Buchbesprechung

Jeffery Smith

How Psychotherapy Works. Navigating the Therapeutic Space with Confidence

Preliminary Version (Advanced Reader's Copy)
Abingdon, UK; New York, NY, USA: Routledge Publ.

Einleitung

Es handelt sich bei dieser übersichtlich angelegten Monographie (210 Seiten in der vorläufigen Version „Advanced Reader's Copy") um den farbenreichen Rückblick und Ausblick eines erfahrenen Psychiaters, der durchgehend seine Vielseitigkeit und Offenheit betont.

Wir haben es also beim Autor mit einem psychiatrischen Generalisten zu tun, der integrativ arbeitet, erstklassig ausgebildet ist (u.a. Stanford, UCLA) und seine Erfahrungen von den Patienten nimmt (in der Einleitung: „I never specialized, so I have seen everything"), um sie lernwilligen Therapeuten anzubieten, die sich keinem Klischee verpflichtet fühlen und integrativ arbeiten möchten. Smith ist u.a. außerordentlicher Professor für Psychiatrie am New Yorker Medical College, leitet ein eigenes Institut („Howtherapyworks") und ist auf Podcasts aktiv (Smith 2019). Seine Arbeit kann methodisch als integrativ und kurativ als affektbezogen bezeichnet werden. Affekte sind für ihn „nichtbewusste (nonconscious) Emotionen" und sowohl der Schlüssel zum Verständnis psychischer Krankheiten als auch von Psychotherapie. Die Zukunft wird zeigen, ob wir hier Beobachter einer neuen tragfähigen integrativen Psychotherapie-Schule sind.

Rahmen

Konzeptuell handelt es sich um die Vorstellung, Diagnostik und integrative Therapie eines intrapsychischen „Affect Avoidance Pattern" (Smith 2019), und inhaltlich um eine therapeutische Synthese, Aktualisierung und Erweiterung dessen, was Sandor Ferenczi (1921: aktive Technik), Franz Alexander (Alexander, French 1946) aus der Chicagoer Schule der Psychosomatik („korrigierende emotionale Erfahrung") und Hans H. Strupp mit Jeff Binder (1984) von der Vanderbilt Psychiatry in Nashville bereits

© 2026 Copyright Mattes Verlag, Heidelberg • Dynamische Psychiatrie • Dynamic Psychiatry

mit den Begriffen „Psychoanalytic Therapy“ (Alexander) und „Psychotherapy in a new Key“ als analytische Kurztherapieformen bei interpersonellen „cyclic maladaptive patterns“ (Strupp, Binder) beschrieben haben. Die therapeutische Effizienz dieses Zugangs wurde von Lester Luborsky (1984) statistisch und zellulär von Eric Kandel (1998) nachgewiesen.

Weitere Wegweiser dynamischer Interpretationen psychiatrischer Krankheiten und Therapie-Ansätze kommen aus Berlin (Ammon 1973: Strukturmodell, Gruppen- und Milieutherapie; Dührssen 1988: Dynamische Psychotherapie), die bei Ammon wiederum aus den USA vorgeprägt sind (Menninger Klinik in Topeka, Kansas 1956–1965), wo auch Luborsky (1947–1959) tätig war. Jaak Panksepp (1998) schließlich ergänzte den evolutionären Fundus dieser Systeme neurowissenschaftlich (die lachende Ratte). Aktuell füllen neurobiologische Themen ganze Volumina psychoanalytisch orientierter Journals zur psychologischen Traumaforschung (Alfonso, Downey, 2026).

Smith schlägt jetzt mit seiner New Yorker Schule des „Affect Avoidance Pattern“ den Bogen zur Neuropsychoanalyse (Kaplan-Solms, Solms 2003) und erweitert den Indikationsbereich und die Technik dieses Zugangs (psychodynamische Psychotherapie) für eigentlich alle Psychiatriepatienten mit therapeutischer Motivation. In seiner Kasuistik überwiegen Einzeltherapie und Langzeitrahmen. Der Autor verfügt über ein breites therapeutisches Konzept, synthetisch mit zahlreichen Modulen, die affektzentriert angewendet werden; damit schließt sich der dynamisch-therapeutische Kreis.

Smith beschreibt in der Einleitung seine Hoffnung, dass seine aktuelle Monographie ein „frischer und moderner Zugang ist, um klinische Beobachtungen und aktuelle Wissenschaft zu interpretieren“, weil Therapie immer aus einer „breiten Vielfalt von Behandlungstechnik“ bestehen muss (S. 3f). Er arbeitet also eklektizistisch und integrativ; sein diagnostischer Scharfsinn ist tiefenpsychologisch fundiert.

Aufbau

Die 14 Kapitel werden eingerahmt von einem Mantel aus Lobpreisungen, Danksagungen und Appendizes. Der Leser erlebt das Fazit eines diagnostischen und therapeutischen Slaloms, der in folgender Systematik komprimiert und gleichzeitig erzählerisch dargestellt wird.

– Prinzip: Kapitel 1–5: Foundation of success, psychotherapy treats EMP, EMP and layers, the authors of EMP, the plan.
– Vertiefung: Kapitel 6–10: Inside EMP, five questions, seeking accurate empathy, 3 mechanisms of change, bringing affects into the room, the art of disconfirmation.
– Therapie und Ausblick: Kapitel 11–14: Hope, development, motivation; boundaries and pitfalls, framework, end of voyage.

Es ist verdienstvoll und praktisch, dass die genutzte Literatur jedem einzelnen Kapitel unmittelbar angegliedert ist. Erfreulich sind das reiche kasuistische Material und die Bandbreite des therapeutischen Instrumentariums, das sich dennoch leicht und flüssig liest, weil die Kasuistik die Theorie auflockert.

Begriffe

EMP (Entrenched Maladaptive Pattern): Das Leidensmuster: die Vermeidung pathogener affektiver Muster

Layers: Die Schichten der EMP: Vom Verhalten (CEN = Central Executive Network, erste Schicht außen) bis zur core vulnerability (DMN [Default Mode Network]: psychische innere Schicht in der Amygdala des limbischen Systems).

CEN: Central Executive Network (präfrontal)

DMN: Default Mode Network (limbisch, morphologisch: posteriorer Gyrus cinguli)

Dread: Die Wurzel: Die tiefe Angst (core vulnerability) vor dem Wiedererleben eines unerträglichen Schmerzes; die Abwehr des Dread installiert das EMP.

Hypothese: Woher kommt das Schutzbedürfnis der Affektvermeidung? Das psychische Überleben soll ermöglicht werden.

Antidot: Die neue korrigierende Erfahrung im therapeutischen Raum.

Prozess

1. Das Instrument ist das therapeutische Verständnis, Smith nennt es „accurate empathy“ (S. 8). Die akkurate Empathie des Therapeuten aktiviert schichtweise nonverbale subkortikale affektive Erinnerungsmuster (DMN) beim Patienten, die morphologisch vom Autor im limbischen System vermutet werden (s. Hinrichs 2016). Diese Layers werden

therapeutisch von außen (CEN) nach innen (DMN) empathisch adressiert, was schließlich zur schichtweisen Lockerung der DMN führt.
2. Die Arbeit: Therapeutische Empathie bewirkt die Diskonfirmation, durch die das traumatische Muster des Patienten im geschützten therapeutischen Raum durch „akkurate Empathie", durch affektive Widerlegung der Urangst (core vulnerability) gewissermaßen eines Besseren belehrt wird. „Es geht auch anders."
3. Die Heilung: Jetzt greift die neurobiologische Hypothese von Verständnis, Verbalisierung und neuroplastischer Veränderung des affektiven Gedächtnisses („memory reconsolidation" durch „disconfirmation"). Das alte Muster wird durch die affektive Präsenz des Therapeuten beim Patienten schichtweise überschrieben, wodurch sich die prozedurale und affektive Erinnerung verändert, zuerst auf kognitiver Ebene durch Erkenntnis (central executive network, CEN), später subkortikal dauerhaft im nonverbalen (limbischen) Bereich (default mode network, DMN) im posterioren Gyrus cinguli. Dies ist der eigentliche Heilungsvorgang.

Modell

Der Autor geht davon aus, dass psychiatrische Patienten grundsätzlich durch das belastet sind, was er „entrenched maladaptive patterns (EMP)" nennt, also verschanzte pathogene Muster, die Affekt, Wahrnehmung und Verhalten triggern und das ängstliche Erwartungs-Symptom definieren. Diese Muster entstammen Zwängen, Beschädigungen und Verboten aus der Kindheit, aber es wird eigentlich nicht unterschieden, ob sie unbewusst oder anders geformt werden, sondern eher, wie ihre Ausbildungsformen sich charakterlich, symptomatisch und interaktionell darstellen. Bis vor Kurzem hätte man wohl noch von „frühen kumulativen Traumata" gesprochen.

Analytischer Einwurf: Damit verlässt Jeffery Smith zwar die Freud'sche Metapsychologie (System- und Instanzentopik) diagnostisch, variiert aber Freud's therapeutischen Effekt (Freud 1895) zeitlich vom Kairos in den Chronos, indem er Freuds ursprüngliche kathartische Affektabfuhr ersetzt durch die tiefergehende und langsamere Umschreibung der affektiv-maladaptiven Muster (EMP) im sicheren therapeutischen Raum. Hierzu nimmt er das Konzept der „layers" (schichtweiser Zugang des Therapeuten zum limbischen System des Patienten). Der Autor nimmt an, dass durch thera-

peutisch akkurate Empathie epigenetische Heilungsprozesse beim Patienten engrammiert werden. Es ist seine Hypothese, dass dies obligatorisch und dauerhaft geschieht.

Diese These umfasst alle klinisch relevanten psychiatrischen Diagnosen und Schweregrade; die Aufgabe des Psychiaters ist hier, die nonverbale Diagnostik zu erkennen und die Resultate dieser Erkenntnis dem Patienten so zu spiegeln, dass der Patient sie als affektive Erinnerungen erleben und dadurch im therapeutischen Raum affektiv „umschreiben" kann (affective memory reconsolidation, neuroplastische disconfirmation, s.u.). Franz Alexander (Alexander, Trench 1946) nannte dies die korrigierende emotionale Erfahrung.

Der erste Schritt ist die kognitive und affektive Psychodiagnostik; sie gilt für Autismus genauso wie für multiple Persönlichkeiten (sein erster jahrelanger Behandlungsfall), Psychosen und für fast alles, das dazwischenliegt.

Pathogenese

Die Pathogenese der EMP wird in einer Urangst (core vulnerability, the learned fear paradigm) gesehen; der therapeutische Weg führt zu einer Löschung und Überschreibung (reconsolidation) affektiver Gedächtnisinhalte, die schichtweise (in layers) aufgebaut sind; dies geschieht dadurch, dass der Psychiater den Affekt wieder in den Raum (space) des Patienten hineinholt. Wenn dies in einer Sphäre völliger emotionaler Sicherheit geschieht, gelingt die Aufweichung der genannten Verschanzung durch „disconfirmation", eine Art affektiver Widerlegung. Der Therapeut aktiviert die alten Affektmuster im therapeutischen Raum der Empathie und Akzeptanz. Hierdurch kommt es zu einer affektiven Inkongruenz beim Patienten: Die angstbasierte Erwartung (der pathogene Affekt) wird durch die therapeutische Haltung aufgelöst, weil sie, die Erwartung, durch empathische Präsenz des Therapeuten widerlegt wird.

Therapie

Jetzt entstehen neuroplastische Veränderungen des Patienten im Bereich der kognitiven Exekution (CEN: Central executive network) und der limbischen Spontanaktion (DMN: Default mode network). Dies ist Diskonfirmation (s.u.). Die empathische Präsenz des Therapeuten hebt die pathogenen affektiven Erinnerungen des Patienten auf, sodass sie beim

Patienten zugunsten neuer Muster überschrieben werden. Dadurch wird die ursprüngliche symptomatische Affektvermeidung überflüssig.

Diese Überschreibung fällt zusammen mit der „memory reconsolidation", dem Zentrum seiner Psychotherapie. Sie erinnert ein wenig an die Katharsis des frühen Freud (1895), bezieht sich aber auf affektive Tiefe, lange Zeiträume und langsame Amplituden, die dann dauerhaft heilsam verändert werden: Die Angst vor der Wiederholung der alten Erfahrung verschwindet – und dieser Zugang lebt auch von der vorgeschalteten diagnostischen Einbindung behavioral-konfrontativer Probedeutungen mit pragmatischen Akzenten.

Damit wird der punktuelle kathartische „Heureka"-Effekt (Freud 1885) zugunsten der beständigen „korrigierenden emotionalen Erfahrung (corrective emotional experience)" der Chicagoer Schule (Alexander, French 1946) therapeutisch affektiv und dadurch effektiv verändert. Dieser Ansatz ähnelt weitgehend der psychoanalytischen Kurztherapie der Vanderbilt-Autoren (Strupp, Binder 1984).

Betrachtung des Therapieprozesses im historischen Rahmen: Das theoretische Zentrum wird sichtbar in der Einfühlung in den affektiven Raum des Patienten („accurate empathy", „affect in the room" als Werkzeuge).

Dieser Raum ist der affektive Hintergrund der EMP-Erkrankungen, und gleichzeitig ist die Reversibilisierung des affektiven Patientenmusters der Schlüssel zur Neugestaltung des therapeutischen Raumes (memory consolidation).

Dies führt von der Freud'schen Maxime („Wo Es war, soll Ich werden"; s. Freud 1933) über die Chicagoer Schule der „korrigierenden emotionalen Erfahrung" (Alexander, French 1946) hinaus, weil Smith die Neurobiologie an dieser Stelle einbindet, wenn er die Überschreibung des affektiven Gedächtnisses durch „accurate empathy" als zentrales therapeutisches Thema nennt (memory reconsolidation = „The queen of change mechanisms").

Damit ist die Verbindung von der Orthodoxie (Freud) über die Selbst- und Ichpsychologie (Heinz Kohut, Heinz Hartmann), die phasische Entwicklungspsychologie (Margaret Mahler), die Strukturtheorie (Günter Ammon), Annemarie Dührssens Psychodynamische Psychotherapie und die Bindungstheorien (John Bowlby) bis zur Mentalisierung (Peter Fonagy), der Neurobiologie (Eric Kandel, Jaak Panksepp, Marcus Raichle) und Neuro-Psychoanalyse (Mark Solms) erreicht. Welch ein Spannungsbogen.

Neuroplastische Details

Hier liegt der Akzent auf Smiths zentralem – und neuem – therapeutischem Arbeits-Kapitel 9: „Bringing affect into the room".

Es verbindet Erfahrung und Intuition (des Therapeuten) in neuroplastische Verbindung mit zwei zerebralen Schaltkreisen auf der Patientenseite (client):

CEN: Central Executive Network: Execute Network: die kognitiven Funktionen (äußere Schicht);

DMN: Default Mode Network (s. a. Raichle et al. 2001): der Arbeitsplatz der spontanen Aktion und der Selbstbezogenheit; die limbische Ebene (innerer Kern, posteriorer Gyrus cinguli), das Zentrum der subjektiven Emotionsbewertung.

Die Aufgabe des Therapeuten ist es, durch akkurate Empathie, Fragen und Deutungen den Patienten vom kognitiven CEN schichtweise in das affektive DMN zu bringen, weil hierdurch der Affekt in den gemeinsamen Raum kommt.

Der nächste Schritt ist die Induzierung der sogenannten Diskonfirmation, also die Löschung alter verkrusteter Affekte aus der Biographie des Patienten im psychotherapeutischen Hier und Jetzt. Nun beginnt die Heilung durch Wachstum und Veränderung.

Dann kann die Transformation beginnen. Dieser Weg ist das Instrument des Psychiaters: die „akkurate Empathie". Wir reden also vom impliziten Verständnis des Psychiaters, der den Patienten über die affektive Meta-Ebene erreicht und dessen pathogene Muster verändert, und das Default Mode Network damit durch memory consolidation überschreibt.

Die freie Assoziation wird nicht mehr gebraucht, weil die akkurate Empathie des Therapeuten das pathogene affektive Muster und die Angsterwartung auflöst.

Kritik

Allgemein ist höchstens anzumerken, dass die völlige Identifizierung des Therapeuten mit der affektiven Pathogenese des Patienten auch Skotomisierungen mit sich bringen kann. Eines dieser Skotome ist die Finanzierung der Therapie. Es wird nicht deutlich, wer die intensiven Therapien des Autors bezahlt. Wenn seine Patienten Selbstzahler sind, entsteht ein erheblicher Bias.

Es wird nicht deutlich, ob sein Konzept auch auf die sozial benachteiligten Patienten des sozialen Prekariats angewendet werden kann, die ja am häufigsten unter den affective avoidance patterns leiden. In Deutschland werden gerade (April 2026 und ab Januar 2027) die Honorare solcher Therapien empfindlich gekürzt.

Die Ausblendung des finanziellen Aspekts erinnert mich an Sigmund Freuds Situation, der sein Leben lang abhängig war von wohlhabenden und selbstzahlenden Patienten.

Außerdem: Der Patient hat irgendwie immer recht und ist offenbar nicht willens oder in der Lage, den Therapeuten zu manipulieren. Die Realität kennt demgegenüber aber durchaus die manipulative Raffinesse mancher Patienten.

Hier hätte ich mir etwas mehr Distanz und Skepsis gewünscht, die sich an den Begriffen Psychopathie und Krankheitsgewinn (angedeutet als „resistance to therapy", Smith 2026, S. 41) orientieren könnte.

Fazit

Das Verdienst dieser Monographie liegt in der Komprimierung von jahrzehntelanger Erfahrung mit den unterschiedlichsten psychiatrischen Bildern zu einem roten therapeutischen Faden, dessen Effizienz darin besteht, dass zahlreiche Formen von Behandlungstechnik integrativ und synthetisch gebündelt werden zu einem Bild, das die Verschiebungen früher affektiver und oft traumatischer Muster erkennt, versteht, und im affektiven Dialog zwischen Therapeut und Patient dynamisch und nicht linear auflöst zugunsten ANDERER (und nicht: neuer) Muster (disconfirmation), die im affektiven Dialog gefunden werden und zum Ziel der Heilung führen (memory reconsolidation); diese führt nach Smith zu transformativem seelischem Wachstum. Im Verständnis des Autors ist dies der Schritt vom Stillstand zur Bewegung.

Die Limitierungen dieses Prozesses zeigen sich in der Dauer der Therapie, in der Finanzierung und dem Zeitgeist der aktuellen Realität.

Der Weg des Autors ist ein eklektizistischer, integrativer und sympathischer Weg, der aber Imponderabilien und katamnestische Betrachtungen natürlicherweise nicht anbieten kann, weil praktisch aus der Gegenwart geschrieben wird.

Es ist sicher, dass in dieser Monographie die Bereitschaft des Therapeuten unbefristet ist, Hilfe anzubieten.

Es ist aber nicht garantiert, dass diese Hilfe auch von jedem Patienten um jeden Preis gewollt und angenommen wird. Manche Patienten möchten regressiv und symptomatisch bleiben oder medikamentös versorgt werden, statt sich zu verändern. Und andere haben nicht das Geld für diese Therapie.

Das Verdienst dieser Monographie ist es, die Erkenntnisse aus jahrzehntelanger Forschung zur Psychodynamisierung der Psychiatrie zu sammeln und zu bündeln und auf der neuroplastischen Ebene durch Überschreibung affektiver Gedächtnisinhalte zu verändern.

Neben der großartigen Hoffnung, die dieses Buch dem therapeutischen Leser an die Hand gibt, sollte ergänzt werden, dass der Autor jede Form von Stillstand als antitherapeutisch erlebt. Damit fordert er den Patienten heraus, von dem er gleichzeitig lernt. Dies ist mit der Nutzung von Chancen verbunden, und Smith sieht jede Therapie als Chance – für beide Seiten.

Literatur

Alexander, F. A.; French, T. M. (1946): Psychoanalytic Therapy. New York: Ronald Press

Alfonso, C.; Downey, J. I. (Eds.) (2026): *Psychodynamic Psychiatry* 54(2), 183–372. New York: London: Guilford Press

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. Darmstadt und Neuwied: Luchterhand

Dührssen, A. (1962): Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med* 8: 94–13

Dührssen, A. (1988): Dynamische Psychotherapie. Ein Leitfaden für den tiefenpsychologisch orientierten Umgang mit Patienten. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer

Ferenczi, S. (1921): Weiterer Ausbau der ‚aktiven Technik' in der Psychoanalyse. *Int. Z. Psa*. 7: 233–251

Freud, S. (1895): Studien über Hysterie. GW 1: 75–312

Freud, S. (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 15: 1–197

Hinrichs, R. (2016): Das limbische System und Freuds Chemismus des Unbewussten. *Dynamische Psychiatrie* 49: 166–207

Kandel, E. (1998): A new intellectual framework for psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 155: 457–469

Kaplan-Solms, K.; Solms, M. (2003): Neuro-Psychoanalyse. Eine Einführung mit Fallstudien. Stuttgart: Klett-Cotta

Kohut, H. (1959): Introspection, Empathy and Psychoanalysis. *JA Psa. Ass.* 7: 459–483; deutsch: Kohut, H. (1960): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. *Psyche* 14: 326–346

Kohut, H. (2001): Über Empathie: Selbstpsychologie 2: 129–138

Lee, J., K. Nader, D. Schiller (2017): Update on Memory Reconsolidation Updating. *Trends Cogn. Science*. 21: 531–545

Luborsky, L. (1984): Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. New York: Basic Books

Panksepp, J. (1998): Affective Neuroscience. New York, Oxford: Oxford Univ. Press.

Raichle, M. E.; McLeod, A. M.; Snyder, A. Z.; Shulman, G. L. (2001): A default mode of brain f unction. Proceedings of the National Academy of Sciences 98: 676–682

Smith, J. (2019): How therapy works. Podcast. https://howtherapyworks.podbean.com/ Access: 4. July 2026

Strupp, H.; Binder, J. L. (1984): Psychotherapy in a new Key. A Guide to Time Limited Dynamic Psychotherapy. New York: Basic Books (deutsch 1991: Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett)

Wöller, W. (2026): Psychodynamische Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer

Autor:

Reimer Hinrichs (Berlin) • reimer@bln.de • www.reimer-Hinrichs.de

Book review

Jeffery Smith
How Psychotherapy Works. Navigating the Therapeutic Space with Confidence

Preliminary Version (Advanced Reader's Copy)
Abingdon, UK; New York, NY, USA: Routledge Publ.

Introduction

In this clearly outlined monography, we are dealing with the multicolored retrospection and outlook about the work of an experienced psychiatrist, who emphasizes his integrative (and not specialized) approach, which is open to diversified diagnostic and therapeutic ways.

Jeffery Smith is a psychiatric generalist in the best meaning. He received a top education (among others, Stanford and UCLA), and claims to receive many of his experiences from the patients, who he calls clients ("I never specialized, so I have seen everything"). He offers this work to learning psychotherapists who embrace integration. Smith is extraordinary professor at New York Medical College, guides an institute (Howtherapyworks) and is active in podcasts. His work methodologically is integrative and focuses on affects, which, in his words, are "nonconscious emotions". They are the key to understand psychiatric diseases as well as the their therapy. Time will tell if we here are observants of a new school of integrative Psychotherapy. What we can say already now, is, that Lester Luborsky (1984) has developed integrative psychotherapy early in Topeka and verified its efficacy later in Philadelphia.

Frame

Smith introduces a diagnostic and therapeutic view on „Affect Avoidance Patterns (Smith, 2019)", which is an actualization and widening of earlier concepts of diagnosis and therapy: Franz Alexander's Chicago School (Alexander, French, 1946: "corrective emotional experience"), Hans Strupp and Jeff Binder (1984) from Vanderbilt in Nashville ("Psychotherapy as a New Key" to "cyclic maladaptative patterns"), and, from Berlin, Germany, Günter Ammon (1973: structural diagnosis, group and

milieu therapy) and Annemarie Duehrssen (1988: "Dynamic Psychotherapy"). Jan Panksepp (1998) validates the diagnostic evolutionary roots of affective limbic patterns with his "laughing rats".

Smith completes now with his New York School the circle in adding Neuropsychoanalysis (Kaplan-Solms, Solms, 2003) by coining and using the term of neuroplastic concept as "memory reconsolidation" (Luborsky, 1984, Lee et al., 2017) through affective "disconfirmation".

He intends to connect clinical observations and current science with a fresh approach to interpret psychotherapy in a modern form, which we may call integrative on an eclectic basis.

Construction

The 14 chapters are structured in Principles (chapter 1-5: foundation of success, psychotherapy treats EMP, EMP and layers, the authors of EMP, the plan);

Deepening (chapter 6-10: Inside EMP, five questions, seeking accurate empathy, 3 mechanisms of change, bringing affects into the room, art of disconfirmation);

Therapeutic Outlook (Chapter 11-14: Hope, development, motivation, boundaries and pitfalls, framework, end of voyage).

It is handy and reader friendly, that the references are at the end of each chapter listed separately.

The author offers rich casuistic material and a wide range of therapeutic instruments, and it is a didactic masterpiece because the shifting from casuistic sketches to theory is fun to read.

Terms

EMP: Entrenched Maladaptive Pattern: the pattern of suffering, the avoidance of pathogenetic affects.

CEN: Central Executive Network

DMN: Default Mode Network

Dread: What is the reason for this avoidance and of the concomitant anxiety?

Hypothesis: Why must the client protect this avoidance?

Response: What kind of therapeutic reaction can replace the old pattern?

Antidot: The new corrective emotional experience in the therapeutic room.

Layers: Different levels of EMP, from cognitive (prefrontal cortex, central executive network, CEN) to limbic structures (amygdala, default mode network, DMN).

Process

1. The instrument is "accurate empathy": the deep emotional understanding as well as cognitive comprehension. Accurate empathy activates nonverbal subcortical affective patterns of memory, which the author locates morphologically in the Limbic System of the patient.
2. The work: Accurate empathy causes "disconfirmation". The presence of the empathic therapist deletes the old pathogenetic pattern (memory reconsolidation). Accurate empathy shows the patient, that there is "another way of response in the therapeutic room".
3. The Healing: Memory: Reconsolidation through affective disconfirmation leads to re-writing the patient's pattern after deleting the old one. This is a neuroplastic approach understood as a process within the limbic system.

Model

The author assumes that psychiatric patients basically are burdened by EMP (entrenched maladaptive patterns), i.e. hidden pathogenetic affective memory patterns, whicb also trigger congnitive functions and behavior.

They are defining some kind of the fearful symptoms which lead to avoid painful affective memory, thus creating EMP. Some researchers may call them "early cumulative traumata".

With this, the autor leaves Freudian metapsychology diagnostically, but he at the same time varies the Freudian (Freud, 1895) "Catharsis" through replacing cathartic release of affects by deeper re-writing of the EMP (through memory reconsolidation) by using accurate empathy (therapist) and disconfirmation (patient).

These basics are ringing true in all relevant psychiatric diagnoses, Smith claims. The task of the therapist is, to recognize the nonveral diagnostic elements, and the value of chronification as a factor for prognosis.

Here, he mirrors his results to the patient in a therapeutic space, in which the patient's affects are now dwelling (bring the affect to the room). Now the re-writing can start (memory reconsolidation through affective disconfirmation).

The first step (seeing the EMP) is a diagnostic procedure with depth-psychology, the second step (using accurate empathy for memory reconsolidation) is the therapeutic process which leads to healing (change and growth).

Pathogenesis

The pathogenetic root of EMP is early traumatic experience, (core vulnerability leads to learned fear paradigm), which causes avoidance of unbearable affects associated with these roots (entrenched dysfunctional patterns, EDP). Accurate empathy is the instrument of learning (therapist) and re-experiencing (patient) "how and why" theses patterns have lead to that crucial and harmful avoidance.

Therapy

The therapeutic way is the reconsolidation of affective memory contents through empathy and disconformation, which brings an affective incongruence (disconfirmation) in the patient's emotional memory, comparing the new (therapeutic) with the old (pathogenic) pattern. The fearful expectancy is dissolved by the therapist's empathic presence and emotional answer, and, thus, positive disconfirmation.

Now, neuroplastic changes are beginning, first in the layer of CEN (central executive network); then, deeper, within the spontaneous action of the limbic DMN (default mode network; term coined by Raichle et al., 2001). This is memory reconsolidation, the center of Smith's therapeutic concept.

It reminds me of Freud's (1895) catharsis as well as of Alexanders (1946) "corrective emotional experience" and can be compared to Strupps and Binders (1984) "Psychoanalytic Therapy in a new Key".

This is the historical background: Smith's central tool is the "accurate empathy" for the affective space of the patient. This changes the patient's memory pattern, it is now re-written by affective reconsolidation. This is the key for the new arrangement of the therapeutic space. Freuds thesis ("Where Id was, I begin", Freud, 1933: 111) and the thesis of the Chicago School of "corrective emotional experience" (Alexander, French, 1946: 66-70) are both transcended by Smith, because he now uses the neurobiology of memorial re-writing and memory reconsolidation (which is "The queen of change mechanisms").

This approach is the closing of the circle from analytic orthodoxy (Freud) through Self- and Ego-Psychology (H. Hartmann, Kohut) across analysis

of relationships (Mahler), attachment theories (Bion), structural theory (Ammon), dynamic psychotherapy (Duehrssen) and mentalization (Fonagy) to neuro-science (Raichle) and neuro-psychoanalysis (Solms). What a giant leap.

Neuroplastic Details

Smith uses experience and intuition for a neuroplastic connection of networks:

CEN: Central Executive Network: the cognitive level (prefrontal Cortex);

DMN: Default Maladaptive Network (Limbic System).

The therapist's task is to bring the patient from the neurological "highway" CEN to DMP to reverse the old pathogenic and avoidant pattern. The CEN works on the level of insight, the DMP works on the level of the limbic system. Working with CEN is not enough.

The therapist's understanding of the patient has to be affective (bring affect into the room) through "accurate empathy". This kind of understanding is implicit. The therapist reaches the patient through the meta-level of communication.

Then he will induce affective disconfirmation, this is deleting the old pathogenic affects. The change consists of memory reconsolidation, which is rewriting the patients' DMN-contents.

Critical Aspects

The total identitification of the therapist with the patient is a desideratum. It also implies scotomata. One of those scotomata is the financial aspect. Who pays for this therapy? If the patient is paying, we have a massive bias in the casuistic selection. In Germany, the public insurance payment for intense psychotherapy is cut short by law heavily (April 2026), and it is an illusion to assume that the treasure of Smith's therapy is available for the poor, the addicts, the borderline patients and psychoses in the way it should be available. This reminds me of Freuds situation, who was directly dependent on wealthy and self paying patients from the upper social class.

In Smith's mind, the patient is always right and is not willing or capable to manipulate the therapist. In reality, we know that this is not true. Although Smith mentions the possibility of the patient's resistance against

therapy (p. 41), he does not fully picture the importance of patients using morbid gain. There are quite a few patients who enjoy being passive and regressive and enjoy being cared for. Who can blame them?

Conclusion

The merit of this monography is the compression and density of long term experience with numerous diversified clinical pictures, leading to a therapeutic red thread, the efficiency of which is, that many forms of therapeutic techniques are bundled into a picture which recognizes the shifting of early affective – and often traumatic – patterns, understands their "why" and "how", and dissolves them through affective dialogue in the therapeutic space – in favor of reaching the target of healing, which is the step from standing to moving. The entrenched patterns are getting flexible. The limitations of this process are located in the duration of therapy, in financial issues, and in the ever changing spirit of reality's time.

Beside the wonderful hope, which is given to the therapeutic reader with this monography, I should mention, that the author calls every form of standing still as antitherapeutic.

This is a challenge for every patient, and at the same time the therapist learns from the patient. This is connected with the opportunity of taking chances. And Smith sees every therapy as a chance – for both sides.

Author:
Reimer Hinrichs (Berlin) • reimer@bln.de • www.reimer-Hinrichs.de