ich?

Auf diesem Arbeitsblatt tragen Sie bitte zunächst ein, welche Gefühle Sie kennen. Dann versuchen Sie zu beschreiben, wie sich diese Gefühle äußern.

Gefühl	Wie äußert es sich?
Wut	Ziehen im Bauch, roter Kopf, Kloßgefühl im Hals
Eifersucht	Beklemmungsgefühl in der Brust, schneller Herzschlag, flauer Magen
Ver- liebt- heit	Schmetterlinge im Bauch, energiegeladen, hochgeputzt sein, Herzschlag ist schnell
Angst	Zittrige Knie, Unfähigkeit mich zu bewegen oder zu sprechen, Herzrasen, Schweißausbrüche

ordnung ist. Wenn wir nun dieses Konzept der Gefühlsdimensionen zugrunde legen, könnte man in einem sog. »Gefühlsrad« die Grundemotionen als Speichen verstehen, das Gefühl der Neutralität ist die Narbe und die verwandten Gefühle sind als Marker auf den jeweiligen Speichen zu verstehen. Die intensivsten Gefühle liegen am Ende der Speiche, die Pole auf der Felge enthalten die Bezeichnung der jeweiligen Gefühlsdimension. Die Mischgefühle liegen dann in den Zwischenräumen. Ich möchte nun gerne die von Ihnen genannten Emotionen auf diesem Gefühlsrad eintragen. Wer möchte das tun?

Bei der Durchführung dieser Übung kommt es häufig vor, dass in der Alltagssprache als »Gefühl« bezeichnete Zustände häufig nicht in das Gefühlsrad einzuordnen sind (z. B. »sich hässlich fühlen«). Die Schwierigkeit liegt bei diesen Zuständen darin, dass es sich dabei nicht um ein eigenständiges Gefühl an sich handelt, sondern vielmehr um mit dem Gefühl einhergehende, körperliche oder kognitive Assoziationen (vgl. Balconi u. Pozzoli 2003). Zu nennen sind hier beispielsweise **physiologische Begleiterscheinungen** von Gefühlen wie innere Unruhe, Beklemmungen in der Brust oder Ähnliches. Daneben sind auch **Körpergefühle** wie Hunger, Schmerz, Durst, Wärme und Kälte keine Gefühle im eigentlichen Sinne. Auch **Gedanken** werden häufig als Gefühl bei der Sammlung genannt. So wird der beispielsweise der Gedanke »Ich habe das Gefühl, viel zu dick zu sein« oft fälschlicherweise als Gefühl bezeichnet. Dies sollte dann gemeinsam mit dem Patienten herausgearbeitet werden. So kann mit dem Patienten besprochen werden, dass aus dem Gedan-

ken »Ich bin zu fett« das Gefühl der Trauer oder der Scham resultieren kann.

Falls von Patienten körperliche oder physiologische Aspekte bei der Sammlung der Gefühle genannt werden, soll dies vom Therapeuten aufgegriffen werden, indem der Therapeut zunächst fragt, warum der Patient annimmt, dass die jeweilige Empfindung den Gefühlen zuzurechnen ist. Im Weiteren sollte der Therapeut erläutern, dass körperliche Empfindungen nicht gleich einem Gefühl sind, sondern dass die körperlichen Empfindungen aus den Gefühlen resultieren. Im Anschluss an die Übung kann daher das ■ Arbeitsblatt 10.3 »Wahre Gefühle« ausgeteilt werden. Darin sind die mit Emotionen einhergehenden physiologischen Begleitsymptome und Körpergefühle sowie Kognitionen abgedruckt.

Der Therapeut fasst am Ende der Sammlung noch einmal die wichtigsten Punkte zusammen. Hierzu kann der folgenden Text verwendet werden:

Die **Gefühle** einer Person lassen sich auf eine handvoll thematisch unterschiedlicher Bereiche eingrenzen. Diese können als **Freude** und **Zuneigung** beschrieben werden, wenn es um positive Gefühle geht, als **Neutralität**, wenn ein neutraler Gemütszustand gemeint ist und als **Angst, Ärger, Scham, Trauer** und **Niedergeschlagenheit**, wenn unangenehme Gefühle gemeint sind.

In der Alltagssprache verwenden wir die Bezeichnung »Gefühl«, um verschiedene Dinge auszudrücken. Das können **physiologische Begleiterscheinungen** von Gefühlen sein (wie das »Gefühl«, Beklemmungen zu haben, rot zu werden) oder **Gedanken** (»Ich hatte das ›Gefühl‹, der mag mich nicht, ich bin zu fett, ich bin ein Versager« usw.) oder **Körpergefühle** (wie Schmerz, Hunger, Durst, Wärme und Kälte).

Auf ■ Arbeitsblatt 10.3 »Wahre Gefühle« sind diese mit den Gefühlen verbundenen Aspekte für verschiedene Beispiele zusammengestellt.

Nachdem nun den Patienten ein Überblick über die verschiedenen Arten von Gefühlen vermittelt wurde und sie darin unterstützt wurden, diese zu kategorisieren und zu erarbeiten, welche Gefühle sie persön-

lich erleben, kann zum nächsten Schritt, der Herausarbeitung von Wegen der Entstehung von Gefühlen, übergeleitet werden.



Wahre Gefühle



Die seelischen *Gefühle* oder *Emotionen* des Menschen lassen sich auf wenige Bereiche begrenzen und beschreiben: **Freude, Zuneigung und Interesse** als angenehme Empfindungen, **Gleichgültigkeit bzw. Neutralität** als neutrale, **Angst, Ärger, Scham, Trauer, Traurigkeit, Ekel, Verachtung und Neid** als unangenehme.

In der Alltagssprache verwenden wir die Bezeichnung „..Gefühl“, um verschiedene Dinge auszudrücken. Das können, *physiologische Begleiterscheinungen* von Gefühlen sein (wie das „Gefühl“, in Ohnmacht zu fallen, zu ersticken, zu erröten) oder *Gedanken* („Ich hatte das „Gefühl“, der lacht mich aus, der verarscht mich, dem kann man nicht trauen“, usw.) oder *Körpergefühle* (wie Schmerz, Hunger, Durst, Wärme und Kälte). Die Tabelle unten beschreibt die Hauptgefühle und weitere Aspekte von Gefühlen.

10

Gefühle	Begleitsymptome von Gefühlen	Gedanken, Einschätzungen	Körpergefühle
Freude	Erröten	Unsicherheit	Hunger
Zuneigung	Schwindelgefühl	Misstrauen	Körperschmerz
Hass	Herzrasen	Abhängigkeit	Kälte
Scham	Schwitzen	Gemocht werden	Durst
Wut	In Ohnmacht fallen	Sicherheit	Druck
Liebe	Zittern	Einsamkeit	Müdigkeit
Ärger	Erblassen	Verpflichtet sein	Wärme
Angst	Übelkeit	Ausgelacht zu werden	



10.2.2 Wie entstehen Gefühle?

Zunächst können die Patienten über ihre Hypothese befragt werden, wie ein Gefühl entstehen kann. Neben biochemischen und hormonellen Prozessen, die an der Gefühlsentstehung beteiligt sind, soll hier vor allem der Einfluss kognitiver Prozesse bei der Be-

wertung von Situationen, die die Entstehung eines Gefühls beeinflussen, fokussiert werden. Der Therapeut sollte dies anhand einer Beispielsituation verdeutlichen. Dazu erfragt er Bewertungen dieser Situation und erarbeitet auf dieser Basis die daraus resultierenden Gefühle:

Stellen Sie sich einmal vor, Sie stehen vor dem Hauptbahnhof in Frankfurt, und jemand hält Ihnen einen 100-Euro-Schein hin. Was geht Ihnen in diesem Moment durch den Kopf?

Im Rahmen einer Gruppendiskussion sollten der Reihe nach die verschiedenen Interpretationen dieses Szenarios aufgeschrieben werden. Üblicherweise werden dabei Gedanken wie »Was soll das denn?«, »Der soll bloß abhauen!«, »Ob das wohl Falschgeld ist?«, »Der will irgendwas von mir!« und »Der ist ja nett, schenkt mir einfach 100 Euro« oder Ähnliches genannt. Wenn alle Patienten ihre spon-

tanen Gedanken geäußert haben, wird im Anschluss daran gemeinsam überlegt, welches Gefühl mit jedem der einzelnen Gedanken zusammenhängen könnte.

Um den Einfluss der Gedanken auf die Gefühle noch weiter zu verdeutlichen, können im zweiten Schritt die Situationsmerkmale verändert werden:

Was würden Sie denn denken, wenn das nicht am Hauptbahnhof passieren würde, sondern am Bankschalter in einem Spielcasino? Oder: wenn es kein Mann wäre, sondern eine Frau?

Ziel ist es, herauszuarbeiten, dass anhand von Situationsmerkmalen eine Bewertung der Situation erfolgt und daraus ein Gefühl entsteht. Das heißt, Gefühle entstehen aufgrund von Bewertungsprozessen. Diese können bewusst ablaufen, es kommt aber auch häufig vor, dass diese Bewertungen automatisiert oder implizit erfolgen.

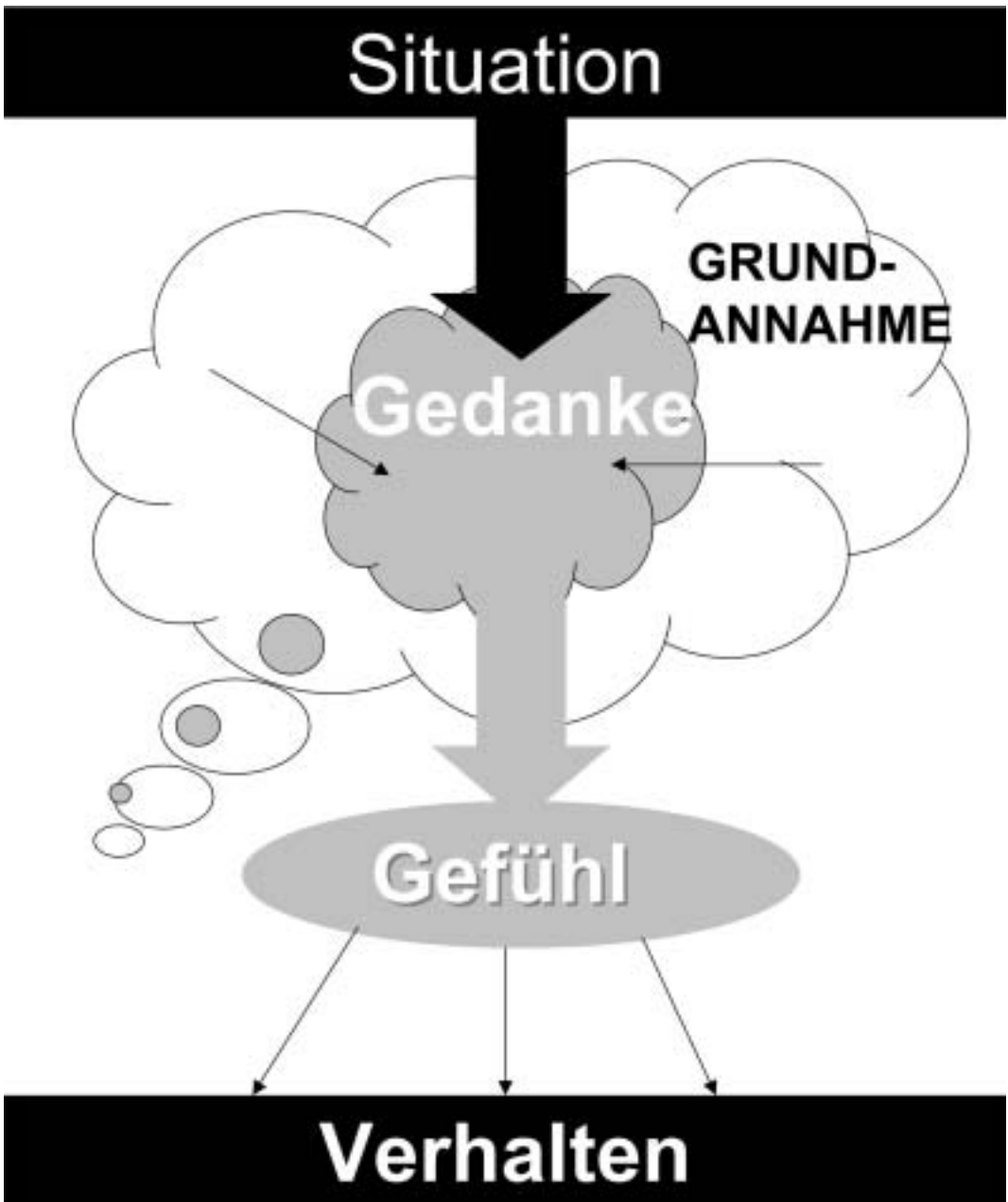
Dazu kann den Patienten ein Modell vorgestellt werden, dass die bereits erarbeiteten Zusammenhänge zwischen Grundannahmen und automati-

schen Gedanken (► Kap. 9) um den Einfluss der Auslösesituation mit dem nachfolgenden Gefühl erweitert. Die Erweiterung des Modells soll den Patienten noch einmal verdeutlichen, welchen Einfluss Gedanken auf Gefühle und Gefühle auf das Verhalten haben und eine Vorbereitung auf die kognitiven Techniken in der Affektregulation darstellen (■ Arbeitsblatt 10.4).

Der Therapeut kann folgenden Text zur Erklärung des Modells verwenden:

Wir haben bereits im Rahmen der Übungen zur Veränderung von automatischen Gedanken besprochen, dass die Erfahrungen, die wir in unserem Leben gemacht haben, unsere Bewertung von Situationen beeinflussen. Wenn wir uns in spezifischen Situationen befinden, beeinflussen diese Grundprinzipien die automatischen Gedanken, die uns dann in den Kopf schießen. Aus diesen automatischen Gedanken resultieren nun die Gefühle. Das heißt: Das Gefühl, das wir in einer bestimmten Situation entwickeln, hängt davon ab, wie wir die Situation bewerten.





10

▣ **Arbeitsblatt 10.4.** Modell zum Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten

Dies wurde auch anhand des Gedankenspiels mit dem 100-Euro-Schein deutlich: Diejenigen, die gedacht haben »Der will was von mir!« mögen Angst entwickelt haben, während diejenigen, denen der Gedanke kam »Der ist ja nett, schenkt mir einfach so 100 Euro!«, Freude verspüren.

Ein anderes Beispiel wäre, dass ihre beste Freundin Sie nach 6 Wochen anruft. Wenn Sie denken »Die hätte sich ruhig früher melden können«, geht das meist mit einem Ärgergefühl einher. Ein anderer Gedanke könnte sein: »Wie schön, dass sie sich mal wieder meldet«, was mit einem Gefühl von Freude verbunden ist. Auch hier sehen wir deutlich, dass der Auslösereiz »Anruf« einen automatischen Gedanken auslöst, der dann zu einer bestimmten Emotion führt.

Diese Gedanken und Gefühle beeinflussen nun auch unser Verhalten. Wenn wir noch einmal zurück zu unserem 100-Euro-Beispiel gehen: Die Person, die denkt »Der will was von mir!« und Angst bekommt, wird schnell aus der Situation flüchten, während die andere Person, die denkt »Der ist ja nett, schenkt mir einfach so 100 Euro!« und daraufhin Freude verspürt, das Geld annehmen und sich bedanken wird. Diese Zusammenhänge sind in dem Modell zum Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten dargestellt. Haben Sie Fragen dazu?

Im Anschluss daran kann zur Funktion von Gefühlen übergeleitet werden.

10.2.3 Funktion von Gefühlen

In der Literatur werden vor allem funktionalistische Ansätze zur Erklärung von Emotionen beschrieben (vgl. Ulich u. Mayring 2003). So werden Emotionen im Sinne der Erreichung von Handlungszielen, zum Zwecke der Anpassung an situationale Begebenheiten bzw. der Motivation zur Veränderung intra- und interpersoneller Zustände verstanden (vgl. Ulich u. Mayring 2003).

In der Therapie kann die Erarbeitung der Funktion von Emotionen vor allem dazu dienen, um zu verdeutlichen, dass auch negative Gefühle einen Sinn haben können. Dazu können die beschriebenen handlungsrelevanten funktionalen Aspekte mit den Patienten erarbeitet werden. Empfehlenswert ist es, diese Funktionen etwas zu vereinfachen und deren Handlungsrelevanz zu betonen. So könnte man beispielsweise beschreiben, dass einige Gefühle dazu dienen, zu warnen oder Energie und Kraft zu liefern, um Veränderungen herbeizuführen (d. h. sie sind energetisierend) oder die Kommunikation anregen. Zusätzlich kann auf eine selbstverteidigende und selbstaufwertende Funktion von Gefühlen eingegangen werden (vgl. z. B. Schwenkmetzger et al. 1999). Die einzelnen hier vorgeschlagenen funktionalen Aspekte sind im Folgenden näher beschrieben:

Alarmierende Funktion. Ein Beispiel für eine warnende oder alarmierende Funktion ist das Gefühl von Ärger oder Wut, welches anzeigt, dass etwas Unangenehmes passiert ist und wir dem Beachtung schenken sollten: Wenn sich jemand mir gegenüber ungerecht verhält, entwickelt sich ein Gefühl von Wut. Hierdurch merkt die betroffene Person, das ihr irgendwas nicht stimmt und wird sich zur Wehr setzen, indem sie beispielsweise sagt, was sie stört.

Energetisierende Funktion. Energetisierend sind Gefühle wie Wut, Ärger, Zorn, aber auch Glück und Freude, weil sie durch die physiologische Erregung dazu führen, dass dem Körper Energie für bestimmte Handlungen zur Verfügung steht. So kann die Wut auf die Person, die einen versetzt hat, einem die Kraft geben, allein ins Kino zu gehen, anstatt allein zu Hause zu bleiben und sich einsam zu fühlen. Auch kann Freude oder Glück einem Kraft und Mut geben, Dinge zu tun (z. B. auf eine Party zu gehen), die man sich im niedergeschlagenen Zustand nicht zutrauen würde.

Kommunikationsfunktion. Darüber hinaus können Gefühle Kommunikation anregen: Beispielsweise regt die Wut über eine Ungerechtigkeit dazu an, das Ärgernis aus der Welt zu räumen und die betroffene Person anzusprechen, um die Lösung der Situation voranzutreiben. Ebenso kann ein Gefühl von Freude es einem leichter machen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, z. B. indem man jemand Fremdes anspricht.

Selbstverteidigungsfunktion. Des Weiteren ist die Selbstverteidigungsfunktion zu nennen. Vor allem die Wahrnehmung einer Bedrohung trägt dazu bei, dass durch das ausgelöste Gefühl wie Angst, Wut, Zorn, Ärger etc. eine dem Selbstschutz dienende Gegenreaktion ausgelöst wird. Der Selbsterhaltungstrieb führt damit zu einer Verteidigungsreaktion wie Grenzen zu setzen. Wenn beispielsweise der Chef zu seiner Sekretärin sagt »Sie sind so furchtbar langsam, kein Wunder, dass Sie Überstunden machen müssen« und die Sekretärin nun wütend über den Vorwurf ihres Chefs ist, bestünde die Verteidigungsreaktion in der Antwort: »Das liegt sicher mitunter daran, dass Sie mir Arbeit übergeben, die nicht in meinen Zuständigkeitsbereich fällt. Wenn Sie nicht wollen, dass ich Überstunden mache, dann kann ich diese Zusatzarbeiten nicht mehr übernehmen!«

Selbstaufwertungsfunktion. Als weitere wichtige Funktion, welche selten benannt wird, ist die Selbstaufwertungsfunktion zu nennen. Dazu zählt, sich durch Schimpfen Luft zu machen und sich damit anderen gegenüber aufzuwerten. Zum Beispiel kann der Ärger über unerledigte Arbeiten der Kollegen sich in leisem Vor-sich-hin-Schimpfen ausdrücken: »Nie ist auf die anderen Verlass, wenn ich es selbst tue, dann weiß ich, dass es gut ist.«

Wichtig bei der Erklärung der Funktionalität von Gefühlen ist es, herauszuarbeiten, dass auch negative Gefühle einen Sinn haben können, indem sie bei der Bewältigung einer schwierigen Situation hilfreich sein können, was im Rahmen einer Gruppendiskussion erfolgen kann. Die Gruppendiskussion über die Funktionalität von Gefühlen kann beispielsweise durch folgende Frage angeregt werden:

Was glauben Sie: Warum sind Gefühle überhaupt wichtig? Viele von Ihnen haben in der Eingangsrunde berichtet, dass es Ihnen nicht gut geht, da sie viele negative Gefühle wie Traurigkeit oder auch Wut erleben. Das könnte man ja ganz leicht beheben, indem man Gefühle abschafft. Oder wie würden Sie das sehen?

10

Durch diese zunächst sehr provokant gestellte Frage können die Patienten dazu angeregt werden, zunächst einmal über die Funktion von Gefühlen nachzudenken. Während der Diskussion sollte der Therapeut den Gefühlen die jeweilige Funktion, die sie erfüllen können, zuordnen. Danach wird zum nächsten Schritt – der Identifikation von Gefühlen – übergeleitet.

10.2.4 Identifikation eines Gefühls

Um Emotionen verändern zu können, müssen diese zunächst einmal erkannt werden. Eine Übung, welche in der Gruppe gut durchgeführt werden kann, ist das »Gefühlsbild« (modifiziert nach Görlitz 2001).

Die Patienten werden hierbei gebeten, sich langsam durch den Raum zu bewegen und dabei in sich hineinzuhorchen. Nach ein bis zwei Minuten sollen sie stehen bleiben, die Augen schließen und das erspürte Gefühl auf sich wirken lassen. Im Anschluss daran wird mit ihnen besprochen, welches Gefühl sie wahrgenommen haben, woran sie das Gefühl erkannt haben und ob sich allein durch das »Nachspü-

ren« etwas geändert hat. Falls es Schwierigkeiten gab, das erlebte Gefühl einzuordnen, wird der Patient gebeten, zu beschreiben, was er körperlich wahrgenommen hat und welche Gedanken ihm durch den Kopf gegangen sind. Im Anschluss an die Übung wird abgeleitet, anhand welcher Merkmale die Einordnung eines Gefühls möglich ist. Dies sind zum einen körperliche Reaktionen, zum anderen aber auch Gestik und Mimik anderer beteiligter Personen, die Hinweise auf Art und Ursprung des Gefühls geben können (Balconi u. Pozzoni 2003) (► Abschn. 11.2.1). Da Patienten mit Essstörungen meist eher diffuse Gefühlszustände beschreiben, sollte mit ihnen die Analyse von Situationen und damit einhergehenden Emotionen eingeübt werden. Dazu werden die Teilnehmer gebeten, sich beispielsweise eine Essanfallssituation vorzustellen, um herauszufinden, welches Gefühl vor dem Essanfall vorherrschend war. Durch die Vorstellung und Beschreibung der Situation können mögliche automatische dysfunktionale Gedanken, Körpergefühle oder Stimmungen besser erfragt werden. Der Therapeut moderiert die Gefühlsidentifikation durch Nachfragen:

- Was ist Ihnen in dieser Situation durch den Kopf gegangen?
- Was ist vorher passiert?
- Wie haben Sie sich in der Situation verhalten?
- Was haben Sie körperlich gespürt?
- Gab es andere Menschen, die Ihnen hätten Hinweise auf Ihr Befinden in der Situation geben können? Beispielsweise durch Nachfragen oder ähnliche Stimmungen?

Es ist sinnvoll, dass dieses Vorgehen mit allen Patienten durchgeführt wird. Als Hausaufgabe eignet sich in diesem Zusammenhang das Führen eines Gefühlsprotokolls (■ Arbeitsblatt 10.5). Das Ziel des Gefühlsprotokolls liegt darin, die Gefühlswahrnehmung der Patienten zu schulen. Dafür werden die Patienten gebeten, im Verlauf der Woche morgens, mittags und abends für einen Moment innezuhalten, um in sich »hineinzuhorchen« und sich zu überlegen, welche Gefühle sie im Augenblick wahrnehmen. Bei Schwierigkeiten bei der Identifikation sollten sie dabei selbstständig üben, mit der Situation verbundene Bewertungen und auftretende Gedanken sowie mögliche Körpergefühle und nonverbale oder verbale Zeichen anderer Menschen zu überprüfen, um den momentanen Gefühlszustand daraus abzuleiten.

10.3 Bewältigung von negativen Gefühlen

Wie bereits erläutert (► Kap. 8) können bei der Regulation von Gefühlen kurz- und langfristige Strategien unterschieden werden (vgl. Wagner-Link 1995). Bei den kurzfristigen Strategien geht es vor allem darum, die mit einer Belastungssituation einhergehenden emotionalen Reaktionen zu bewältigen. Im Gegensatz dazu soll durch die langfristigen Strategien zum einen die Stresstoleranz erhöht werden und das generelle Anspannungsniveau gesenkt werden. Zum anderen geht es bei den langfristigen Strategien darum, die Bedingungen, die zu der emotionalen Belastung führen, zu verändern. Dementsprechend beinhalten diese neben einer Vermittlung von Entspannungsfertigkeiten auch die Einführung von Problemlösetechniken, den Aufbau sozialer Fertigkeiten (► Kap. 11) und Zufriedenheitserlebnissen (► Kap. 13). In diesem Kapitel geht es ausschließlich

um kurzfristige Strategien, welche in spezifischen Belastungssituationen (z. B. interpersonelle Stressoren), die z. B. zur Auslösung von Essanfällen beitragen, angewendet werden können. Im Folgenden werden zunächst die einzelnen kurzfristigen Strategien dargestellt, welche Interventionen zum Aufbau palliativ-regenerierender Fertigkeiten und kognitive Techniken beinhalten. Im Anschluss daran werden Strategien beschrieben, anhand derer die Patienten erkennen können, in welcher Situation sinnvollerweise welche Affektregulationstechnik (emotionales Abreagieren, kognitive Umstrukturierung etc.) zum Einsatz kommen sollte.

Übungen:

- Muskuläre Kurzentspannung mit Koppe-lung an ein Ruhebild
- Vegetative Entspannung am Beispiel der Schwereübung des autogenen Trainings
- Übung »Rumpelstilzchen«
- Übung »Abklopfen«
- Imaginationsübung zu einem individuellen persönlichen Erlebnis
- Positive Selbstinstruktionen
- Handlungsketten

Arbeitsmaterial:

- Flipchart, Stifte

Arbeitsblätter:

- Stressmodell (■ Arbeitsblatt 10.6)
- Ruhebild (■ Arbeitsblatt 10.7/10.7B)
- Verhaltenskette mit Alternativen (■ Arbeitsblatt 10.8/10.8B)

10.3.1 Einführung eines Stressmodells

Zunächst ist es sinnvoll, mit den Patienten den Unterschied zwischen Grundanspannung und akuter Belastung beispielsweise anhand des Diathese-Stress-Modells zu besprechen (vgl. auch Darstellung bei Margraf u. Schneider 1990). Dazu sollte am Flipchart ein solches Modell angezeichnet werden und dabei die Entstehung einer überhöhten Grundanspannung erläutert werden. Diese hohe Grundanspannung kann durch viele verschiedene alltägliche Belastungsfaktoren (z. B. Überbelastung im Beruf) sowie durch überhöhte Leistungsansprüche und dysfunktionale Grundannahmen (»Ich muss immer perfekt sein!«) entstehen. Treten zusätzlich zu einer chronisch überhöhten Grundanspannung akute Belastungen im Alltag auf (z. B. Verlieren des Portemonnaies), ist die individuelle Belastungsgrenze überschritten, und diese Stressoren – auch wenn sie nur relativ klein und unbedeutend sein mögen – können nicht mehr bewältigt werden. Dies kann zu einer überschießenden Gefühlsreaktion wie Wut anstatt nur Ärger führen. Hierdurch kann die individuelle Schwelle für das Auftreten eines Essanfalls, aber auch für verstärktes Diätverhalten übertreten werden (▣ Arbeitsblatt 10.6).

Dieses Modell hat zweierlei Implikationen für die Essstörungenbehandlung: Zum einen soll angestrebt werden, das Grundanspannungsniveau zu senken, so dass beim Auftreten kleinerer alltäglicher Stressoren (»daily hassles«) genügend »Puffer« vorhanden ist, um nicht die Schwelle z. B. für Essanfälle zu überschreiten. Hierzu eignen sich kognitive Techniken zur Modifikation dysfunktionaler und stress-induzierender Einstellungen (► Kap. 9) sowie das Erlernen von Entspannungsverfahren und einer ausgeglichenen Lebensgestaltung. Diese Techniken werden in ► Kap. 11 zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und ► Kap. 13 zum Aufbau des Selbstwertgefühls und positiver Aktivitäten vorgestellt.

Zum anderen empfiehlt es sich, mit den Patienten Techniken zu etablieren, um die durch akute Belastungen auftretenden Gefühlsreaktionen abzufangen und so auch auf diese Weise einem Übertreten der Schwelle für Essanfälle entgegenwirken zu können. Dies wird im Folgenden beschrieben.

10.3.2 Palliativ-regenerative Techniken

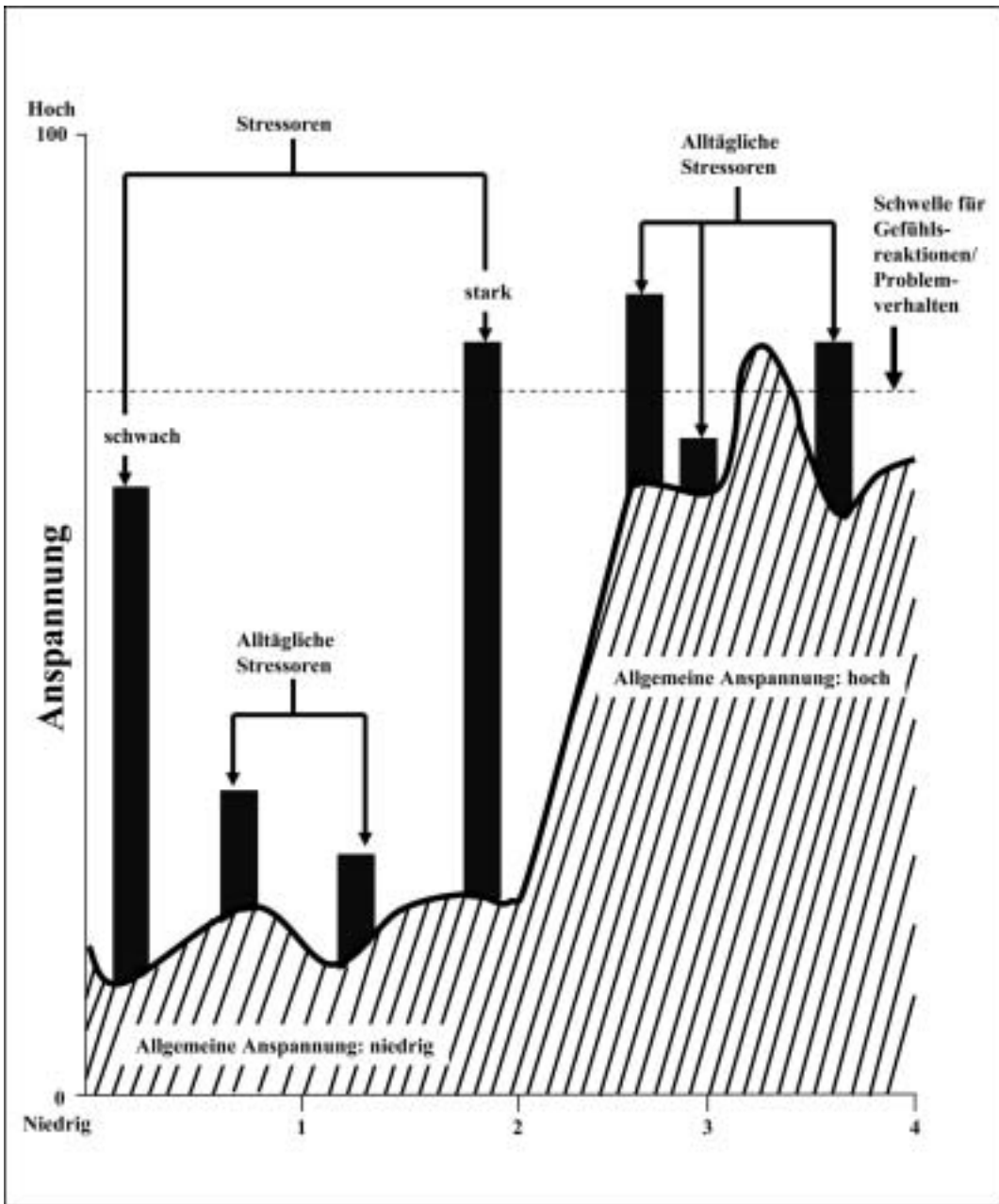
Zu den palliativ-regenerativen Techniken, welche der Bewältigung akuter Stressoren dienen, zählen Spontanentspannungen auf muskulärer, vegetativer, emotionaler und kognitiver Ebene sowie die kontrollierte Abreaktion anhand körperlicher oder emotionaler Techniken (vgl. auch Wagner-Link 1995). Diese fokussieren auf die kurzfristige Erleichterung durch Ablenkung oder Erregungsabbau in Auslösesituationen ohne momentan definierbaren Auslöser. Im Folgenden werden Beispiele für die verschiedenen Ansatzpunkte detailliert dargestellt.

Spontanentspannung

Geeignet sind Kurzformen der systematischen Muskelentspannung, autogenes Training, Atemübungen oder konzentrierte Methoden. Sinnvoll ist die Spontanentspannung vor allem dann, wenn der Patient bereits über Fähigkeiten zur Entspannungsinduktion verfügt, da diese nicht sofort wirksam ist, sondern einiger Übungsintervalle bedarf. Wagner-Link (1995) gibt die muskuläre Entspannung als die am besten geeignete Methode zur kurzfristigen Entspannungsinduktion an, daneben nennt sie vegetative Entspannung, wie sie beispielsweise über autogenes Training und Atemtechniken erreicht wird, sowie kognitive und emotionale Entspannungsverfahren, welche durch die in ► Abschn. 10.3.3 beschriebene Wahrnehmungslenkung und Imagination erreicht werden kann. Die muskuläre Entspannung wie auch einfache Atemübungen bieten gegenüber anderen Methoden den Vorteil, dass sie relativ schnell und einfach zu erlernen sind und situationsunabhängig ausgeführt werden können (Wagner-Link 1995; Vaitl u. Petermann 2004). Daher sind sie zum kurzfristigen Erregungsabbau als Ergänzung zu den übrigen in diesem Kapitel beschriebenen Techniken geeignet. Die für die Spontanentspannung einzusetzenden Verfahren sind ausführlich in Vaitl und Petermann (2004) dargestellt.

Um eine **muskuläre Entspannung** herbeizuführen, können ähnlich wie bei der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson (vgl. Vaitl u. Petermann 2004) beispielsweise die Finger zu Fäusten geballt werden und diese Spannung 20 Sekunden lang gehalten werden. Im Unterschied zur ursprüng-

10.3 · Bewältigung von negativen Gefühlen



■ **Arbeitsblatt 10.6.** Stressmodell. (Mod. nach Margraf u. Schneider 1990)

lichen Form der PMR nach Jacobson (1990) sind die Anspannungszeiten deutlich verkürzt. Nach der Entspannung der Fäuste sollte dem entstandenen Entspannungsgefühl der Hand nachgespürt werden. Ähnlich kann mit anderen Körperteilen wie dem Oberschenkel oder den Füßen vorgegangen werden.

Auch das Vorsagen eines **Ruhewortes** gekoppelt an eine muskuläre Entspannung kann für den gezielten Einsatz von Spontanentspannungen trainiert werden (vgl. auch Kaluza 2005). Zur Identifikation des individuellen »Ruhewortes« werden die Patienten gebeten, sich zu überlegen, welches Wort für Sie am besten Entspannung beschreibt. Dies kann ein Adjektiv sein wie »schwerelos«, »leicht«, »frei« oder aber ein bildhafter Ausdruck wie »Sonne«, »Meer«, »Strand«, »Berge«, »Schnee« oder Ähnliches. Manchmal haben die Teilnehmer Schwierigkeiten, für sich ein Ruhewort zu identifizieren. Ist dies der Fall, sollte der Therapeut den Patienten Momente beschreiben lassen, in denen er entspannt war, und aus dieser Darstellung ein mögliches Ruhewort herleiten. Das Ruhewort sollte zur Intensivierung an eine Entspannungsübung gekoppelt sein, da teilweise die Imaginationskraft von Patienten nicht ausreichend ist, um tatsächlich in einen Entspannungszustand zu gelangen. Geeignet für eine solche Koppelung ist beispielsweise eine Ganzkörperentspannung, während welcher der Patient den ganzen Körper kurzzeitig anspannt und wieder locker lässt. Hierbei werden die Arme angewinkelt, Fäuste geballt, Schultern nach hinten gezogen, der Kopf eingezogen, Bauch, Beine und Po angespannt und die Fersen fest auf den Boden gestemmt. Zur Koppelung mit dem

Ruhewort sollte beim Einatmen der Körper angespannt und beim Ausatmen entspannt werden und gleichzeitig das Ruhewort innerlich ausgesprochen werden.

Vegetative Entspannung zielt vor allem auf die Reduktion eines sympathisch induzierten Erregungszustandes und nicht primär auf die Entspannung der Muskulatur ab. Um dies zu erreichen, eignen sich Übungen wie z. B. das Beobachten des eigenen Atemmusters oder auch das Mitzählen beim Ein- und Ausatmen (vgl. Kaluza 2005) oder ein autogenes Training (vgl. z. B. Vaitl u. Petermann 2004).

Wagner-Link (1995) beschreibt zur Spontanentspannung zudem das sog. »Händereiben«. Dabei werden die Patienten dazu aufgefordert, die Handflächen in schnellen, kleinen Bewegungen aneinander zu reiben, bis sie warm sind. Dann werden die Handflächen ineinander verschränkt und dabei eine Kuhle gebildet. Die verschränkten Hände werden so über die geschlossenen Augen gelegt, dass diese unter den Handflächen liegen und kein Druck auf die Augen entsteht. Die Augen bleiben geschlossen, während ruhig weitergeatmet wird. Dieser Zustand wird mehrere Minuten gehalten, bis der Patient eine Entspannung verspürt.

Im nachfolgenden Dialog schildert eine Patientin, wie sie sich einen solchen Mechanismus zunutze macht, indem sie sich ein Glas mit kühlem Wasser nimmt, langsam und bewusst einen Schluck davon trinkt und danach das Glas an die Stirn hält. Sie atmet dabei ruhig weiter und konzentriert sich auf den Reiz des kühlen Glases an der Stirn.

- | | |
|------------|--|
| Therapeut: | Wir haben nun einige Beispiele gesammelt, die zu einer schnellen Beruhigung führen können. Haben Sie noch andere Ideen? |
| Patient: | Was ich manchmal mache und wirklich gut hilft, wenn ich z. B. beim Lernen ganz panisch werde, weil ich mich nicht konzentrieren kann, ist, dass ich dann ein kaltes Glas Wasser nehme und ganz bewusst einen Schluck trinke. Wenn ich dann das Glas an die Stirn halte und mich bemühe, ruhig zu atmen und auf das Glas an der Stirn zu konzentrieren, fühle ich mich auf einmal ganz ruhig. |
| Therapeut: | Ah. Es scheint, dass Sie durch die Konzentration auf den kühlen Reiz zu einer Beruhigung kommen und zusätzlich unbewusst eine Atemtechnik einsetzen. Wenn Ihnen das hilft, ist das sehr schön. Eine ähnliche Technik ist das sog. Händereiben. Ich werde Ihnen diese Übung als weitere Alternative demonstrieren. Wichtig ist, dass jeder für sich eine Möglichkeit zur Beruhigung findet. |

In der folgenden Übersicht sind alle beschriebenen Übungen als Schlagworte aufgelistet:

Übungen zur Spontanentspannung

- Muskuläre An- und Entspannungsübung mit verschiedenen Körperteilen
- Atemübungen
- Ruheformel
- Händereiben
- (Konzentriertes Trinken)

Kontrollierte Abreaktion

Neben den oben beschriebenen Entspannungsverfahren können Techniken zur kontrollierten Abreaktion zur kurzfristigen Senkung des Anspannungsniveaus eingesetzt werden. Dies kann auf zwei verschiedene Arten geschehen: durch eine körperliche Abreaktion, bei der starke Erregungszustände durch körperliche Aktivität abgebaut werden, oder durch eine emotionale Abreaktion, bei der die vorhandene Emotion ausgelebt (z. B. Traurigkeit zulassen, weinen) oder thematisiert wird (besprechen mit einem Freund).

In ► Kap. 8 wurden bereits einige körperliche und emotionale Abreaktionsstrategien zur Verhinderung von Heißhungerattacken, wie Hände unter kaltes Wasser halten, warmes Fußbad nehmen u. Ä., vorgestellt, die auf kurzfristige Ablenkung durch Kältereize oder Beruhigung durch die Wärme des Wassers abzielen. In der folgenden Übersicht sind Beispiele für Strategien der körperlichen und emotionalen Abreaktion dargestellt, deren Einsatz im Weiteren detailliert vorgestellt wird.

Strategien zur kontrollierten Abreaktion

- Körperliche Abreaktionen:
 - Treppen rauf und runter laufen
 - Mit der Faust auf den Tisch hauen
 - Gegen einen Boxsack schlagen
 - Ein Bad nehmen
 - Laut schreien
 - Mit Kopfkissen auf das Bett hauen
 - Betten machen



- Fenster putzen
- Staubsaugen
- Seilspringen
- Liegestützen machen
- Altglas wegbringen
- Altpapier (Kartons) zerreißen
- Sportarten (wie Squash, Tennis, Tischtennis, Joggen, etc.)
- Abklopfübung
- »Rumpelstilzchen«
- Emotionale Abreaktionen:
 - Stark emotionalen Film ansehen
 - Freundin/Freund anrufen und sich den Druck »von der Seele reden«
 - Vor sich hin schimpfen
 - Brief schreiben

Diese Techniken sollten dann Verwendung finden, wenn eine besonders starke Aktivierung wie bei Ärger oder Wutgefühlen vorhanden ist. Strategien zur Beruhigung, Entspannung oder Ablenkung sind eher bei Gefühlen wie Langeweile, Traurigkeit u. Ä. einzusetzen. Bei der Vermittlung der Techniken zur kontrollierten Abreaktion sollte darauf verwiesen werden, dass sie nur zum kurzfristigen Einsatz dienen sollten, wenn keine andere Bewältigungsmöglichkeit wie Klärung des Konfliktes möglich ist, da einige dieser Techniken auf andere Menschen manchmal bedrohlich wirken können, etwa wenn man voll Wut auf einen Boxsack schlägt oder auf das Bett trommelt. Zudem sollte die Aggression nie gegen einen anderen Menschen oder direkt gegen sich selbst gewendet werden, wie das bei selbstverletzendem Verhalten wie Sich-Schneiden, Kneifen oder Schlagen der Fall ist. Der Einsatz dieser Strategien sollte daher gezielt für die jeweilige Situation erfolgen und dabei so kontrolliert ausgeführt werden, dass kein Schaden für sich selbst oder andere daraus erfolgt. Um den Patienten zu verdeutlichen, wann welche Strategie zur Abreaktion kontrolliert eingesetzt werden kann, sollte anhand des Gefühlsrads zu den verschiedenen Gefühlen jeweils eine körperliche Abreaktion als auch möglicherweise emotionale Abreaktion erarbeitet werden.

Dazu wird gemeinsam mit den Patienten für jedes Gefühl eine Beispielsituation überlegt und die

jeweilige Strategie, die idealerweise verwendet werden sollte, herausgearbeitet. Im folgenden Textbei-

spiel ist die Durchführung dieser Intervention dargestellt:

- | | |
|------------|--|
| Therapeut: | Ich möchte mit Ihnen nun sog. »kurzfristige Abreaktionsstrategien« suchen, welche in starken Erregungs- und Anspannungszuständen eingesetzt werden können. Wir haben schon bei der Besprechung der Hilfen bei einem starken Drang zu essen einige Strategien, wie den Kopf unter kaltes Wasser halten oder ein warmes Fußbad nehmen, erarbeitet. Ich möchte nun mit Ihnen noch einmal für weitere Gefühle wie Kummer, Wut, Zorn, Ärger und Ähnliches kurzfristige Strategien herausarbeiten, die Ihnen helfen können, sich entweder körperlich oder gefühlsmäßig abzureagieren. Können Sie vielleicht eine Situation aus der nahen Vergangenheit beschreiben, in der Sie ein starkes Ärgergefühl hatten? |
| Frau S.: | Ja, vorgestern ist mein Freund statt mit mir ins Kino zu gehen einfach mit seinem Freund etwas trinken gegangen. Ich hab nichts gesagt, als er kurz angerufen hat, um mir mitzuteilen, dass er nach dem Fußballtraining mit Klaus ein Bier trinken gehen will, aber ich saß zu Hause und habe innerlich gekocht vor Wut. Ich war so sauer! Das hat dann damit geendet, dass ich einen riesigen Essanfall hatte. |
| Therapeut: | Okay, das Gefühl war also Ärger und Wut. Diese Gefühle bringen ja eine Menge Energie hervor, wie wir bereits besprochen haben. Ihr Freund war aber nicht da, um sich mit Ihnen auseinanderzusetzen. Was wäre also eine gute und gesunde Möglichkeit gewesen, die in diesem Moment überschüssige Energie abzubauen? |
| Frau S.: | Vielleicht könnte man in solchen Momenten ja putzen, aufräumen oder Sachen ausmisten. |
| Therapeut: | Das ist sehr gut. Ausmisten könnte ja zum Beispiel auch sein, das Altpapier zu zerreißen, um diese Energie abzubauen. Eine andere wäre, einen Spaziergang um den Block zu machen oder in ein Kissen zu schreien. Fallen Ihnen noch mehr dieser Möglichkeiten ein? |
| Frau S.: | Naja, ich hätte ja auch eine Freundin anrufen können, um meinem Ärger Luft zu machen. |
| Therapeut: | Ja, das wäre sicher auch eine Möglichkeit. Das wäre dann eher eine emotionale Abreaktion gewesen, bei der Ihnen ihre Freundin geholfen hätte. Eine andere Möglichkeit wäre, sich einen Film anzusehen, der starke Gefühle hervorruft, um die anderen Gefühle abzubauen zu können. |

Analog dazu sollte für jeden Patienten eine Beispielsituation mit einem anderen Gefühl besprochen werden. Wichtig ist auch, dass diese Strategien zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt werden, bevor ein Kontrollverlust stattfindet. Ähnlich dem von Linehan (1996) definierten »point of no return« geht es auch bei der Affektregulation von Essstörungspatienten darum, in der Handlungskette den Zeitpunkt des richtigen Einsatzes der Technik abzapfen. Auf die Wahl dieses Zeitpunktes wird in ► Abschn. 10.3.3. noch einmal detailliert eingegangen.

Neben alltäglichen Tätigkeiten wie Treppenlaufen, gegen einen Boxsack oder Kissen schlagen, putzen, sportliche Tätigkeiten ausführen oder Altpa-

pier/Altglas entsorgen, können zwei weitere gezielte Übungen zur körperlichen Abreaktion vorgeschlagen werden. Dies ist zum einen das sog. »Abklopfen«, zum anderen das »Rumpelstilzchen« (vgl. Kaluza 2005; Linehan 1996).

Die Übung Abklopfen beinhaltet ein leichtes Schlagen des Körpers mit flachen Händen. Dazu setzen sich die Teilnehmer auf den Boden mit ausgestreckten Beinen. Zuerst wird ein Bein angewinkelt und die Fußsohle abgeklopft, dann über den ganzen Fuß, Knöchel, Unterschenkel, Knie und Oberschenkel das ganze Bein bzw. beide Beine abgeklopft, weiter wird dann über den Po, Bauch, Brustbereich, über die Schultern zu den Oberarmen, Ellenbogen und Unterarmen, Händen und abschließend vom

10.3 · Bewältigung von negativen Gefühlen

Halsbereich über den Hinterkopf zum Gesicht jeder Körperteil abgeklopft. Das Klopfen sollte je nach Körperpartie mehr mit der ganzen Handfläche bzw. den Fingerspitzen und schneller bzw. langsamer und leichter erfolgen. Nachdem der ganze Körper abgeklopft wurde, sollen Ausstreichungen erfolgen. Dazu werden zunächst die Beine in Richtung Po und Bauch hochgestrichen, die Bewegung fließend über den Rumpf hin zu den Armen fortgesetzt und über die Hände »ausgestrichen«. Abschließend steht der Patient auf, und die Arme werden ausgeschüttelt. Die Übung dient dazu, die Wahrnehmung auf den Vorgang des Klopfens zu lenken, zudem findet eine Aktivierung des Körpers durch das Abklopfen statt. Es ist eine recht einfache Übung, welche schnell und effektiv eingesetzt werden kann.

Die Übung »Rumpelstilzchen« kann orts- und situationsunabhängig eingesetzt und notfalls unterwegs beispielsweise am Arbeitsplatz durchgeführt werden. Dabei werden abwechselnd der linke und rechte Fuß bewusst fest und kräftig auf den Boden aufgestampft, wobei die Intensität des Stampfens langsam gesteigert wird. Beim Hochnehmen des Beins sollte eingeatmet und beim Aufstampfen ausgeatmet werden. Nach ca. 10-mal Stampfen werden die Beine ausgeschüttelt. Die Teilnehmer werden gebeten, einen Moment bewusst zu verweilen und sich auf die Empfindungen in den Beinen und Füßen zu konzentrieren. Abschließend werden die Erlebnisse besprochen und erörtert, wie diese Mechanismen im Alltag Anwendung erfahren könnten. Danach wird als weitere Möglichkeit der Affektregulation die Wahrnehmungslenkung auf innere Reize vorgestellt.

10.3.3 Kognitive Techniken

In ► Kap. 9 wurden ausführlich kognitive Techniken zur Modifikation von Grundannahmen und automatischen Gedanken vorgestellt. Im Rahmen der Affektregulation soll nun noch einmal vertiefend auf schnell anwendbare Techniken zur Verminderung der aus den negativen Gedanken resultierenden Gefühle eingegangen werden. Ziel ist es bei diesen Interventionen, über den Einsatz kognitiver Techniken eine Beruhigung herzustellen, so dass der Fokus damit auf der affektregulierenden Wirkung der kog-

nitiven Technik liegt. Zu diesen Interventionen zählen vor allem die Wahrnehmungslenkung auf innere Reize und das Führen positiver Selbstgespräche (vgl. Wagner-Link 1995; Scholz 2001).

Wahrnehmungslenkung auf innere Reize

Wie bereits beschrieben, gehen Essanfällen meist Belastungssituationen voraus (► Kap. 8). Diese sind häufig mit negativen und selbstabwertenden Gedanken verbunden, welche zum Aufbau eines negativen Gefühlszustandes führen. Um diesen negativen Gefühlen nicht nur auf der Handlungsebene zu begegnen, kann die Wahrnehmung auf innere Reize wie etwa Vorstellungsbilder, die Imagination eines positiven Ereignisses in Form einer Geschichte oder aber auf externe Reize, welche intensiv betrachtet werden, gelenkt werden.

Vorstellungsbilder können aus individuellen Erinnerungen bestehen, welche mit einem besonders angenehmen Gefühl verbunden sind. Dabei geht es darum, sich dieses Bild vor das »innere Auge« zu holen und sich auf die damit verbundenen Empfindungen, Gerüche und Geräusche zu konzentrieren (► Kap. 13, Imaginationsverfahren).

Zur Erarbeitung eines solchen Vorstellungsbildes können die Teilnehmer der Reihe nach bezüglich einer besonders schönen und intensiven Erfahrung befragt werden. Es können dazu Beispiele wie Erinnerungen an einen Urlaub am Strand, das Liegen auf einer Wiese oder das Wandern durch eine Berglandschaft, das Knistern eines Kaminfeuers oder die angenehme Wärme von Badewasser in der Wanne bzw. im Whirlpool gegeben werden. Die einzelnen Patienten werden dann gebeten, zu überlegen, ob sie eine solche Situation für sich erinnern können. Jeder Patient soll nun zunächst diese Situation in der Gruppe beschreiben. Wenn genug Zeit ist, kann ■ Arbeitsblatt 10.7 »Mein Ruhebild« dazu verwendet werden. Die Patienten beschreiben dabei zunächst die von ihnen vorgestellte Situation auf dem Arbeitsblatt und stellen sie erst dann in der Runde vor (Beispiel in ■ Arbeitsblatt 10.7B).

Im Anschluss an die Vorstellung wird eine »Probe-Imagination« durchgeführt. Hierbei werden die Patienten gebeten, sich ihr Ruhebild vor dem inneren Auge zu vergegenwärtigen. Dazu wird folgende Übungsanleitung gegeben:

Ruhebild

Umgebungsbeschreibung:

Ich schwimme im Baggersee. Es ist bewölkt und es sind kaum Leute da. Das Wasser ist angenehm kühl. Der Wind weht über die Wasseroberfläche und plötzlich kommt die Sonne raus. Ich atme die frische Brise ein.

Geräusche:

Der Wind in den Bäumen rauscht, das Wasser kräuselt sich und schlägt leichte Wellen. Ich höre meinen Atem, wie er ein- und ausströmt, gleichmäßig, verlässlich.

Gerüche:

Es duftet nach Sommer, nach Blüten. Das Wasser riecht frisch.

Gefühl:

Ich fühle mich unglaublich lebendig, frei, leicht und unbeschwert. Ich könnte singen und jubeln und alles um mich herum vergessen.

Bitte schließen Sie die Augen. Konzentrieren Sie sich zunächst auf Ihren Atem. Atmen Sie langsam tief ein und aus und zählen Sie dabei langsam bis zehn. Wenn Sie bei zehn angekommen sind, stellen Sie sich bitte ihr Ruhebild vor. Versuchen Sie, alle Details der Umgebung genau wahrzunehmen. Erinnern Sie sich daran, wie Sie sich in diesem Moment gefühlt haben ... frei, leicht, unbeschwert ... genießen Sie die Umgebung und versuchen Sie sich den Geruch vorzustellen, die Geräusche nachzuhören. Verweilen Sie nun einen Moment in diesem Bild und kommen Sie zurück, wenn Sie das Gefühl haben, entspannt zu sein.

Nachdem diese Übung exemplarisch durchgeführt wurde, werden die Patienten gebeten, die Ruhebildübung am besten morgens vor dem Aufstehen einmal durchzuführen, um in schwierigen Situationen möglichst rasch in das Bild eintauchen zu können.

Alternativ kann auch das **Imaginieren eines positiven Ereignisses** durchgeführt werden. Bei der Imagination sollte auf nicht belastende, neutrale oder positive Aktivitäten oder Ereignisse wie Freizeitaktivitäten, Urlaub, Hobbys, nette Menschen, lustige Ereignisse, schöne Tagträume etc. fokussiert werden. Zudem kann diese Übung auch die Vorstellung eines erfolgreichen Abschlusses einer Aufgabe oder die Vorstellung, in den lang ersehnten Urlaub zu gehen, beinhalten. Als Beispiel kann den Patienten folgendes Fallbeispiel vorgelesen werden:

Fallbeispiel

Frau M.: Wenn ich mich besonders mies fühle, dann stelle ich mir immer vor, wie ich mich nach meiner letzten Abi-Klausur gefühlt habe. Das war so befreiend, und ich war so stolz auf mich und glücklich, dass alles hinter mir liegt. Ich fühle noch die Erregung, das Gefühl, dass jetzt die Karten neu gemischt sind und mir die Welt zu Füßen liegt.

Wichtig ist, dass bei dieser Vorstellungsübung vor allem das Gefühl des Erfolgs, der eigenen Fähigkeiten im Vordergrund steht und das Gefühl des Versagens ersetzt wird. Auch dies kann analog zu dem oben dargestellten Vorgehen in der Gruppe eingeübt werden. Das heißt, dass zunächst mögliche Erfolgs- bzw. Positiverlebnisse gesammelt werden und die einzelnen Patienten diese in der Gruppe vorstellen. Danach wird die Übung in der Gruppe einmal durchgeführt.

Bitte schließen Sie nun noch einmal die Augen und konzentrieren Sie sich auf Ihren Atem. Zählen Sie dabei langsam bis zehn. Wenn Sie bei zehn angekommen sind, lassen Sie die Erinnerung an ein Erfolgserlebnis auftauchen. Versuchen Sie sich in diese Situation hineinzusetzen. Welche Menschen waren anwesend, wie haben diese sich Ihnen gegenüber verhalten. Wie haben Sie sich gefühlt, was haben Sie gesagt oder getan. Vergegenwärtigen Sie sich das Gefühl in dieser Situation und lassen Sie sich ganz darauf ein. Bleiben Sie einen Moment in diesem Gefühl. Wenn Sie den Zeitpunkt für gekommen halten, kommen Sie in den Raum zurück und nehmen Sie das vorherrschende Gefühl mit in die Gegenwart.

Anschließend wird die Übung besprochen, und die Erfahrungen der Teilnehmer werden gesammelt. Den Patienten kann empfohlen werden, diese Imaginationsübung häufiger durchzuführen, um sich aus dem Alltag herauszuziehen und ein positives Gefühl aufzubauen. Sinnvoll ist es, sich bestimmte »Marker« dafür zu setzen, um sich an diese Vorstellungsübung zu erinnern, etwa das Abiturzeugnis im Beispiel von Frau M. einrahmen und in die Wohnung hängen oder das Foto der Abiturzeugnisüber-

gabe in die Handtasche stecken. Ziel dieser beiden Übungen ist es, die Fähigkeit, positive Gefühle aufzurufen, zu stärken und diese in besonders schwierigen Gefühlssituationen einsetzen zu lernen.

Ähnlich kann auch der Einsatz äußerer **Ablenkungsreize** gehandhabt werden. Da hierzu keine Imaginationsfähigkeiten notwendig sind, kann diese Übung auch bei Patienten hilfreich sein, die sich nicht gut auf die Vorstellungsübungen einlassen können. Beim Einsatz von Ablenkungsreizen geht es

darum, einen Gegenstand wie ein Bild, Blumen oder Parfum, also etwas, woran man riechen kann, auszuwählen und sich auf diesen Gegenstand zu konzentrieren. Wenn beispielsweise ein Bild ausgewählt wird, sollte dieses in einem Moment starker Anspannung fokussiert und möglichst jedes Detail wahlweise im Geiste oder laut beschrieben werden. Falls es ein Parfum oder ein Riechfläschen ist, sollte daran gerochen werden und versucht werden, die einzelnen Geruchselemente herauszufinden (► Kap. 13). Im Vordergrund bei dieser Vorgehensweise steht vor allem die »Aufmerksamkeitsumlenkung«, wie dies bereits in ► Kap. 8 im Zusammenhang mit der Verhinderung von Heißhungerattacken ausführlich beschrieben wurde.

Führen positiver Selbstgespräche

Neben der Vorstellung von Ruhebildern und Erfolgserlebnissen ist das Führen von Selbstgesprächen im Kopf eine weitere Möglichkeit zum Umgang mit kurzfristigen Belastungssituationen. Diese Technik basiert darauf, dass Gefühle und Verhalten meist von Gedanken im Form eines »inneren Dialoges« begleitet werden. Ähnlich wie bereits bei der Übung »Engelchen und Teufelchen«, dargestellt in ► Kap. 9, wird hier also ein Selbstgespräch geführt, welches das Verhalten positiv beeinflussen soll. Anders als bei der Abwägung von Pro- und Contra-Argumenten, geht es bei der positiven Selbstinstruktion nicht um die Hinterfragung eines negativen Gedankens, sondern um die Formulierung eines positiven oder neutralen Gedankens, der dem negativen entgegensteht (vgl. auch Meichenbaum 1991). Diese kann sowohl posi-

tive Handlungsanweisungen (»Ich werde jetzt mit fester Stimme sagen, dass ich die Arbeit nicht mehr erledigen kann«) als auch Ermutigungen (»Ich werde das schon schaffen«) beinhalten. Um den Patienten zu verdeutlichen, wie so etwas funktionieren kann, sollte zunächst exemplarisch eine belastende Situation eines Teilnehmers vorgestellt werden. Diese wird auf dem Flipchart in Stichworten festgehalten und analog früherer Situations- und Verhaltensanalysen in emotionale und kognitive Aspekte aufgeteilt. Durch Nachfragen werden mögliche Gedanken in der Situation, die dem Patienten durch den Kopf gingen, eruiert und notiert. Dann erfolgt eine Einschätzung durch alle Teilnehmer, wie positiv bzw. negativ diese Gedanken auf einer Skala von 0 (sehr negativ) bis 100 (sehr positiv) einzustufen sind.

An dieser Stelle sollte vom Therapeuten noch mal auf den Einfluss von Gedanken auf Gefühle verwiesen werden (■ Arbeitsblatt 10.4), um die Wichtigkeit der positiven Reformulierung nochmals herauszustreichen. Um eine positive Selbstinstruktion zu erarbeiten, muss zuvor analog der bereits eingeübten kognitiven Umstrukturierung (► Kap. 9) eine mögliche Alternative bzw. das Verhaltensziel in der Situation identifiziert werden. Im Anschluss daran können mögliche positive Selbstinstruktionen gesammelt werden. Abschließend wählt derjenige Patient, dessen Beispielsituation gerade besprochen wurde, eine mögliche Ermutigung für sich aus und probiert diese im Verlauf der Woche aus.

Im Folgenden ist exemplarisch ein Therapeut-Patient-Dialog zur Erarbeitung positiver Selbstinstruktionen dargestellt.

Therapeut: Frau M., Sie haben beschrieben, dass Sie es als sehr belastend empfinden, wenn Sie alleine zu Hause sind und Sie niemand anruft. Dies sind Situationen, in denen Sie häufig einen Essanfall haben, weil Sie denken, dass Sie keiner mag. Wir haben nun den Zusammenhang besprochen, der zwischen dem Gefühl des Alleineseins und der Situationsbewertung, dass sie keiner mag, besteht. Haben Sie eine Idee, was Ihnen in dieser Situation helfen könnte, ein positives Gefühl zu entwickeln?

Frau M.: Ja, ich müsste mir sagen, dass ich Freunde habe und nicht alleine bin.

Therapeut: Ja, das wäre eine gute Alternative für den negativen Gedanken. Gibt es denn auch eine Selbstinstruktion, wie wir das eben besprochen haben, die Ihnen helfen könnte, in der Situation etwas Positives zu tun, um wieder ein gutes Gefühl zu bekommen?



Frau M.:	Ja, ich könnte mir zum Beispiel sagen – lass dich nicht so hängen, ruf einfach mal Isa oder Petra an, irgendjemand wird schon da sein. Ich hab es ja selbst in der Hand.
Therapeut:	Ja, sehr gut. Das wäre sowohl eine positive Selbstinstruktion, etwas zu tun und das zweite »Ich hab es ja selbst in der Hand« wäre so etwas wie eine Ermutigung. Was glauben Sie, würde daraus für eine Gefühl entstehen?
Frau M.:	Naja, Hoffnung halt und Energie, aktiv zu werden.

Anhand des Dialogs wird deutlich, dass es bei der Affektregulation vor allem um die Anleitung zur Handlung und damit das Erleben von Selbstkontrolle geht. Dies ist damit ein wichtiger Schritt, um Erregung kurzfristig abbauen zu können.

10.3.4 Einsatz der vermittelten Techniken

Es ist wichtig, dass die Patienten ein Gefühl bzw. Wissen über den richtigen Zeitpunkt des Einsatzes der verschiedenen oben dargestellten Techniken entwickeln, um eine Eskalation im Sinne des Übertretens der Gefühlsschwelle (► Abschn. 10.3.1) zu vermeiden. Es sollte daher eine Analyse zur Identifikation verschiedener Interventionszeitpunkte durchgeführt werden, um den »point of no return«, den Zeitpunkt, an dem eine bewusste Veränderung der Gefühlsreaktion nicht mehr möglich ist, zu erkennen, also z. B. wann das Verlangen zu essen oder zu erbrechen nicht mehr bewältigt werden kann. Dabei sollte insbesondere betont werden, dass eine frühe Intervention immer einfacher ist und meist auch bessere Erfolgchancen hat als eine spätere. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten exemplarisch eine Handlungskette erstellt und mögliche Interventionszeitpunkte und geeignete Techniken ausgewählt werden (■ Arbeitsblatt 10.8). Eine Handlungskette schließt dabei die einzelnen Handlungsschritte in einer Belastungssituation ein, welche möglicherweise zu einem Essanfall oder generell zu einer übermäßigen Gefühlsreaktion führen kann.

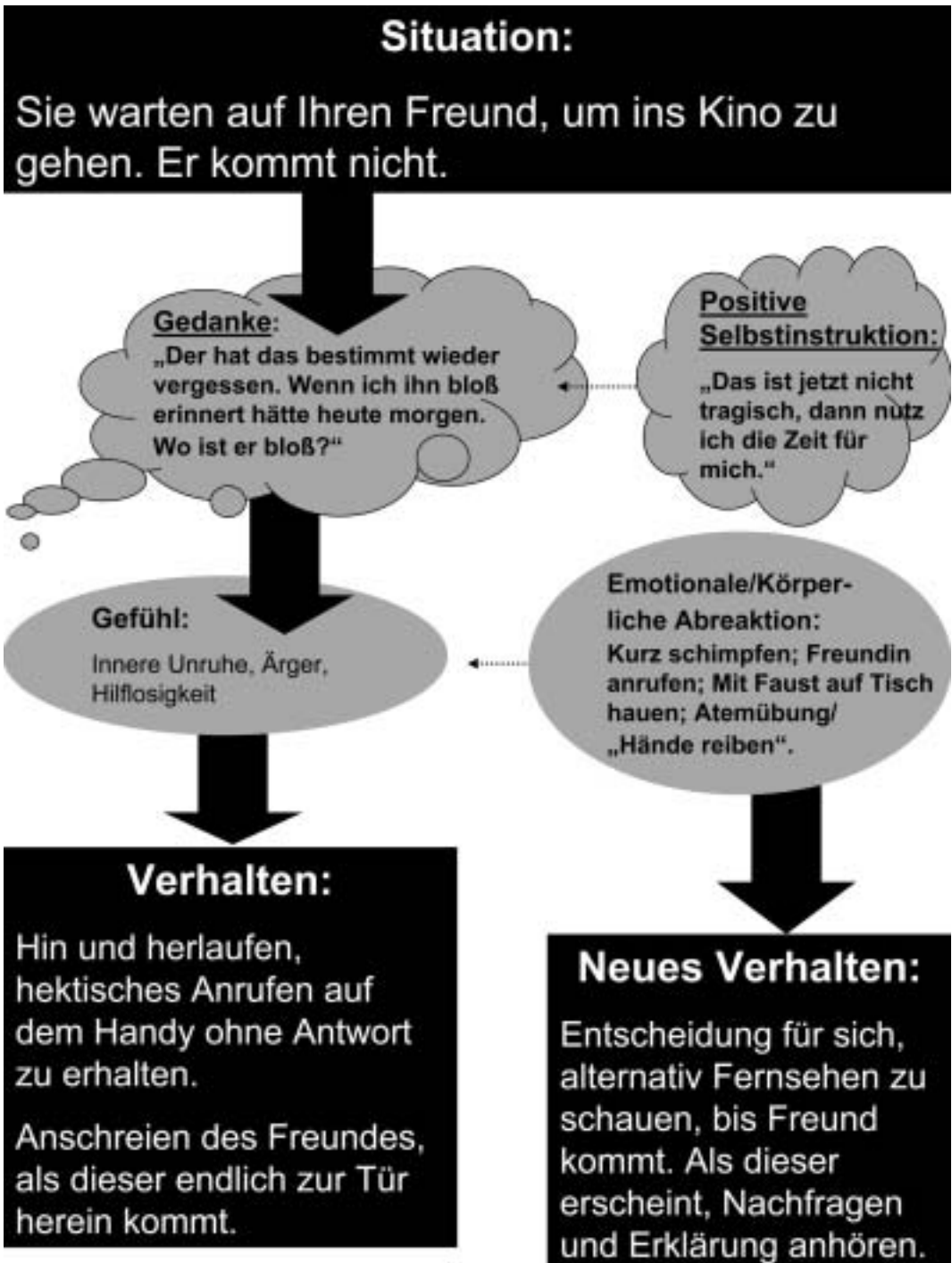
In ■ Arbeitsblatt 10.8B ist exemplarisch eine solche Handlungskette mit alternativen Verhaltensweisen dargestellt. Diese kann den Patienten als Beispiel vorgegeben werden. Das Beispiel beschreibt, dass der Freund einer Patientin nicht zum geplanten Kinobesuch erscheint. Der ursprüngliche Gedanke

der Patientin ist: »Der hat das bestimmt wieder vergessen. Wenn ich ihn bloß erinnert hätte heute morgen. Wo ist er bloß?« Dieser Gedanke geht mit einem Gefühl von innerer Unruhe, Ärger und Hilflosigkeit einher und führt dazu, dass die Patientin hin und herläuft und mehrfach versucht, ihn auf dem Handy anzurufen, ohne Antwort zu erhalten. Als der Freund dann nach Hause kommt, schreit sie ihn an, wo er gewesen sei, und es entbrennt ein Streit. Mit den Patienten soll nun gemeinsam überlegt werden, an welcher Stelle die eben besprochenen Techniken eingesetzt werden könnten. Geeignet erscheint der Zeitpunkt, an welchem die Gedanken auftreten, dass er den Termin vergessen hat. Hier könnte im Sinne einer positiven Selbstinstruktion eine alternative Handlung angestrebt werden, z. B. »Dann nutze ich die Zeit jetzt für mich«. Emotionale oder körperliche Abreaktionen, nachdem der Gedanke aufgetreten ist, wären z. B. Schimpfen oder eine Freundin anrufen, mit der Faust auf den Tisch hauen, eine Atemübung machen oder die Hände reiben. Diese Affektregulationsstrategien sollten letztendlich zu einer alternativen Verhaltensweise führen, z. B. sich zu entscheiden, stattdessen fernzusehen, bis der Freund kommt, und wenn dieser erscheint, nachzufragen und seine Erklärung anzuhören.

Idealerweise wird eine individuelle Belastungssituation als Beispiel am Flipchart erarbeitet und die Handlungskette daraus abgeleitet. Für jeden einzelnen Handlungsschritt wird dann überlegt, ob und wie die Verhaltenskette durch welche Strategie unterbrochen werden kann.

10.4 Zusammenfassung

- Zunächst wird die Entstehung von Gefühlen besprochen. Dazu werden die Basisemotionen eingeführt und mögliche Mischemotionen abgelei-



10

tet. Im Anschluss daran werden die Patienten für die Wahrnehmung von Gefühlen über verschiedene Übungen wie beispielsweise dem »Gefühlsbild« sensibilisiert und die Funktion von Gefühlen thematisiert. Abschließend wird darauf fokussiert, woran unterschiedliche Gefühle erkannt werden können.

- Auf dieser Basis werden Interventionen zur Bewältigung von Gefühlen etabliert, welche den palliativ-regenerativen Verfahren und den kognitiven Techniken zugerechnet werden. Zu den palliativ-regenerativen Techniken zählen dabei Methoden der Spontanentspannung: muskuläre Kurzentspannung, vegetative Formen der Entspannung wie Atemübungen und autogenes Training und kontrollierte körperliche und emotionale Abreaktionen. Kognitive Techniken beinhalten die Aufmerksamkeitsumlenkung, die Einführung von Ruhebildern und das Einüben von positiven Selbstinstruktionen.
- Abschließend sollten die eingeübten Techniken anhand von Verhaltensketten auf mögliche Einsatzpunkte überprüft werden.

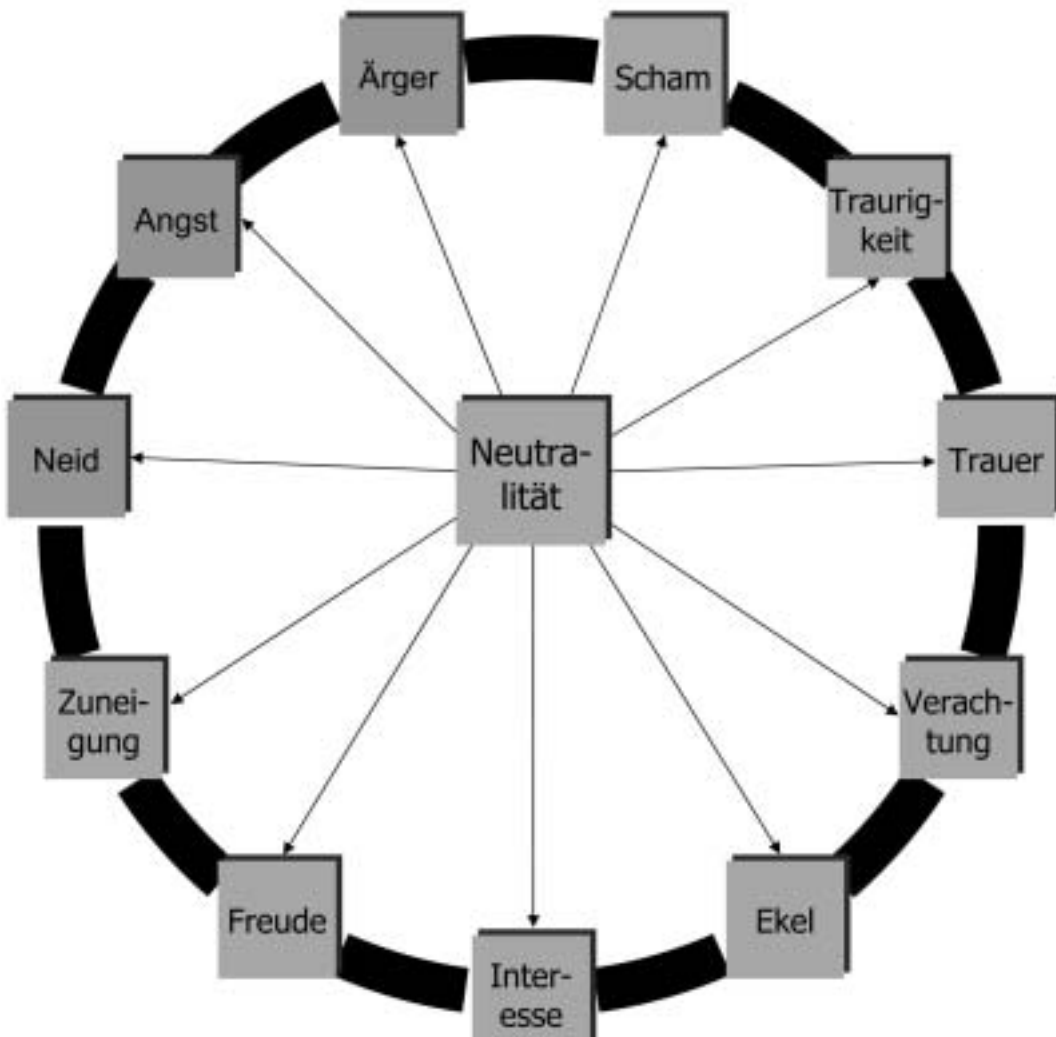
10.5 Arbeitsblätter

- Arbeitsblatt 10.1. Gefühlsrad
- Arbeitsblatt 10.2. Welche Gefühle habe ich?
- Arbeitsblatt 10.5. Gefühlsprotokoll
- Arbeitsblatt 10.7. Ruhebild
- Arbeitsblatt 10.8. Verhaltenskette mit Alternativen

Gefühlsrad

Bitte ordnen Sie die nachfolgend genannten Gefühle in das Gefühlsrad ein und ergänzen Sie zusätzlich Ihnen bekannte Gefühle, die nicht aufgeführt sind:

Liebe, Sehnsucht, Kummer, Mitleid, Panik, Angst, Frust, Wut, Zorn, Abneigung, Zuneigung, Zufriedenheit, Glück, Scham, Peinlichkeit, Furcht, Enttäuschung, Genervtheit, Hass, Verzweiflung, Bedauern, Mitleid, Besorgnis, Unzufriedenheit, Verliebtheit, Bammel, Antipathie, Bedrücktheit, Sympathie, Geniertheit, Argwohn, Einsamkeit, Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Anziehung, Eifersucht, Neid, Geborgenheit, Stärke, Schwäche, Hilflosigkeit, Neugierde, Hämne,



10

Welche Gefühle habe ich?

Tragen Sie bitte zunächst ein, welche Gefühle Sie kennen. Dann versuchen Sie zu beschreiben, wie sich diese Gefühle äußern.

Gefühl	Wie äußert es sich?

Ruhebild

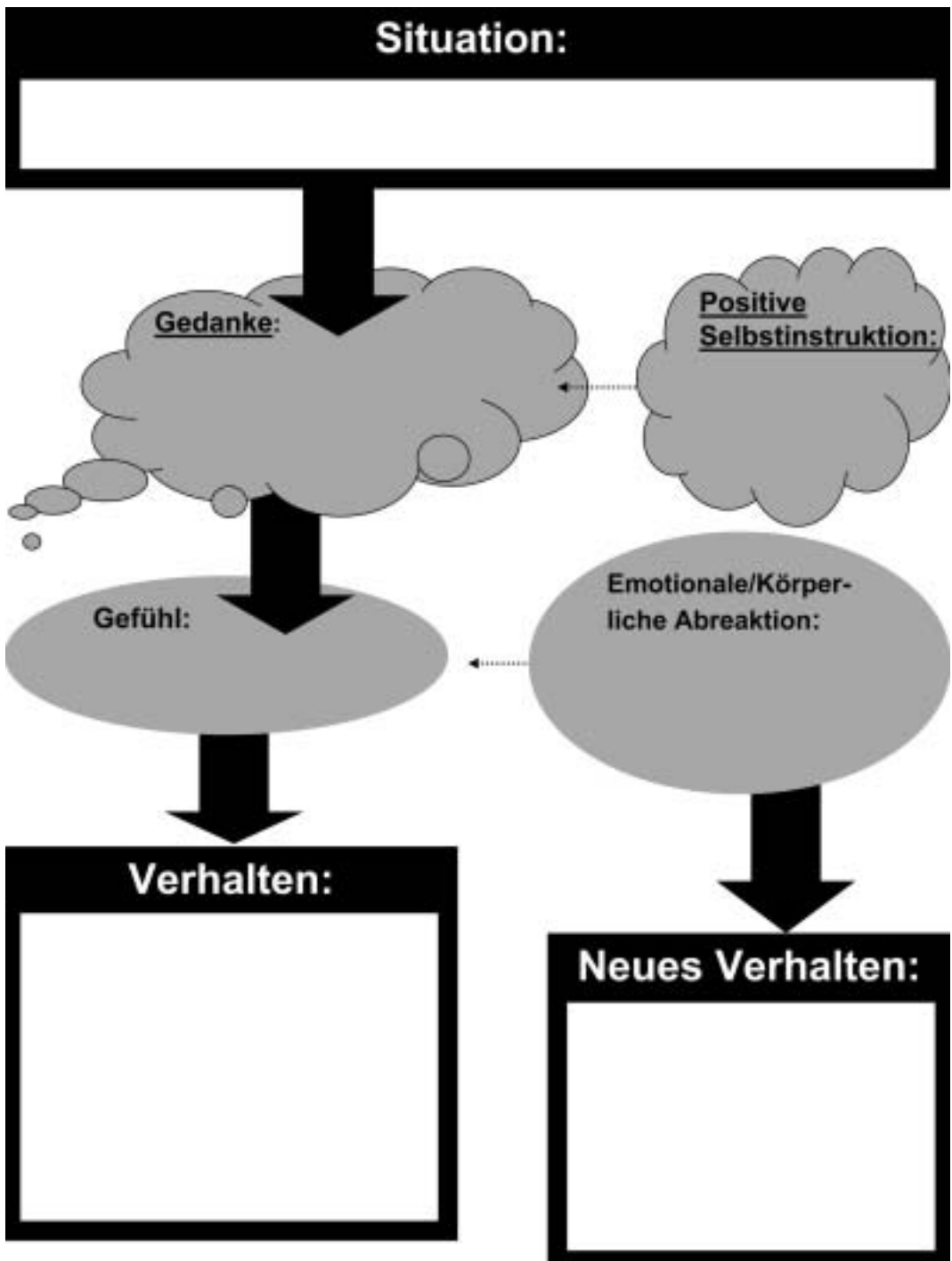
Bitte überlegen Sie für sich eine Erinnerung an einen schönen Urlaub oder eine andere positive Situation, in der Sie sich sehr wohl und unbeschwert gefühlt haben. Beschreiben Sie die Situation im Folgenden detailliert mit Angaben zu Geräuschen, Gerüchen, die Umgebung und Ihren eigenen Gefühlen. Wenn Sie mit der Beschreibung fertig sind, versuchen Sie sich auf diese Situation zu konzentrieren und diese vor dem inneren Auge vorzustellen. Wichtig ist, dass Sie versuchen, Gefühle, Geräusche und Gerüche möglichst real nachzuempfinden. Kommen Sie aus der Vorstellung zurück, wenn Sie sich entspannt fühlen. Am besten führen Sie die Übung 1x täglich vor dem Aufstehen durch.

Umgebungsbeschreibung:

Geräusche:

Gerüche:

Gefühl:



10



<http://www.springer.com/978-3-540-25400-3>

Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie
und Bulimie

Legenbauer, T.; Vocks, S.

2006, XIV, 364 S. Mit CD-ROM., Softcover

ISBN: 978-3-540-25400-3