



Sutter • Greenberg

Praxis der Emotions- fokussierten Therapie

Ein transdiagnostischer Leitfaden

Marielle Sutter • Leslie Greenberg

Praxis der Emotionsfokussierten Therapie

Ein transdiagnostischer Leitfaden

Mit 11 Abbildungen, 11 Tabellen und 9 Online-Arbeitsblättern

Ernst Reinhardt Verlag München

Dr. *Marielle Sutter* ist Psychotherapeutin in eigener Praxis in Bern und Dozentin an psychologischen Instituten. Mit Prof. Leslie S. Greenberg leitet sie das Schweizerische Institut für Emotionsfokussierte Therapie in Bern.

Prof. *Leslie S. Greenberg*, PhD, emeritierter Leiter der Klinik für Psychotherapeutische Forschung, York University, Toronto, Kanada, begründete die Emotionsfokussierte Psychotherapie.

Außerdem im Ernst Reinhardt Verlag erschienen:

Greenberg, Leslie S.: Emotionsfokussierte Therapie. (2. Aufl. 2016, 978-3-497-02246-53)

Greenberg, Leslie; Goldman, Rhonda: Die Dynamik von Liebe und Macht. Emotionsfokussierte Paartherapie. (2010, 978-3-497-02112-3)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-03018-7 (Print)

ISBN 978-3-497-61545-2 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61546-9 (EPUB)

© 2021 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Covermotiv: [iStock.com/AlexeyPelikh](https://www.istock.com/AlexeyPelikh)

Satz: Bernd Burkart; www.form-und-produktion.de

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de

E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

1 Einführung

2 Entstehung und Behandlung emotionaler Schwierigkeiten

2.1 Transdiagnostische Perspektive

2.2 Emotionstheorie

2.2.1 Emotionsdiagnostik

2.2.2 Emotionale Produktivität

2.3 Menschliches Funktionieren

2.3.1 Emotionen

2.3.2 Emotionale Schemata

2.3.3 Selbsterleben

2.3.4 Unbewusste Emotionen

2.4 Emotionen und psychische Probleme

2.4.1 Affektdysregulation und negatives Selbsterleben

2.4.2 Das Unsichtbare sehen

2.4.3 Die vier zentralen emotionalen Verarbeitungsschwierigkeiten

2.5 Die drei Prinzipien emotionaler Verarbeitung und Veränderung

2.5.1 Emotionen bewusst erleben und nutzen

2.5.2 Emotionen regulieren und Affekt modulieren

2.5.3 Emotionen transformieren

2.6 Marker als Hinweise auf emotionale Verarbeitungsschwierigkeiten

2.7 Die Therapiebeziehung

- 2.7.1 Therapeutische Präsenz
- 2.7.2 Empathie
- 2.8 Fallverständnis und MENSIT-Modell
 - 2.8.1 Marker (M wie Marker)
 - 2.8.2 Emotionales Leiden (E wie Emotional Pain)
 - 2.8.3 Bedürfnisse (N wie Needs)
 - 2.8.4 Sekundäre Emotionen (S wie Secondary Emotions)
 - 2.8.5 Unterbrechung (I wie Interruption)
 - 2.8.6 Themen (T wie Themes)
 - 2.8.7 Ko-Konstruktion der Fallformulierung
- 2.9 Indikation und Kontraindikation für die Arbeit mit Emotionen

3 Praxis der Emotionsfokussierten Therapie

- 3.1 Mit Emotionen arbeiten
- 3.2 Erleben zugänglich machen und erlauben
 - 3.2.1 Erleben fördern
 - 3.2.2 Erleben vertiefen
 - 3.2.3 Empathie als therapeutische Haltung und erlebensvertiefende Intervention
 - 3.2.4 Focusing zur Explizierung eines unklaren oder fehlenden körperlichen Gefühls
- 3.3 Emotionen transformieren
 - 3.3.1 Vorbereitung auf die Stuhlarbeit
 - 3.3.2 Die Zwei-Stuhl-Intervention bei selbstbewertenden Prozessen oder konflikthafter Spaltung
 - 3.3.3 Der Leere-Stuhl-Dialog bei un abgeschlossenen emotionalen Prozessen
- 3.4 Erleben modulieren und regulieren
 - 3.4.1 Überregulierte und abgespaltene Emotionen zugänglich machen
 - 3.4.2 Inszenierung der Selbstunterbrechung bei überregulierten und unterbrochenen Emotionen
 - 3.4.3 Überschießende Emotionen herunterregulieren

- 3.4.4 Der Selbsttröstungs- und Selbstberuhigungsdialog bei überwältigendem emotionalen Schmerz
- 3.5 Erlebensorientierte Psychoedukation und Hausaufgaben
 - 3.5.1 Therapeutische Rationale und Psychoedukation
 - 3.5.2 Hausaufgaben und Übungen

4 Umgang mit schwierigen Momenten in der Emotionsfokussierten Therapie

- 4.1 Marker für schwierige Momente
 - 4.1.1 Schwierige Momente mit fragilen Klienten
 - 4.1.2 Allgemeine Prinzipien im Umgang mit schwierigen Momenten
- 4.2 „To be EFT“: Die Person der Therapeutin
 - 4.2.1 Die Emotionen der Therapeutin
 - 4.2.2 Die Haltung der Therapeutin
- 4.3 „To do EFT“: Den Klienten auf einer tieferen Ebene verstehen und den Fokus halten
 - 4.3.1 Empathische Klärung
 - 4.3.2 Blockintervention zur Überwindung von selbstschützendem Coping

Literatur

Sachregister

Übersicht der Online-Arbeitsblätter

Die Online-Arbeitsblätter zum Buch können Sie auf der Homepage des Ernst Reinhardt Verlags unter <https://www.reinhardt-verlag.de> herunterladen. Auf der Homepage geben Sie den Buchtitel oder die ISBN in der Suchleiste ein. Hier finden Sie die passwortgeschützten Online-Arbeitsblätter unter den Produktanhängen. Das Passwort zum Öffnen der Dateien finden Sie im Buch auf Seite 220.

1 Einführung

„What is split off, not felt, remains the same. When it is felt, it changes.“
(Gendlin, 1986, S. 178)

Die Emotionsfokussierte Therapie (EFT) kann als empirisch validiertes, integratives Therapieverfahren definiert werden, welches die *erlebensorientierte Arbeit mit Emotionen und die erlebensbasierte Veränderung von Emotionen in den Vordergrund stellt*. Sie entwickelte sich aus der Erkenntnis heraus, dass Emotionen eine fundamentale Rolle im Prozess psychotherapeutischer Veränderung spielen und nachhaltige Veränderungen in der Psychotherapie auf Veränderungen von Emotionen beruhen (Greenberg, 2017). Die EFT hat zum Ziel, emotionalen Schmerz, welcher psychischen Störungen zugrunde liegt, zugänglich zu machen und zu verändern („change emotion with emotion“, Greenberg, 2015, 2021). Dies hilft, emotionale Blockaden zu überwinden, Emotionsvermeidung zu reduzieren sowie dysregulierte Affekte zu regulieren. Zudem hat die EFT zum Ziel, Klienten zu helfen, ihre Emotionen als Kompass zu verstehen und zu nutzen. Denn Menschen verfügen über mehr als nur intellektuelles Wissen. Die EFT hilft Klienten, ihr emotionales Bewusstsein und ihre emotionale Intelligenz zu entwickeln (Greenberg, 2015, 2017).

Die Wurzeln der EFT liegen in den humanistisch-existentialen Ansätzen. Sie integriert Elemente der Personzentrierten Therapie (Rogers, 1957, 1959), der Gestalttherapie (Perls et al., 1951), des erlebensorientierten Ansatzes des Focusings (Gendlin,

1962, 1996) und der Existentiellen Therapie (Frankl, 1959; Yalom, 1980). Im Menschenbild der EFT streben Menschen danach, zu überleben und zu wachsen. Die Evolution hat uns mit einem Emotionssystem ausgestattet, welches der Motor für Überleben und Wachstum darstellt. Aus diesem Grund erachtet die EFT Emotionen als fundamental adaptiv. Adaptive Emotionen versorgen unseren Organismus schnell und automatisch mit wichtigen Informationen und lösen eine viszerale Reaktionsbereitschaft aus, die dem Organismus hilft, rasch und bedürfnisorientiert auf eine Situation zu reagieren. Gute Bedürfnisbefriedigung korreliert mit psychischer Gesundheit (Grawe, 1998, 2004). Ungünstige Lernerfahrungen in der Kindheit führen zur Entwicklung maladaptiver emotionaler Schemata, welche den Organismus motivieren, sich vor weiteren schmerzhaften Erfahrungen zu schützen, diesem aber nicht dabei helfen, das zu bekommen, was er braucht. Maladaptive emotionale Schemata bilden den Nährboden für die Entwicklung psychischer Störungen (Kap. 2). Diese müssen in der Therapie zugänglich gemacht, erlebt, reguliert und durch die gleichzeitige Aktivierung gesunder Emotionen verändert werden (Kap. 3).

Emotionen bilden den Kern unseres Menschseins oder in den Worten Damasio „I feel, therefore I am“ (Damasio, 1999, zitiert nach Greenberg, 2015, S. 5). Emotionen sind der Motor unserer psychischen Aktivität und sie steuern unsere Gedanken, unser Verhalten, unser Selbsterleben und unsere Weltsicht. Wenn wir traurig sind, haben wir traurige Gedanken. Wenn wir wütend sind, verhalten wir uns wütend. Wenn Menschen ihr Verhalten ändern wollen, müssen sie die Emotionen modifizieren, die dieses Verhalten steuern. Das Modifizieren von Emotionen beeinflusst auch Gedanken und Selbsterleben. Emotionen sind also der Schlüssel für tiefgreifende und nachhaltige Veränderungen in der Psychotherapie.

Um Emotionen zu verändern, müssen diese bewusst im Hier-und-Jetzt zugelassen und erlebt werden. Nur was erlebt wird, kann sich wandeln, was abgespalten wird, bleibt immer gleich. Es reicht auch nicht aus, in einer intellektuellen Weise über Emotionen nachzudenken, über sie zu sprechen oder deren Ursprung zu verstehen. Veränderung bedarf einer prozessualen Aktivierung (Grawe, 1998) oder in anderen Worten „You have to feel it in order to heal it“ (Greenberg, 2007a). Die prozessuale Aktivierung ist das unmittelbare Erleben von Emotionen im Hier-und-Jetzt. Gemäss Grawe (1998) ist sie eine der fünf Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Das Prinzip basiert auf dem Hebbschen Lernparadigma, wonach Veränderung in neuronalen Netzwerken dann erfolgen, wenn zuvor unabhängige neuronale Nervenzellen gemeinsam aktiviert werden „cells that fire together wire together“ (Hebb, 1949, zitiert nach Shatz, 1992, S. 64).

Um uns tieferliegender Emotionen gewahr zu werden und sie zuzulassen, müssen wir akzeptieren, wer wir sind. Veränderung kann erst dann geschehen, wenn wir werden, wer wir sind, nicht wenn wir versuchen zu werden, wer wir nicht sind (Beisser, 1970). Dies ist ein weiteres Ziel der EFT.

Die EFT entwickelte sich ab den 1970er Jahren aus dem Bestreben zu verstehen, *wie Veränderungen in der Psychotherapie* stattfinden und wie sich Menschen verändern. Sie wurde angetrieben durch den tiefen Glauben daran, dass Emotionen sowohl bei der Entstehung wie auch bei der Behandlung psychischer Störungen eine zentrale Rolle spielen und dass die traditionelle Psychotherapie das bewusste Verstehen und die Veränderung von Kognitionen und Verhalten überbewertet und Emotionen einen zu geringen Stellenwert zugesteht. Entgegen dem damaligen Zeitgeist der Psychotherapieforschung, welcher durch Ergebnis- (wirkt Ansatz A?) und Vergleichsforschung (ist Ansatz A besser als

Ansatz B?) geprägt war, fühlte sich die EFT von Anfang an der Ereignisforschung verpflichtet (wie und warum wirkt ein Ansatz?). Ihr Interesse galt der Erforschung von Veränderungsmustern in relevanten Psychotherapiesitzungen („pattern of change“, [Rice & Greenberg, 1984](#)).

Die über Jahrzehnte gesammelten Erkenntnisse aus der Erforschung klinischer Phänomene wurden im Lauf der Zeit mit modernen Emotionstheorien verknüpft ([Ekman & Friesen, 1975](#); [Frijda, 1986](#)) und durch Erkenntnisse aus affektiven Neurowissenschaften angereichert ([Damasio, 1999](#); [Davidson, 2000](#); [Lane et al., 2015](#); [Schore, 2003](#); [Porges, 2011](#)). Die Psychotherapieforschung half dabei zu verstehen, *wie mit Emotionen* gearbeitet werden muss, damit sich diese verändern und die affektiven Neurowissenschaften halfen zu verstehen, *warum das so ist*. Daraus entstand ein eigenständiger, praxisnaher, prozess- und erlebensorientierter Therapieansatz, welcher zuerst als Prozess-Erlebensorientierte Therapie bezeichnet wurde ([Elliott et al., 2013](#)) und später den Namen Emotionsfokussierte Therapie erhielt ([Greenberg, 2015](#); [Greenberg & Johnson, 1988](#); [Greenberg & Paivio, 1997](#); [Greenberg et al., 1993](#)). Inzwischen konnte die Wirksamkeit der EFT durch zahlreiche kontrollierte randomisierte Studien nachgewiesen werden ([Timulak et al., 2019](#)) und sie wird durch die 12. Division der APA (American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice) als empirisch gestütztes Verfahren zu Behandlung von Depressionen aufgeführt (APA, 2006).

Die EFT für Paare ([Greenberg & Johnson, 1988](#); [Johnson, 2004](#); [Greenberg & Goldman, 2008](#)) ist eines der wirksamsten Verfahren zur Behandlung partnerschaftlicher Schwierigkeiten und zur Förderung partnerschaftlicher Zufriedenheit ([Alexander et al., 1994](#); [Johnson & Greenberg, 1985](#); [Johnson et al., 1999](#)). Empirische Evidenz

liegt auch für die Emotionsfokussierte Gruppentherapie vor ([Robinson et al., 2014](#)). Obwohl die EFT von ihrem Entstehungshintergrund her ein störungsübergreifendes Therapieverfahren ist, wurde sie dem Zeitgeist der Psychotherapie entsprechend in den letzten zehn Jahren an verschiedene Störungsbilder adaptiert und empirischer Prüfung unterzogen. Empirische Evidenz liegt vor für die Behandlung von Depressionen ([Goldman et al., 2006](#); [Greenberg & Watson, 1998](#); [Watson et al., 2003](#)), generalisierten Angststörungen ([Timulak & McElvaney, 2017](#); [Watson et al., 2017](#)), sozialen Ängsten ([Elliott, 2013](#); [Shahar, 2014](#); [Shahar et al., 2017](#)), komplexe Traumafolgestörungen ([Paivio et al., 2010](#)), Essstörungen ([Wnuk et al., 2015](#)) und Folgen chronischer Krankheit ([McLean et al., 2013](#)).

2 Entstehung und Behandlung emotionaler Schwierigkeiten

Emotionaler Schmerz birgt die Erinnerung an unerfüllte existentielle Bedürfnisse und hilft uns, zu fühlen und zu verstehen, was wir wirklich brauchen. Deshalb ist das Fühlen von emotionalem Schmerz ein produktiver Zustand. Man muss ihm allerdings den Beigeschmack der Katastrophe nehmen.

2.1 Transdiagnostische Perspektive

Offizielle nosologische Klassifikationssysteme für psychische Störungen wie das DSM und ICD definieren Psychopathologie als distinkte, unabhängige und kategoriale Konstrukte. Dies impliziert, dass Klienten entweder eine psychische Störung haben oder nicht haben (kategorial), dass die diagnostischen Kategorien sich nicht überlappen (distinkt sind) und dass das Vorhandensein einer psychischen Störung nicht die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer anderen psychischen Störung erhöht. Sowohl die klinische Praxis wie auch die empirische Forschung stützen diese Annahmen nicht ([Krueger & Eaton, 2015](#)).

Aus phänomenologischer Sicht können bei unterschiedlichen Störungsbildern ähnliche dysfunktionale emotionale Verarbeitungsprozesse beobachtet werden, z. B. Emotionsvermeidung, Emotionsregulationsschwierigkeiten (Über- oder Unterregulation) oder maladaptives emotionales Erleben, d. h. den unterschiedlichen

Störungsbildern scheinen dieselben emotionalen Verarbeitungsprobleme zugrunde zu liegen. Typischerweise sind diese emotionalen Verarbeitungsprozesse auch prädiktiv für die Entwicklung psychischer Belastungen oder Störungen. Wenn negative Emotionen schlecht toleriert werden können, kann das zu Emotionsregulationsproblemen führen. Diese wiederum sind Prädiktoren für die Entwicklung psychischer Störungen (Barlow et al., 2004, 2017; Gross, 2007).

Dementsprechend bewegt sich der Trend in der klinischen Psychologie weg von kategorialen (ICD und DSM) hin zu transdiagnostischen Klassifikationssystemen und Behandlungsansätzen (z. B. Barlow et al., 2004, 2017). Für Kliniker hat dies den enormen Vorteil, dass die Realität besser abgebildet wird und dass nicht für jedes Störungsbild ein neues Manual erlernt und appliziert werden muss, wie dies in der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) heute die Regel ist. Darüber hinaus erschwert das häufige Vorhandensein von Komorbidität die Auswahl einer Primärstörung, auf welche sich die Behandlung konzentrieren soll (welches Manual soll angewendet werden?). Die Fülle an verschiedenen Manualen macht die Ausbildung, die Verbreitung und die Implementierung von wirksamer Psychotherapie schwerfällig. All diese Probleme untermauern den Wert und die Wichtigkeit „transdiagnostischer“, d. h. störungsübergreifender Psychotherapieansätze. Transdiagnostische Ansätze funktionieren ähnlich wie Breitband-Psychopharmaka. Diese sind in einem gewissen Maß auch transdiagnostisch. So wirken z. B. Antidepressiva bei mehreren Formen von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen (Müller, 2000).

Barlow und Kollegen (2004, 2017) entwickelten für die Behandlung verschiedener Angststörungen mit dem „Unified Protocol“ ein störungsübergreifendes Manual. Die Wirksamkeit dieser transdiagnostischen Verhaltenstherapie

konnte in einer randomisierten, kontrollierten Studie nachgewiesen werden. Das „Unified Protocol“ bietet eine einheitliche Sichtweise von Psychopathologie und psychotherapeutischer Behandlung. Gemäß Barlow und Kollegen ist ein dysfunktionaler Umgang mit negativen Gefühlen (Vermeidung) ursächlich für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Schwierigkeiten. Das „Unified Protocol“ unterstützt entsprechend Klienten in einer erhöhten Akzeptanz negativen Emotionen gegenüber und hilft ihnen, Emotionsvermeidung zu reduzieren.

Die EFT folgt einem humanistisch-existentiellen Ansatz. Sie wurde in den 1980er Jahren entwickelt und war von Anfang an ein transdiagnostischer Behandlungsansatz. Sie basiert auf der simplen Beobachtung, dass Klienten, welche psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, unter *wiederkehrenden schlechten Gefühlen leiden* und einen *ungünstigen Umgang damit* haben. Daraus lässt sich der simple Schluss ziehen, *dass Veränderungen im Erleben und eine veränderte Beziehung zum Erleben* die Schlüssel für tiefgreifende Veränderung und verbessertes Wohlbefinden sind. In den folgenden Jahrzehnten untersuchte die EFT mittels Prozess-Outcome-Studien, wie in relevanten Therapiesequenzen gearbeitet wurde, in denen es zu tiefgreifenden Veränderungen im Erleben der Klienten kam. Bei Prozess-Outcome Studien werden wichtige Prozessvariablen (z. B. Verarbeitungstiefe oder emotionale Aktivierung des Klienten) mit dem Therapieergebnis in Beziehung gebracht. Dies war im damals herrschenden Zeitgeist der Klinischen Psychologie und Psychotherapieforschung, in welchem randomisierte kontrollierte Studien („randomized controlled trials“, RCTs) als Goldstandard galten, außergewöhnlich.

So zum Beispiel untersuchten Adams und Greenberg (1999) den Zusammenhang zwischen therapeutischen Interventionen, der Verarbeitungstiefe der Klienten und dem Therapieergebnis. Der Fokus der therapeutischen

Angebote (auf tieferliegendes Erleben) beeinflusst die Verarbeitungstiefe der Klienten, welche wiederum mit einem positiven Therapieergebnis korrelierte. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten bildeten die wissenschaftliche Grundlage der EFT.

Die meisten Ansätze der dritten Welle fokussieren auf Emotionen und den Umgang damit, zum Beispiel die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) oder die Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP). Heute besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass psychische Störungen mit dem wiederkehrenden Erleben negativer Emotionen und einem ungünstigen Umgang damit zu tun haben.

Aus einer störungsübergreifenden Perspektive sind psychische Störungen durch vier Merkmale geprägt (Greenberg, 2021):

1. wiederkehrendes Erleben intensiver negativer Emotionen,
2. negative Reaktionen auf negative Emotionen und fehlende Akzeptanz der negativen Emotionen (Angst vor Kontrollverlust; Angst, nicht mit Kontrollverlust umgehen zu können; Angst, beim Erleben davon „auseinanderzufallen“),
3. negative Bewertung von Emotionen und
4. Bemühen, sich vor aversivem Erleben zu schützen, dieses abzuwehren, zu vermeiden oder zu reduzieren (vor oder nach dem Auftreten).

Der Schlüssel einer erfolgreichen Behandlung liegt darin, *die Beziehung zum eigenen Erleben zu verbessern*. Wenn Emotionen bewusst erlebt und toleriert werden, können diese auch verarbeitet, reguliert und transformiert werden. Dies zu tun, ist das Ziel der EFT. Auf die emotionalen Verarbeitungsschwierigkeiten, welche psychischen Störungen zugrunde liegen, wird in [Kap. 2.4.3](#) eingegangen. In [Kap. 2.5](#) werden die drei übergeordneten Prinzipien der EFT beschrieben (Emotionen bewusst erleben, regulieren und transformieren). Bevor dies

geschieht, widmen wir uns der Emotionstheorie und der Emotionsdiagnostik.

2.2 Emotionstheorie

Die EFT war der erste Therapieansatz, in welchem aus der Beobachtung klinischer Prozesse differenzielle Emotionskategorien beschrieben wurden. Es wird zwischen primären, sekundären und instrumentellen Emotionen sowie adaptiven oder maladaptiven Emotionen unterschieden. Mittlerweile werden die Bezeichnungen primäre und sekundäre Emotionen in der Psychotherapie breit verwendet ([Lammers, 2018](#)).

Die *differenzielle Arbeit mit unterschiedlichen Emotionstypen* wuchs aus der klinischen Praxis und der Erforschung der Veränderungsmomente in der Therapie ([Greenberg, 2015](#)). Das Erkennen unterschiedlicher Emotionstypen ist eine der wichtigsten Fertigkeiten von Therapeuten, die mit Emotionen arbeiten. Die Emotionsdiagnose ist eine *prozessorientierte Diagnose*, d. h. Therapeuten folgen der emotionalen Selbstorganisation ihrer Klienten Moment für Moment und geben eine Richtung für die therapeutische Arbeit vor (Emotionen werden bewusst erlebt, reguliert oder transformiert, [Kap. 2.5](#)). Neben der prozessorientierten Emotionsdiagnostik fokussieren EFT-Therapeutinnen immer auch darauf, wie Klientinnen mit ihren Emotionen umgehen („emotionale Produktivität“, [Kap. 2.2.2](#)). Sind die Gefühle ausreichend reguliert, differenziert und symbolisiert? Hat der Klient überhaupt einen Zugang zu seinem Erleben? Kann er seine Gefühle wahrnehmen und verstehen? Emotionale Verarbeitung bedingt, dass Klientinnen produktiv mit ihren Emotionen umgehen.

Die Emotionsdiagnostik und die emotionale Produktivität eines Klienten sind wichtige Orientierungssysteme

emotionsfokussierter Therapeuten. Sie haben sich für den Therapieprozess als wertvollere Navigationssysteme erwiesen als klinische Diagnosen ([Kap. 2.1](#)).

2.2.1 Emotionsdiagnostik

Die Emotionsdiagnostik ist ein Leitfaden, an dem sich Therapeuten Moment für Moment orientieren können. Emotionen geben die Indikation für die nächste therapeutische Aufgabe oder Intervention. Wir unterscheiden zwischen primären Emotionen, sekundären und instrumentellen Emotionen. *Primäre Emotionen* können *adaptiv* (hilfreich) oder *maladaptiv* (nicht hilfreich) sein. *Sekundäre Emotionen* sind Reaktionen auf ein primäres Erleben, welches sie überdecken. *Instrumentelle Emotionen* sind erlernte Reaktionen mit einer interpersonellen Funktion.

Adaptive Emotionen (primär)

Primär adaptive Emotionen sind unsere automatischen und unmittelbaren Reaktionen im Hinblick auf eine Situation (ein unmittelbar einschließendes Bauchgefühl). Es können biologisch basierte Emotionen wie Traurigkeit, Wut oder Neugierde sein, aber auch komplexe Emotionen wie Eifersucht, Dankbarkeit oder Zuneigung. Adaptive Emotionen sind weder über- noch unterreguliert, sie passen zur Situation und *lösen eine vorwärtsgerichtete Reaktionsbereitschaft* aus, welche uns hilft, eine Situation *im Sinne der Bedürfnisse* unseres Organismus zu meistern ([Greenberg et al., 1993](#); [Elliott et al., 2013](#); Greenberg, 2015). Ein guter Zugang zu und das Nutzen von adaptiven Emotionen korrelieren mit psychischer Gesundheit und mit Wohlbefinden. So zum Beispiel hilft uns Traurigkeit nach Verlust, auf Menschen zuzugehen, welche uns Trost und

Sicherheit spenden können oder sie hilft uns, uns zurückzuziehen, wenn wir alleine mit unserem Schmerz sein wollen. Auch selbstbehauptende Wut ist eine adaptive Emotion, die sich einstellt, wenn wir uns ungerecht behandelt fühlen oder wenn einer uns nahestehenden Person Kummer droht. Selbstbehauptende Wut ist eine starke Energie, die uns hilft, uns abzugrenzen und uns zu schützen. Ohne adaptiven Ärger können wir nicht für uns eintreten und für unsere Rechte kämpfen. Ekel ist eine Emotion, die wir wahrnehmen, wenn jemand oder etwas toxisch für uns ist. Wenn wir Ekel empfinden, ist der Handlungsimpuls, das toxische Etwas auszuspucken oder Distanz zu der Person herzustellen, die wir als toxisch erleben.

Adaptive Emotionen sind wichtige Informationsträger. Sie informieren uns darüber, was uns guttut und was nicht. Sie helfen uns zu bekommen, was wir brauchen oder uns vor etwas zu schützen, das uns schadet. Wenn es uns gelingt, unsere adaptiven Emotionen wahrzunehmen und zu verstehen, dienen sie uns als wichtiger Kompass für Bedürfnisbefriedigung und für ein gutes und erfülltes Leben. Bedürfnisbefriedigung korreliert mit psychischer Gesundheit ([Grawe, 1998, 2004](#)). Adaptive Emotionen fühlen sich nicht immer gut an, sie können auch schmerzhaft und belastend sein. Eifersucht oder Scham sind schwer auszuhalten. Dennoch sind sie – sofern sie zur Situation passen – wichtige Informationsquellen. Sie sagen uns, was wir gerne hätten und nicht haben (Eifersucht) oder dass wir etwas Verwerfliches getan haben. In der Paartherapie ist das Erleben und Ausdrücken von Scham nach einer außerehelichen Affäre der wichtigste Prädiktor für Vergebung ([Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019](#)). Das Erleben und Ausdrücken aufrichtiger und tiefer Scham vonseiten des Betrügers fördert weichere Emotionen wie Mitgefühl, Traurigkeit und Vergebung bei der betrogenen Partnerin. Adaptive Emotionen helfen uns, konstruktiv mit

der Situation umzugehen, in der wir uns befinden und sie verändern sich mit der gewandelten Situation. Sie fühlen sich frisch und lebendig an, auch wenn sie schmerzhaft sind.



Adaptive Emotionen sind unsere unmittelbaren, primären emotionalen Reaktionen in einer Situation. Es sind „gesunde“ Emotionen, die uns gute und wichtige Informationen über unsere Bedürfnisse und Ziele in einer Situation geben und uns schnell und automatisch wichtige Reaktionsbereitschaften zur Verfügung stellen, die uns helfen, gut mit der Situation umzugehen. In der Therapie möchten wir adaptive Emotionen zugänglich machen, um sie nutzen (utilisieren) zu können. Zudem helfen sie uns, maladaptive („ungesunde“) Emotionen zu transformieren (Kap. 2.5.3).

Maladaptive Emotionen (primär)

Maladaptive primäre Emotionen sind ebenfalls automatische, unmittelbar einschließende emotionale Reaktionen, aber sie basieren auf alten traumatischen Lernerfahrungen in der Kindheit (Greenberg & Paivio, 1997), auf ungünstigen Interaktionen mit primären Bezugspersonen sowie einer misslungenen dyadischen Affektregulation in der Kindheit (Schore, 2003; Stern, 1985) (Kap. 2.4). Im Gegensatz zu adaptiven Emotionen verändern sie sich nicht mit der sich wandelnden Situation, sondern sie sind die zähen, wiederkehrenden, belastenden emotionalen Zustände, die „Same Old Story“ (Angus & Greenberg, 2011), die sich wie ein roter Faden durch unser gesamtes Leben zieht (z. B. „ich bin wertlos“ oder „ich bin alleine“). Maladaptive Emotionen stellen rückwärtsgewandte Reaktionsmuster zur Verfügung, welche helfen sollen, uns vor verletzenden Erfahrungen zu schützen (wenn ich mich als wertlos erlebe und keine Nähe zulasse, kann ich auch nicht verletzt oder enttäuscht werden). Damit haben sie eine wichtige Schutzfunktion, aber sie sind nicht hilfreich bei der Befriedigung positiver

Bedürfnisse (eine nahe und befriedigende Beziehung eingehen). Das Erleben maladaptiver Emotionen ist subjektiv deshalb so belastend, weil sie stark mit dem Selbsterleben und der Identität verknüpft sind (z. B. „ich bin schutzlos“, „ich bin schwach und machtlos“, „ich bin unzulänglich“).

Phänomenologisch können *drei verschiedene maladaptive Selbstorganisationen* unterschieden werden, welche durch maladaptive Emotionen genährt werden (Greenberg, 2015):

1. eine *schambasierte Selbstorganisation* („*bad-me*“), basierend auf negativen Erfahrungen bezüglich der Identität („ich bin anders als die anderen“, „mit mir stimmt etwas nicht“) oder infolge negativer Bindungserfahrungen wie Vernachlässigung („ich bin es nicht wert, umsorgt zu werden“, „ich bin unwichtig und bedeutungslos“),
2. eine auf *Einsamkeit und Traurigkeit basierende Selbstorganisation* („*lonely-me*“) („ich bin alleine“ „ich bin unverbunden“, „niemand ist für mich da“) und
3. eine *angstbasierte Selbstorganisation* („*weak-me*“), in welcher das Selbst als schwach, unsicher und vulnerabel erlebt wird. Bei der angstbasierten Selbstorganisation gibt es einerseits Angst infolge traumatischer Bindungserfahrungen („ich bin schutzlos“ „ich werde durch andere vereinnahmt“) mit dem Handlungsimpuls, sich von der Gefahrenquelle zu entfernen und Distanz herzustellen. Andererseits gibt es auch Angst infolge fehlender Unterstützung („ich bin schwach und kann alleine nicht überleben“), was eine annäherungsorientierte Reaktionsbereitschaft zur abwesenden Bindungsperson auslöst.

Weil diese Emotionen so schmerzhaft sind, werden sie auch als „Core Pain“ oder Kernschmerz bezeichnet. Da wir versuchen, unseren Organismus vor Schmerzen zu bewahren, schützen wir uns vor dem Erleben von maladaptiven Emotionen. Viele Klienten haben intensive Angst davor, ihre innere Stabilität zu verlieren, „auseinanderzufallen“, und nicht mit dem Schmerz umgehen zu können, wenn sie mit ihm in Kontakt kommen (Bolger, 1999; Greenberg & Bolger, 2001, Greenberg, 2021). Aus diesem Grund werden maladaptive Emotionen häufig zusammen mit Angst erlebt, die vor dem schmerzhaften Erleben schützen soll (Weston, 2018).



Maladaptive Emotionen sind „ungesunde“ emotionale Reaktionen, die auf ungünstigen Lernerfahrungen in der Vergangenheit beruhen. Sie sind tief, schmerzhaft und fühlen sich häufig bedrohlich an, weil sie sich auf das Selbst und die Identität beziehen (z. B. „ich bin nicht okay“, „ich bin schwach“, „ich bin allein“). In der Therapie möchten wir maladaptive Emotionen zugänglich und erlebbar machen, um sie transformieren zu können (Kap. 2.5.3).

Sekundäre Emotionen

Sekundäre Emotionen sind Reaktionen auf primäres adaptives oder maladaptives Erleben. Sie haben die Funktion, dieses zu überdecken oder uns vor dem Erleben der primären Emotion zu schützen. Sie sind ein Lösungsversuch im Umgang mit nicht tolerierbarem oder als bedrohlich wahrgenommenen primären Erleben. Häufig basieren sekundäre Emotionen auf ungünstigen Lernerfahrungen (z. B. lernt ein Kind seine Vulnerabilität mit Wut zu überdecken, falls es sich in seiner Verletzlichkeit nicht gesehen fühlt) und sie werden auch durch kulturelle Normen und Geschlechtsstereotypen geprägt. In der männlichen Sozialisation wird der Ausdruck von Vulnerabilität sanktioniert. Daher beobachten wir bei Männern häufiger sekundäre Wut, die Angst, Unsicherheit, Traurigkeit oder Unzulänglichkeit überdeckt. Mädchen hingegen lernen in der Kindheit häufiger, dass es unerwünscht und unweiblich ist, sich wütend zu zeigen. Dementsprechend haben viele Frauen einen einfacheren Zugang zu Hoffnungslosigkeit oder Traurigkeit als zu Wut. Sekundäre Emotionen sind also Gefühle über Gefühle. Angst über die Wut, Scham bezüglich der eigenen Angst, Wut über die eigene Bedürftigkeit, Schuld über Ärger. Auch Gedanken können sekundäre Emotionen auslösen.

In der EFT werden symptomatische Emotionen wie Panik bei Angststörungen oder Hoffnungslosigkeit bei Depression ebenfalls als sekundäre Emotionen kategorisiert. Die klinische Praxis hat gezeigt, dass solche sekundären

Emotionen häufig durch darunterliegende schmerzhaft maladaptive Emotionen genährt werden, bei depressiven Klienten liegt unter der depressiven Hoffnungslosigkeit häufig ein tiefes Gefühl von Wertlosigkeit, bei Angststörungen findet sich unter der symptomatischen Angst häufig ein tiefes Gefühl von Ohnmacht oder Schwäche.

Sekundäre Emotionen sind häufig global und diffus („Global Distress“, [Pascual-Leone & Greenberg, 2007](#)). Sie können ein Gemisch aus verschiedenen Emotionen sein, z. B. mischt sich in sekundäres Jammern, Wut, Traurigkeit, Ohnmacht und Ironie. Eine Klientin hat zum Beispiel eine wütende Stimme, dabei laufen ihr die Tränen übers Gesicht, während sie mit erstickter Stimme über etwas spricht und sich immer wieder durch Lachen unterbricht. Sekundäre Emotionen werden also häufig nicht kongruent ausgedrückt. Für uns Therapeutinnen ist ein Erkennungsmerkmal, dass sie uns nicht in gleichem Maße berühren wie dies primäre Emotionen tun. Primäre Emotionen, seien sie adaptiv oder maladaptiv, lösen beim Gegenüber häufig eine empathische Reaktion aus, wir sind berührt, schwingen mit, können in die Welt des anderen eintauchen, wissen, wovon er spricht. Sekundäre Emotionen hingegen lösen häufig Irritation aus, weil sie nicht fassbar sind. Für die Emotionsdiagnostik können wir also uns selbst als Resonanzkörper nutzen. In der EFT wollen wir sekundäre Emotionen validieren, aber nicht da stehen bleiben, sondern weiter empathisch vertiefen, um an primäres Erleben zu gelangen.



Sekundäre Emotionen sind Reaktionen auf primäre Emotionen (adaptiv oder maladaptiv) oder Kognitionen, welche das primäre Erleben verdecken. In der Therapie müssen sekundäre Emotionen vertieft werden, da die Arbeit mit ihnen keine therapeutische Veränderung bringt.

Instrumentelle Emotionen

Instrumentelle Emotionen tauchen in zwischenmenschlichen Situationen auf und sie haben die Funktion, beim Gegenüber eine bestimmte Reaktion auszulösen. Sachse (2018, 2019) spricht von „interaktionellen Spielen“. Manche Menschen haben nicht gelernt, ihre Bedürfnisse adäquat auszudrücken und versuchen diese auf einer „sekundären Spielebene“ zu befriedigen. Instrumentelle Emotionen zu zeigen ist ein gelerntes Verhalten, das in der frühen Kindheit aufgrund eines emotional invalidierenden Umfeldes erworben wurde. In der Vergangenheit waren sie eine funktionale Überlebensstrategie. Im Erwachsenenalter sind instrumentelle Emotionen die bestmögliche Lösung, die dem Klienten in diesem Moment zur Verfügung steht, um mit schwierigen Situationen umzugehen. Aufgrund ihres instrumentellen Charakters haben sie jedoch lang- und mittelfristig negative Konsequenzen und bewirken häufig das Gegenteil dessen, was intendiert war oder gebraucht wird. Beispiele für instrumentelle Emotionen im Therapiesetting sind einschüchternde Wut, die beim Gegenüber Angst und unterwürfiges Verhalten begünstigen, oder Krokodilstränen und demonstrative Bedürftigkeit, die beim Gegenüber ein Schonverhalten auslösen. Suizidale Äußerungen können auch instrumentell sein.

Instrumentelle Emotionen sind häufig nicht bewusst. Im Therapiesetting versuchen wir, die instrumentellen Emotionen zu benennen und ihre Funktion herauszuarbeiten. Es ist hilfreich, dabei eine kongruente Haltung einzunehmen und durch hilfreiche Transparenz auszudrücken, was die instrumentelle Emotion bei uns auslöst (Kap. 4).

Instrumentelle Emotionen sind ein gelerntes emotionales Verhalten



oder ein emotionaler Ausdruck mit dem Ziel, beim Gegenüber eine bestimmte emotionale Reaktion oder Verhalten auszulösen. In der Therapie werden instrumentelle Emotionen markiert und benannt und es wird gemeinsam versucht, ihre Funktion herauszuarbeiten.

2.2.2 Emotionale Produktivität

Neben der Emotionsdiagnostik ist die emotionale Produktivität (Auszra et al., 2013, 2017; Greenberg et al., 2007) von Klienten der zweite wichtige Aspekt der Prozessdiagnose. Emotionale Produktivität beschreibt, wie emotionale Verarbeitung in der Therapie stattfinden muss, damit es zu Veränderung kommt. Denn um Emotionen zu verändern, reicht es nicht aus, diese zu aktivieren. Emotionale Produktivität war in Studien ein wichtiger Prädiktor für Therapieerfolg (u. a. Auszra et al., 2013). Das Konstrukt hat drei Dimensionen:

1. Die erste Dimension bezieht sich auf die emotionale Aktivierung. Klienten müssen ihre *Emotionen bewusst erleben*, damit diese verarbeitet und verändert werden können. Dieses Prinzip entspricht einem schulenübergreifenden Wirkmechanismus der „prozessualen Aktivierung“ (Grawe, 1998, 2004). Nur was erlebt wird, kann verändert werden. Über ein Gefühl zu reden reicht also nicht aus.
2. Die zweite Dimension bezieht sich auf den Emotionstyp. Tiefgreifende und nachhaltige Veränderungen im Erleben finden dann statt, wenn in der Therapie *primäre Emotionen* aktiviert werden. Man kann einen Ort erst verlassen, wenn man dort angekommen ist. Das Verändern einer maladaptiven Scham bedingt, dass diese zugänglich gemacht und erlebt wird, auch wenn dies äußerst schmerzhaft ist. Eine der wichtigsten und schwierigsten Aufgaben einer EFT-Therapeutin besteht darin, sekundäre und instrumentelle Emotionen zu vertiefen und zum Kernschmerz vorzudringen.
3. Die dritte Dimension betrifft die Art und Weise, *wie Klienten mit ihren Emotionen umgehen*, damit diese verarbeitet werden können.

Für die Art der Verarbeitung spielen sieben Merkmale eine Rolle (Abb. 2.1), welche im Folgenden beschrieben werden (Auszra & Greenberg, 2007; Greenberg et al., 2007; Auszra et al., 2013).

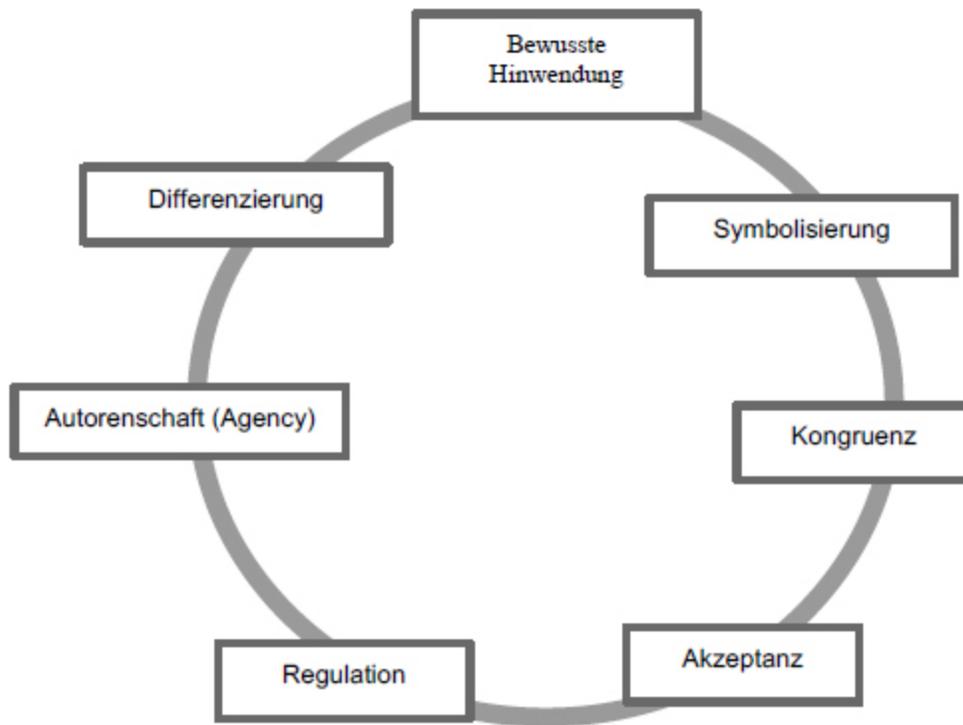


Abbildung 2.1: Aspekte der emotionalen Produktivität (adaptiert nach [Ausra & Greenberg, 2007](#); [Greenberg et al., 2007](#); [Ausra et al., 2013](#))

Bewusste Hinwendung

Damit es zu emotionaler Veränderung kommen kann, müssen sich Klienten ihrem Erleben zuwenden, den Fokus darauf richten, eine neugierige Haltung einnehmen, mit dem Erleben Kontakt aufnehmen und das Gefühl erlauben. Im Therapiealltag kommt es häufig vor, dass Klienten emotional aktiviert sind, ohne dass sie sich dessen gewahr sind. Eine Klientin kann zum Beispiel relativ neutral über einen Vorfall berichten, ohne sich bewusst zu sein, dass Ärger in ihrer Stimme mitschwingt oder sie einen traurigen Blick hat. Die Aufgabe der Therapeutin wäre es in diesem Moment, die Klientin darin zu unterstützen, sich diesem implizit aktivierten, somatisch manifestierten, bis jetzt wortlosen und vorbewussten Erleben zuzuwenden, um dessen konstituierende Elemente zu erkennen, diese in eine kongruente Form zu bringen und ihnen Bedeutung zuzuschreiben. Eine Möglichkeit dies zu tun wäre eine

Prozessbeobachtung der Therapeutin, in welcher sie das Unsichtbare expliziert, zum Beispiel: „Während Sie das sagen, verändert sich etwas im Tonfall Ihrer Stimme. Es kommt etwas Hartes dazu und ich sehe, wie Ihr Körper sich anspannt. Können Sie einen Moment innehalten und prüfen, was Sie gerade erleben, während Sie das sagen?“

Symbolisierung

Therapeutische Veränderung kann dann geschehen, wenn Erleben in Worte gefasst wird. Erleben ohne Symbolisierung bringt keine Veränderung. Erleben ohne Symbolisierung ist nicht produktiv. Mit Symbolisierung ist nicht nur gemeint, dass Klienten Emotionslabels finden (z. B. „ich bin wütend“), sondern dass sie Reaktionsbereitschaft ausdrücken („es ist dieses unangenehme Gefühl, dass ich mich am liebsten ganz klein machen und verstecken würde“) oder Metaphern für ihr Erleben finden („es fühlt sich an, als würde ich an einem Seil an einer Mauer hängen ohne jemals fähig zu sein, die Mauer zu besteigen“). Die Aufgabe der Therapeutin besteht dann darin, das Erleben weiter zu explorieren und die Symbolisierung zu elaborieren. EFT basiert auf dem Prinzip des dialektischen Konstruktivismus ([Kap. 2.3.3](#)). Erleben wird symbolisiert und ihm eine Bedeutung zugeschrieben. Diese Bedeutung wiederum hat einen Einfluss auf das Erleben.

Kongruenz

Damit es zu emotionaler Veränderung in der Therapie kommen kann, müssen Klienten ihre Emotionen kongruent zum Ausdruck bringen können. Es kann vorkommen, dass Klienten im Ausdruck ihres Erlebens inkongruent sind. Was sie sagen, passt nicht zur Art und Weise, wie sie es sagen. Sie erzählen z. B. etwas Trauriges und lachen dazu. Oder

sie haben eine limitierte Stimme, während sie etwas Ärgerliches erzählen. Die limitierte Stimme gibt Hinweise darauf, dass Klienten ihre Emotionen unterdrücken und zurückhalten. Es ist eine erstickte, leise und flache Stimme (Rice & Wagstaff, 1967). Dies können Hinweise darauf sein, dass das Erleben noch nicht voll zugelassen wird (Kap. 2.3.4), dass Elemente davon erlebt werden, aber noch unterbrochen, gehemmt oder unvollständig. Erleben kann aus unterschiedlichen Gründen blockiert oder fragmentiert sein (Kap. 2.4.3). Manchmal ist es die Angst, vom Gefühl weggeschwemmt zu werden, wenn es zugelassen wird, Angst vor Kontrollverlust, Angst auseinanderzufallen oder es handelt sich um ein abgespaltenes Gefühl („disowned emotions“, Watson & Greenberg, 2017). Die Aufgabe der Therapeutin besteht darin, den kongruenten Ausdruck einer zuvor unterdrückten, abgespaltenen oder blockierten Emotion zu unterstützen. Die wichtigste Voraussetzung dafür ist ein sicherer, wohlwollender therapeutischer Kontext, in dem sich die Klientin eingeladen fühlt, dem Tiger ins Auge zu schauen und sich ins Auge die Tsunamis zu begeben.

Regulation

Damit es in der Therapie zu Veränderungen kommen kann, müssen wir mit regulierten Emotionen arbeiten. Regulierte Emotionen können genutzt, verarbeitet und verändert werden. In produktiven Therapiesequenzen erleben Klienten ihre Emotionen, aber sie haben auch eine ausreichende Arbeitsdistanz, welche es ermöglicht, über das Erleben zu reflektieren und dieses zu symbolisieren. Die Emotionsregulation ist eine wichtige Aufgabe von EFT-Therapeuten. Wir unterstützen sozusagen die Klienten darin, den Heizkörper auf die richtige Temperatur einzustellen. Wenn dieser zu kalt ist und die Emotionen nicht zugänglich sind, müssen diese heraufreguliert

werden. Ist der Heizkörper zu heiß, müssen die Emotionen hinunterreguliert werden ([Kap. 2.5.2](#), [Kap. 3.4](#)).

Akzeptanz

Ein weiteres Merkmal eines produktiven Umgangs mit Emotionen ist deren Akzeptanz. Diese muss vor allem bei belastenden, schmerzhaften, subjektiv als unangenehmen oder bedrohlich erlebten Emotionen gefördert werden. Hinweise auf fehlende Akzeptanz sind bewertende Kommentare von Klienten („ich hasse es, mich so schwach zu fühlen“ oder „ich weine nicht gerne vor anderen“), Äußerungen von Angst oder Unbehagen über das Erleben („wenn ich in dieses Gefühl hineingehe, komme ich nie mehr hinaus“) oder die Beobachtung von körperlicher Anspannung (steifer Nacken, überschlagene Beine, gekreuzte Arme, angehaltener Atem) und einer limitierten Stimme. Eine der wichtigsten und übergeordneten Aufgaben in der EFT ist es, die Annäherung an schmerzhaftes Erleben zu fördern und voranzutreiben, den Kernschmerz zu identifizieren und „dem Schmerzkompass zu folgen“.

Autorenschaft („agency“)

Ein produktiver Umgang mit Erleben bedeutet auch, dass sich Klienten als aktive Autoren ihrer Emotionen erleben und nicht als passive Opfer. Das bedeutet, dass Klienten Verantwortung für ihr Erleben übernehmen und ihr Erleben als Konstruktion ihrer selbst und ihrer subjektiven Realität anerkennen ([Greenberg, 2015](#)) ([Kap. 2.3.3](#)). Hinweise auf fehlende Autorenschaft finden sich zum einen bei Klienten mit externalem Fokus („die Gesellschaft ist schuld an meinem Versagen“). Zum anderen findet sich dies auch bei Klienten, die keine Motivation zeigen, an sich oder ihren Emotionen zu arbeiten, sondern die Lösung

ihrer Probleme in der Veränderung des Gegenübers sehen („wenn mein Mann endlich lernen würde, empathischer zu sein, wäre meine Depression im Nu weg“) oder darin, dass sich die Umstände ändern („sobald ich eine neue Arbeitsstelle habe, werde ich mich selbstbewusst fühlen“). Zuletzt findet sich fehlende Autorenschaft auch bei Klienten, die ihre Emotionen wie Symptome behandeln, die sie am liebsten loswerden möchten („es spielt keine Rolle, was ich tue; wenn ich abends nach Hause komme, fühle ich mich von dieser Einsamkeit wie weggeschwemmt“ oder „ich habe mich schon ein Leben lang so gefühlt, das wird sich nicht mehr ändern“). Eine wichtige Aufgabe in der Therapie besteht in der Förderung der Autorenschaft, sodass sich Klienten als Subjekt ihres Erlebens erfahren. Dies geschieht z. B. im aktiven Umformulieren von Aussagen. Statt „er macht mich wütend“, laden wir Klienten ein, die Ich-Sprache zu benutzen, „ich bin wütend“.

Differenzierung

Um Emotionen nutzen, verarbeiten und transformieren zu können, müssen sie ausreichend differenziert erlebt werden. Häufig kommen Klienten mit einem globalen und undifferenzierten Gefühl in die Therapie („Global Distress“, [Pascual-Leone & Greenberg, 2007](#)). Die erste Aufgabe besteht darin, dieses unklare Gefühl zu differenzieren und alle Aspekte des Erlebens herauszuarbeiten. Emotionen sind kondensierte Träger wichtiger Informationen. Um diese entschlüsseln, verstehen und nutzen zu können, müssen die verschiedenen Emotionen ausdifferenziert und einzeln verarbeitet werden.

- Damit es in der Therapie zu Veränderungen kommt,
1. müssen Klienten Emotionen erleben (emotionale Aktivierung),
 2. müssen die erlebten Emotionen primär sein (adaptiv oder maladaptiv) und