



Lars Auszra
Imke R. Herrmann
Leslie S. Greenberg

Emotions- fokussierte Therapie

Ein Praxismanual

 hogrefe

Emotionsfokussierte Therapie

Lars Auszra
Imke R. Herrmann
Leslie S. Greenberg

Emotions- fokussierte Therapie

Ein Praxismanual

 **hogrefe**

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: ajari © Getty Images
Satz: Matthias Lenke, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2017
© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2425-5; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2425-6)
ISBN 978-3-8017-2425-2
<http://doi.org/10.1026/02425-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das Entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

“There is a crack in everything, that’s how the light gets in”

Leonard Cohen

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	15
Einleitung	16
1 Theoretische Grundlagen	23
1.1 Emotionen	23
1.1.1 Emotionen als Informationsverarbeitungs- und Problemlösesystem	23
1.1.2 Emotionen als grundlegender Modus der Verarbeitung	24
1.2 Emotionale Schemata	25
1.2.1 Zwei Formen emotionaler Reaktionen	25
1.2.2 Die Entstehung emotionaler Schemata	26
1.2.3 Die Funktionsweise emotionaler Schemata	27
1.2.4 Die Entstehung dysfunktionaler emotionaler Schemata	29
1.2.5 Emotionale Schemata und der psychotherapeutische Prozess	30
1.3 Dialektischer Konstruktivismus	31
1.3.1 Eine dialektisch-konstruktivistische Sicht der menschlichen Funktionsweise	31
1.3.2 Eine dialektisch-konstruktivistische Sicht des Prozesses therapeutischer Veränderung	33
1.3.3 Die dialektisch-konstruktivistische Sicht auf kognitive vs. emotionale Veränderung	35
1.3.4 Schlussfolgerung	36
2 Theorie therapeutischer Veränderung	37
2.1 Klinische Emotionstheorie	38
2.1.1 Primär adaptive Emotionen	38
2.1.2 Primär maladaptive Emotionen	40
2.1.3 Sekundär reaktive Emotionen	41
2.1.4 Instrumentelle Emotionen	42
2.2 Theorie der Entstehung emotionaler Schwierigkeiten	43
2.2.1 Implizite Verarbeitungsprozesse	44
2.2.1.1 Primär maladaptive emotionale Schemata	44
2.2.1.2 Defizite in der impliziten Emotionsregulation	45
2.2.2 Explizite Verarbeitungsprozesse	46
2.3 Theorie emotionaler Verarbeitung bzw. Veränderung	48
2.3.1 Das Konstrukt der emotionalen Verarbeitung	48
2.3.2 Prinzipien emotionaler Verarbeitung bzw. Veränderung	48

2.3.2.1	Bewusstheit/Gewahrsein	49
2.3.2.2	Ausdruck	49
2.3.2.3	Regulation	49
2.3.2.4	Reflexion	50
2.3.2.5	Transformation	51
2.3.2.6	Korrigierende interpersonelle Erfahrung	52
2.4	Der Prozess therapeutischer Veränderung	52
3	Therapeutisches Vorgehen	58
3.1	Die Haltung des Therapeuten und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung	58
3.1.1	Emotionscoach	58
3.1.2	Prinzipien der Beziehungsgestaltung	59
3.1.2.1	Präsenz	59
3.1.2.2	Empathie	60
3.1.2.3	Wertschätzung und Kongruenz	62
3.1.2.4	Umgang mit Schwierigkeiten und Konflikten in der Beziehung	65
3.1.2.5	Einverständnis über Ziele und Methoden und gemeinsame Arbeit an therapeutischen Aufgaben	67
3.1.3	Die Prinzipien therapeutischen Handelns	68
3.1.3.1	Stellvertretender Informationsverarbeiter	68
3.1.3.2	Folgen und Leiten	69
3.1.3.3	Leiten in der Zone der nächsten Entwicklung	71
3.1.3.4	Therapeutische Aufgaben vorschlagen	71
3.1.3.5	Aufgaben zu Ende führen – den Fokus halten	72
3.1.3.6	Selbstentwicklung und Selbststärkung fördern	72
3.2	Wahrnehmungsfertigkeiten	73
3.2.1	Anzeichen für emotionale Aktivierung	73
3.2.2	Der Typus emotionalen Erlebens	75
3.2.3	Art der emotionalen Verarbeitung	81
3.2.3.1	Stimmqualität	81
3.2.3.2	Erlebenstiefe	82
3.2.3.3	Eindringlichkeit/Schmerzkompass	84
3.2.3.4	Emotionale Produktivität	86
3.2.4	Marker für spezifische emotionale Verarbeitungsprobleme	90
3.3	Interventionsfertigkeiten	95
3.3.1	Aktivieren	97
3.3.2	Vertiefen	100
3.3.2.1	Von sekundären Emotionen zu primären Emotionen hinleiten	100
3.3.2.2	Therapeutischer Umgang mit primär maladaptivem emotionalem Erleben	102

3.3.2.3	Therapeutischer Umgang mit primär adaptivem emotionalem Erleben	102
3.3.2.4	Therapeutischer Umgang mit instrumentellen Emotionen	103
3.3.3	Verarbeiten	104
3.3.3.1	Bewusstheit/Wahrnehmung	104
3.3.3.2	Ausdruck	106
3.3.3.3	Regulation	108
3.3.3.4	Reflexion	112
3.3.3.5	Transformation	114
3.3.3.6	Korrigierende interpersonelle Erfahrung	117
3.3.4	Einleiten und Begleiten von therapeutischen Aufgaben	118
3.4	Fallformulierung	118
3.5	Die Phasen der Therapie	128
4	Marker und Aufgaben	130
4.1	Empathie	130
4.1.1	Funktionen von Empathie	130
4.1.2	Komponenten von Empathie	131
4.1.2.1	Empathische Einstimmung	131
4.1.2.2	Empathische Kommunikation	133
4.1.2.2.1	Empathisches Verstehen	134
4.1.2.2.2	Empathisches Bestätigen	135
4.1.2.2.3	Empathische Exploration	135
4.1.2.2.4	Empathisches Evozieren	139
4.1.2.2.5	Empathisches Vermuten	139
4.1.2.2.6	Empathisches Zurückfokussieren	140
4.1.3	Prozessleitende Reaktionen	141
4.1.3.1	Prozessvorschläge	142
4.1.3.2	Erlebensbezogene Formulierungen	142
4.1.3.3	Erlebensorientiertes Unterweisen	142
4.1.4	Einsatz der Stimme	143
4.1.5	Die Aufgabe der empathischen Exploration	144
4.1.5.1	Der Marker	144
4.1.5.2	Die therapeutische Aufgabe	144
4.1.5.3	Ein Fallbeispiel	145
4.2	Empathisches Bestätigen bei Verletzlichkeit des Patienten	148
4.2.1	Das Phänomen	148
4.2.2	Der Marker	149
4.2.3	Das zugrunde liegende emotionale Verarbeitungsproblem	150
4.2.4	Die therapeutische Aufgabe	150
4.2.5	Der Veränderungsprozess	152

4.2.5.1	Der Marker	152
4.2.5.2	Erstes Vertiefen	153
4.2.5.3	Intensives Vertiefen – am tiefsten Punkt ankommen	154
4.2.5.4	Aufkommen von Resilienz	155
4.2.5.5	Erleichterung	156
4.2.5.6	Resiliente Neuorganisation, Selbstakzeptanz	157
4.2.6	Ein Fallbeispiel	157
4.2.7	Anwendung der Aufgabe	160
4.2.8	Häufige Schwierigkeiten	160
4.3	Focusing bei einem unklaren oder abwesenden felt sense	160
4.3.1	Das Phänomen	160
4.3.2	Der Marker	161
4.3.3	Das zugrunde liegende emotionale Verarbeitungsproblem	163
4.3.4	Die therapeutische Aufgabe	163
4.3.5	Der Veränderungsprozess	166
4.3.5.1	Der Marker	166
4.3.5.2	Den Patienten einladen, sich dem felt sense zuzuwenden bzw. unterstützen, einen felt sense entstehen zu lassen	168
4.3.5.3	Beschreibe den felt sense	170
4.3.5.4	Vergleiche die Beschreibung mit dem felt sense	172
4.3.5.5	Stelle dem felt sense Fragen	172
4.3.5.6	Nimm das Erlebte an und schütze es	174
4.3.5.7	Weiterführen (carrying forward)	174
4.3.6	Ein Fallbeispiel	175
4.3.7	Anwendung der Aufgabe	178
4.3.8	Häufige Schwierigkeiten	179
4.4	Systematisches evokatives Erschließen bei problematischen Reaktionen	179
4.4.1	Das Phänomen	179
4.4.2	Der Marker	180
4.4.3	Das zugrunde liegende emotionale Verarbeitungs- problem	181
4.4.4	Die therapeutische Aufgabe	181
4.4.5	Der Veränderungsprozess	183
4.4.5.1	Der Marker	184
4.4.5.2	Reaktivieren des Erlebens	185
4.4.5.3	Wechselweise Exploration der Stimulussituation und des emotionalen Erlebens	185
4.4.5.4	Identifikation des Zusammenhanges zwischen Stimulussituation und problematischer Reaktion (Bedeutungsbrücke)	186

4.4.5.5	Exploration zugrunde liegender emotionaler Schemata	187
4.4.5.6	Abwägen neuer Optionen im Umgang mit dem emotionalen Schema	188
4.4.6	Ein Fallbeispiel	188
4.4.7	Anwendung der Aufgabe	191
4.4.8	Häufige Schwierigkeiten	191
4.5	Zwei-Stuhl-Dialog bei Konflikten zwischen Selbstanteilen	192
4.5.1	Das Phänomen	192
4.5.2	Der Marker	192
4.5.3	Das zugrunde liegende Verarbeitungsproblem	194
4.5.4	Die therapeutische Aufgabe	195
4.5.5	Der Veränderungsprozess	196
4.5.5.1	Der Marker	197
4.5.5.2	Die Oppositionsphase	198
4.5.5.3	Kontaktphase	200
4.5.5.4	Integrationsphase	210
4.5.5.5	Abschluss	215
4.5.6	Ein Fallbeispiel	216
4.5.7	Anwendung der Aufgabe	221
4.5.8	Häufige Schwierigkeiten	222
4.6	Leerer-Stuhl-Dialog bei un abgeschlossenen Prozessen	222
4.6.1	Das Phänomen	222
4.6.2	Der Marker	223
4.6.3	Das zugrunde liegende emotionale Verarbeitungsproblem	224
4.6.4	Die therapeutische Aufgabe	225
4.6.5	Der Veränderungsprozess	227
4.6.5.1	Der Marker	227
4.6.5.2	Einstieg in den Leeren-Stuhl-Dialog	229
4.6.5.3	Differenzieren und Vertiefen	236
4.6.5.4	Ausdruck und Validierung unbefriedigter Bedürfnisse	243
4.6.5.5	Auflösung	244
4.6.6	Ein Fallbeispiel	250
4.6.7	Häufige Schwierigkeiten	259
4.6.8	Anwendung der Aufgabe	259
4.7	Zwei-Stuhl-Inszenierung bei selbstunterbrechenden Prozessen	259
4.7.1	Das Phänomen	259
4.7.2	Der Marker	260
4.7.3	Das zugrunde liegende emotionale Verarbeitungsproblem	262
4.7.4	Die therapeutische Aufgabe	263

4.7.5	Der Veränderungsprozess	264
4.7.5.1	Der Marker	265
4.7.5.2	Explorieren und Ausführen der selbst- unterbrechenden Handlung	266
4.7.5.3	Exploration der Wirkung der selbst- unterbrechenden Handlung	271
4.7.5.4	Aufkommende Gefühle und Bedürfnisse mit der Umwelt in Kontakt bringen	273
4.7.6	Ein Fallbeispiel	275
4.7.7	Anwendung der Aufgabe	279
4.7.8	Häufige Schwierigkeiten	279
4.8	Selbstberuhigungs- bzw. Selbsttröstungsdialog bei emotionalem Leiden	280
4.8.1	Das Phänomen	280
4.8.2	Der Marker	281
4.8.3	Das zugrunde liegende emotionale Verarbeitungs- problem	283
4.8.4	Die therapeutische Aufgabe	284
4.8.5	Der Veränderungsprozess	285
4.8.5.1	Marker	285
4.8.5.2	Aktivierung des leidenden Selbstanteils	286
4.8.5.3	Aktivieren des mitfühlenden Selbstanteils	289
4.8.5.4	Resilienz/Erleichterung	294
4.8.5.5	Übertragung auf den Alltag	295
4.8.6	Ein Fallbeispiel	296
4.8.7	Anwendung der Aufgabe	300
4.8.8	Häufige Schwierigkeiten	300
4.9	Schlussbemerkung	300
5	Anwendung der Emotionsfokussierten Therapie	302
5.1	Häufige Fragen	302
5.1.1	Indikationen – Wer ist geeignet?	302
5.1.2	Kontraindikationen – Wer ist nicht geeignet?	302
5.1.3	Therapiedauer – Wie viele Sitzungen?	303
5.1.4	Wie viele Informationen brauche ich vorab?	303
5.1.5	Integration mit symptomorientierten Vorgehensweisen?	304
5.2	Rationale	305
5.2.1	Warum beschäftigen wir uns mit Emotionen?	306
5.2.2	Inwiefern kann mir das Erleben von schmerzhaften Emotionen helfen?	307
5.2.3	Was ist der Sinn, in die Vergangenheit zurückzugehen?	308
5.2.4	Wie kann mir die Beschäftigung mit meinen Gefühlen bei meinen Symptomen/Verhaltensproblemen helfen?	309

5.3	Anwendung der EFT auf unterschiedliche Störungsbilder	310
5.3.1	EFT bei sozialer Phobie	311
5.3.2	EFT bei generalisierter Angst	313
5.3.3	EFT bei Depressionen	314
5.3.4	EFT bei posttraumatischen Schwierigkeiten	315
5.3.5	EFT bei Essstörungen	316
5.4	Hausaufgaben	317
5.4.1	Allgemeine Prinzipien	317
5.4.2	Hausaufgaben zur Förderung der emotionalen Verarbeitung	318
5.4.3	Hausaufgaben zur Unterstützung der Arbeit an spezifischen Schwierigkeiten der emotionalen Verarbeitung	319
5.5	Umgang mit typischen Schwierigkeiten	321
5.5.1	Herstellen eines emotionsfokussierten Fokus	322
5.5.2	Patienten unterstützen, die Schwierigkeiten haben, mit ihren Emotionen in Berührung zu kommen	324
5.5.2.1	Umgang mit motivational bedingten Schwierigkeiten	324
5.5.2.2	Umgang mit Skilldefiziten	327
6	Forschung	328
	Literatur	334
	Anhang	347
	EFT-Fallformulierung	349
	Emotionstagebuch	350
	Die Autoren des Bandes	351
	Sachregister	352

Danksagungen

Lars Auszra und Imke Herrmann möchten zunächst Leslie Greenberg danken, für alles!

Ebenso möchten wir Robert Elliott, Jeanne Watson, Rhonda Goldman und Sandra Paivio danken für die wunderbare Arbeit, die sie über die letzten Jahrzehnte geleistet haben. Ohne sie würde es EFT in dieser Form nicht geben!

Dann möchten wir uns bei all jenen bedanken, die uns auf unserem beruflichen Weg unterstützt haben. Dies sind in chronologischer Reihenfolge: Willi Butollo, Serge Sulz, Christoph Kröger, Martin Grosse Holforth, Martina Belz und Franz Caspar.

Ferner möchten wir all unseren Workshopteilnehmern und Supervisanden danken, insbesondere jenen der zweijährigen Weiterbildungen (es sind zu viele, um sie einzeln aufzuführen) sowie allen angehenden EFT-Supervisoren und Dozenten. Ihr Interesse, ihre Begeisterung und ihr Engagement macht unsere Arbeit zum Vergnügen und EFT zu einem immer bekannterem Therapieansatz.

Ein besonderer Dank gilt unseren Patienten, durch die wir am meisten gelernt haben. Wir empfinden es als großes Privileg, Menschen in Ihrem schmerzhaften, emotionalen Erleben begleiten zu dürfen.

Schließlich danken wir Frau Susanne Weidinger für ihre Geduld und Isolde Busch für ihre hervorragende Unterstützung bei der Manuskripterstellung.

Einleitung

Nicht, was wir erleben, sondern wie wir empfinden, was wir erleben,
macht unser Schicksal aus.

Marie Freifrau von Ebner-Eschenbach

Emotions make things matter.

Nico Frijda

Ohne Emotionen wäre uns alles gleich. Ihre unterschiedlichen Schattierungen vermitteln uns, was uns Ereignisse bedeuten und was für uns wichtig ist. An ihnen merken wir, wie es um unsere Wünsche, Ziele und Bedürfnisse bestellt ist. Angenehme Emotionen wie Freude oder Stolz zeigen uns, dass wichtige Bedürfnisse erfüllt sind, unangenehme Emotionen wie Traurigkeit, Angst oder Scham weisen uns darauf hin, dass wichtige Bedürfnisse unerfüllt sind. Ärger informiert uns darüber, dass wir daran gehindert werden, unsere Vorhaben zu erreichen. Emotionen bewegen uns. Sie veranlassen uns zu Handlungen, auf die unser Verstand nicht kommen würde, und zwar sowohl im Guten wie im Schlechten. Denken Sie daran, was Eltern aus Angst oder Mitgefühl für ihre Kinder tun würden, wenn diese in Gefahr wären. Oder daran, was Menschen tun, wenn sie sich gekränkt fühlen und ärgerlich werden. Oder daran, was Menschen aus Scham oder Angst alles *nicht* tun. Wenn Menschen sich entschließen, eine Psychotherapie zu beginnen, dann meist, weil sie *zu viel* – in Häufigkeit und Intensität – von solchen Emotionen verspüren, die sie nicht wollen und *zu wenig* von jenen, die sie sich wünschen. Es liegt also nahe, Emotionen in der Psychotherapie einen zentralen Platz einzuräumen. Im Gegensatz zu vielen Psychotherapieverfahren, in denen dies überraschenderweise nicht der Fall ist, stellt die Emotionsfokussierte Therapie (EFT) ein Verfahren dar, das genau dies verwirklicht. Sie stellt Emotionen in zweifacher Hinsicht in den Mittelpunkt: Als Wegweiser *und* als Motor im Therapieprozess. Emotionen helfen Therapeuten, aus der Fülle dessen, was Patienten sagen oder zeigen, auszuwählen, was besonders bedeutsam ist. Sie sind wie rote Flaggen, die zeigen: Hier geht es um zentrale Anliegen und Bedürfnisse des Patienten. Sie sind wie ein Königsweg zum Kern dessen, um was es einem Patienten geht. Darüber hinaus sehen wir in ihnen eine wichtige Quelle von Veränderung. Aus ihrem bewussten Erleben heraus kann neues Erleben, Fühlen und Denken entspringen; und neues Verhalten, weil eine neue Art zu fühlen, Menschen zu neuen Verhaltensweisen bewegt. Sie sind das zentrale Agens unserer therapeutischen Veränderungsbemühungen.

Mit dem Fokus auf Emotionen spiegelt die EFT wider, was in den Neurowissenschaften (z. B. Damasio, 1995; Damasio, 2003; LeDoux, 2001) in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich zu Tage getreten ist: Menschen sind im Kern emo-

tional organisiert. In gewisser Weise kann die EFT als Umsetzung dieses Wissens in die psychotherapeutische Praxis verstanden werden (Greenberg, 2011).

Heute präsentiert sich die EFT als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren. Dies war nicht die Absicht ihrer Begründer, der Forschungsgruppe um Leslie S. Greenberg, der viele Jahre an der York University in Toronto forschte und lehrte. Im Gegenteil, ihr ursprüngliches Anliegen war es, die Begrenzungen, die therapeutische Schulen mit sich bringen, zu überwinden und zu erforschen, was *wirklich* in der Psychotherapie passiert. So rief Leslie Greenberg Ende der 1970er Jahre an der York University ein Programm zur Erforschung therapeutischer Veränderung ins Leben, welches die Psychotherapieforschung nachhaltig prägen sollte. Zusammen mit seiner Mentorin, Laura Rice, begann er, *change events* in der Therapie zu untersuchen (Greenberg, 2011; Rice & Greenberg, 1984), d. h. Momente, in denen Veränderung geschieht. Dabei fiel ihnen auf, dass Patienten in Therapiesitzungen in verschiedene, voneinander abgrenzbare Zustände (*problem states* bzw. *Marker*) eintreten, in denen sie für bestimmte Interventionen besonders zugänglich sind. Jeder dieser Zustände ist durch eine charakteristische Weise des Fühlens und Denkens gekennzeichnet. Darunter fielen beispielsweise Zustände, in denen Patienten sich selbstkritisch zeigen oder Zustände, in denen sie intensive Gefühle in Bezug auf wichtige Bezugspersonen, wie z. B. ihre Eltern, verspüren. Heute werden diese Zustände als *Probleme der emotionalen Verarbeitung* (*emotional processing difficulties*) verstanden. Das Zusammenwirken von Patient und Therapeut bei der Lösung dieser emotionalen Verarbeitungsprobleme nannten Rice und Greenberg (1984) *therapeutische Aufgabe* (*therapeutic tasks*). In der Folge untersuchten Greenberg und Kollegen einige dieser Aufgaben systematisch, wie z. B. die *Zwei-Stuhl-Arbeit* bei selbstkritischen Prozessen oder die *Leere-Stuhl-Arbeit* bei unabgeschlossenen Prozessen. Dabei gingen sie der Frage nach, wie Menschen aus einem Zustand der Selbstkritik und Selbstablehnung zu einem Zustand der Selbstbehauptung und Selbstakzeptanz gelangen oder aus einem Zustand, in dem sie unter überdauernden schmerzhaften Gefühlen gegenüber wichtigen Bezugspersonen leiden, in die Lage kommen, unbefriedigte Bedürfnisse loszulassen oder erlittene emotionale Verletzungen zu vergeben. Hieraus entwickelte sich das Marker geleitete, prozessorientierte Vorgehen, das eines der wesentlichen Charakteristika der EFT ist. Nicht zuletzt aufgrund der systematischen Analyse dieser Prozesse erkannten Greenberg und Kollegen, welche tragende Rolle Emotionen im therapeutischen Geschehen spielen. Daher wurde die wissenschaftliche Untersuchung der Bedeutung von Emotionen in der Psychotherapie zum zweiten Schwerpunkt ihrer Forschung. Hierbei standen Untersuchungen von spezifischen Veränderungsprozessen, vor allem von emotionalen Prozessen im Patienten im Vordergrund. Greenberg und seine Mitstreiter wollten herausfinden, welche Rolle Emotionen im Veränderungsprozess spielen und welche Prozesse im Patienten zu fördern sind, um positiven Wandel zu bahnen (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg & Safran, 1987). Hierzu zählen Stu-

dien zur *Erlebenstiefe* (depth of experiencing; Goldman, Greenberg & Pos, 2005; Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003), zur *emotionalen Erregung* (emotional arousal; Carryer & Greenberg, 2010; Greenberg, Auszra & Herrmann, 2007; Missirlian, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005) zur *emotionalen Produktivität* (emotional productivity; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2013), zu *Veränderungsmodellen* (models of change; Malin & Pos, 2014; Pos, Greenberg & Warwar, 2009) oder zu *emotionalen Veränderungssequenzen* (emotion sequences; Herrmann, Greenberg & Auszra, 2014; Pascual-Leone, 2009; Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Dies ist ein kleiner Ausschnitt aus der letzten Dekade, welcher der Fülle an Forschung aus den letzten 35 Jahren nicht gerecht werden kann, wurde doch der Prozess der Veränderung in wohl keinem anderen Ansatz so intensiv beforscht wie in der EFT (Greenberg, 2011).

Mit dem Aufkommen der Bewegung der sogenannten *evidenzbasierten Praxis* in der Psychotherapie in den 1990er Jahren (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) musste, wer Gehör finden wollte, die Wirksamkeit seines Ansatzes anhand bestimmter Kriterien belegen. In der Folge entwickelten Greenberg und Kollegen (1993; 2003) ein Manual für ihr therapeutisches Vorgehen, das zunächst *Prozess-Erlebensorientierte Therapie* (PET; *Process Experiential Therapy*), später *Emotionsfokussierte Therapie* (EFT) genannt wurde (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2003; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2007; Greenberg, 2002, 2006) und führten kontrollierte Ergebnisstudien durch (z. B. die York I und II Depressionsstudien; Goldman, Greenberg & Angus, 2006; Greenberg & Watson, 1998). Auf diese Weise entwickelte sich ein vollständiges Verfahren, das aufgrund seiner Verankerung in der Psychotherapieforschung bald als wissenschaftlich fundiert galt (z. B. Grawe, 1998; Lambert, 2004). 2008 wurde die EFT schließlich in die Liste der empirisch fundierten Verfahren der Depressionsbehandlung der *American Psychological Association* (Division 12 American Psychological Association, 2015) aufgenommen. Gleichwohl ist sie ein transdiagnostisches Verfahren, das allgemeine Strategien und Prinzipien der Förderung emotionaler Veränderungsprozesse formuliert, die auf ein breites Spektrum von psychischen Schwierigkeiten und Anliegen angewandt werden können. Mittlerweile liegen Studien vor, die die Wirksamkeit der EFT bei Traumafolgestörungen (Paivio, Jarry, Chagigiorgis, Hall & Ralston, 2010; Paivio & Nieuwenhuis, 2001) belegen. Zudem gibt es erste vielversprechende Hinweise für die Effektivität der EFT bei sozialen Phobien (Elliott, 2013a; Shahar, 2014), generalisierter Angst (Timulak & McElvaney, 2016) und Essstörungen (Wnuk, Greenberg & Dolhanty, 2015). Darüber hinaus liegen Vorschläge für die Adaption des Verfahrens für die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Pos & Greenberg, 2012; Warwar, Links, Greenberg & Bergmans, 2008) und der Selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (Pos, 2014) vor.

Die Wurzeln der Theorie und Praxis der EFT liegen in der humanistisch-erlebensorientierten Tradition der Psychotherapie. Leslie Greenberg war zunächst ein per-

sonzentrierter Therapeut, Laura Rice, seine Mentorin, eine Schülerin von Carl Rogers, die unter anderem auch mit Eugen Gendlin zusammenarbeitete. Später kam Greenberg mit der Gestalttherapie in Berührung. Die Verknüpfung unterschiedlicher erlebensorientierter Traditionen spiegelte sich auch im Namen des Ansatzes wider. Ursprünglich nannten Greenberg und Kollegen (Greenberg et al., 2003) ihren Ansatz *Prozess-Erlebensorientierte Therapie (Process-Experiential Therapy)*. Um der besonderen Bedeutung von Emotionen Rechnung zu tragen, wurde der Name später in Emotionsfokussierte Therapie geändert (Greenberg, 2006; Greenberg & Paivio, 1997). Ab 2002, mit der Veröffentlichung von Leslie Greenbergs bislang bekanntestem Buch „Emotionsfokussierte Therapie. Patienten helfen mit ihren Gefühlen umzugehen“ (Greenberg, 2002, 2006, 2015), begann sich der Begriff Emotionsfokussierte Therapie durchzusetzen.

In der Theorie der EFT verknüpften Greenberg und Kollegen die klassischen humanistischen, erlebensorientierten Theorien mit Einflüssen aus der psychologischen Emotionsforschung, der Kognitionsforschung und den affektiven Neurowissenschaften. Daraus ist eine neohumanistische, dialektisch-konstruktivistische Metatheorie menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie psychotherapeutischer Veränderung entstanden, die Emotionen in den Mittelpunkt stellt.

Die Bezeichnung Emotionsfokussierte Therapie mag provozieren, da sie den Eindruck wecken könnte, die EFT halte sich für den einzigen Ansatz, der mit Emotionen arbeite. Dies ist natürlich nicht der Fall. Es gibt viele Ansätze, die mit Emotionen arbeiten, in denen ähnliche Prozesse wirksam sind, wie sie in der EFT postuliert werden; wenngleich nicht alle Ansätze diese Prozesse explizit herausgearbeitet haben und verfechten. Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch Verfahren, die erklären, mit Emotionen zu arbeiten, damit aber nicht das körperlich basierte Erleben von Emotionen im Hier und Jetzt der Therapiestunde meinen, wie es die EFT tut. Andere Verfahren wiederum thematisieren Emotionen in der Therapie, ohne *mit* ihnen zu arbeiten und ihr *Erleben* in der Therapiestunde selbst als Motor der Veränderung zu betrachten.

Emotionsfokussierte Therapie ist auf zwei Arten zu verstehen: Zum einen als integrative Rahmentheorie, die allgemeine Prinzipien der Arbeit mit Emotionen und ihrer Rolle im therapeutischen Veränderungsprozess beschreibt, die über unterschiedliche Schulen hinweg gültig sein sollen, zum anderen als ein spezifisches, integratives, neohumanistisches, erlebens- und prozessorientiertes Psychotherapieverfahren. Da die Wurzeln der EFT vor allem in der Personzentrierten Therapie und der Gestalttherapie liegen, verdankt die EFT beiden Ansätzen viel. Es gibt gute Argumente, EFT sowohl als eine direktive Form der *Personzentrierten Therapie* (z. B. Stumm & Keil, 2014), als auch als eine empathische (dialogische), manualisierte Variante der *Gestalttherapie* (z. B. Hartmann-Kottek, 2014) zu sehen. Auch der Einfluss der *Erlebensorientierten Therapie* in der Tradition von Gendlin (Greenberg & Feuerstein, 2007) soll hier nicht unerwähnt bleiben. Ver-

schiedene Vertreter dieser Ansätze haben sich eingehend mit der EFT auseinandergesetzt und sich um ihre Verbreitung im deutschsprachigen Raum verdient gemacht (z. B. Bischof, 2013; Eckert, 2006; Gegenfurtner & Fresser-Kuby, 2006; Stumm & Keil, 2014).

Mit Blick auf ihre Wurzeln wird oft eingewandt, die EFT sei „alter Wein in neuen Schläuchen“. Auch wenn dies zum Teil stimmen mag, bleibt doch die Frage, ob nicht die Qualität der Schläuche die Qualität des Weines im Glas bestimmt? Kennzeichnend für die EFT ist die sorgfältige Erforschung und Weiterentwicklung der Interventionen, die erlebensorientierte Therapeuten anwenden. Um zu wissen, in welcher Weise diese Interventionen wirksam sind und welche Prozesse sie anstoßen, hilft, sie in der Therapie gezielt und wirkungsvoll einzusetzen. Dies war von jeher das Anliegen der EFT. Basierend auf dem intensiven Studium des therapeutischen Veränderungsprozesses und der Rolle von Emotionen in diesem Prozess, einschließlich der Interventionen, die diesen Prozess fördern, erlaubt sie, systematisch und wirkungsvoll *mit* Emotionen zu arbeiten.

Wie dies geschehen kann, ist Gegenstand des vorliegenden Buchs. Hier sei in aller Kürze zusammengefasst, was die EFT ausmacht: Patienten soll geholfen werden, ihre tiefen, mitunter schmerzhaften Gefühle in der Therapiesitzung bewusst wahrzunehmen, zu akzeptieren, in Worten zu symbolisieren, zu regulieren, während sie erlebt werden, sie auszudrücken, zu nutzen und zu transformieren, wenn sie nicht hilfreich sind. Die therapeutische Arbeit wird eingebettet in eine empathische Beziehung mit dem Therapeuten, die korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen erlaubt und Veränderung überhaupt erst möglich macht. Das Ziel der Therapie ist, das Selbst des Patienten zu stärken und ihm zu helfen, zu einer neuen Erzählung von sich und der Welt zu gelangen und eine bessere Anpassung an seine Lebensumwelt zu erreichen (Greenberg, McWilliams & Wenzel, 2013).

Gerade im Bereich der *Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)* – vor allem im deutschsprachigen Raum (z. B. Grawe, 1998; Greenberg, 2006; Grosse Holtforth et al., 2012; Lammers, 2006; Sulz & Lenz, 2000) – erfreut sich EFT wachsender Beliebtheit. In einer laufenden Therapiestudie (IMPROVE; Caspar, Berger & Grosse Holtforth) werden Psychotherapien zur Behandlung emotionaler Störungen nach dem Berner Ansatz (Grawe, 2000) mit Therapien verglichen, in denen emotionsfokussierte Interventionen nach einer individuellen Fallkonzeption (Caspar, 2007) integriert werden. Das wachsende Interesse an der KVT hat verschiedene Gründe: Hierzu zählen das tiefere Verständnis der Bedeutung von Emotionen in der Organisation des menschlichen Erlebens und Verhaltens (z. B. Damasio, 1995; Damasio, 2003; LeDoux, 2001), sowie ihre Rolle in der Genese von psychischen Störungen auf der einen (z. B. Berking & Wupperman, 2012) und der Überwindung von psychischen Störungen in der Psychotherapie auf der anderen Seite (z. B. Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Mennin & Farach, 2007;

Samoilov & Goldfried, 2000; Whelton & Greenberg, 2005). Heute ist (nahezu) unbestritten, wie wichtig die Arbeit mit Emotionen für eine erfolgreiche Psychotherapie ist. Gerade hier verspüren viele Kognitive Verhaltenstherapeuten ein Bedürfnis nach Orientierung. Da die EFT einen systematischen Umgang mit Emotionen in der Therapie anbietet, theoretisch auf der aktuellen psychologischen Emotionsforschung und den affektiven Neurowissenschaften basiert sowie empirisch fundiert ist, sind offenbar viele Kollegen der Ansicht, dass die EFT diese Orientierung geben kann.

Wir freuen uns über das Interesse aus der Kognitiven Verhaltenstherapie und über die Übernahme von Elementen aus der EFT. Dies ist eine begrüßenswerte Entwicklung, die dennoch mit der Gefahr verbunden ist, die EFT auf ein Repertoire an Techniken zu reduzieren. Die Anwendung einzelner Interventionen, wie z. B. bestimmter Formen von Stuhldialogen, reicht nicht aus, um die Prozesse zu fördern, welche die EFT-Theorie der therapeutischen Veränderung beschreibt. Unserem Verständnis nach bedeutet die EFT mehr: Auf der Ebene der Theorie ist sie eine bestimmte Form, den Menschen in seinem Erleben und Verhalten sowie den Prozess der Psychotherapie *zu denken*. Auf der Ebene der therapeutischen Praxis ist sie dreierlei: Eine bestimmte Art und Weise, *mit Patienten zu sein*, eine bestimmte Art und Weise, den *Patienten wahrzunehmen* und schließlich eine bestimmte Art und Weise, *therapeutisch zu handeln*.

Dieses Buch basiert auf fast 15 Jahren Forschung, praktischer Anwendung und Vermittlung¹ der EFT an Kollegen in Form von Seminaren, Selbsterfahrung und Supervision. Unsere Absicht ist es, die Praxis der EFT so darzustellen, dass Anfänger und Fortgeschrittene eine konkrete Anleitung für ihre tägliche Arbeit mit Patienten erhalten. Um zu verdeutlichen, dass die EFT mehr ist als ein Repertoire an Techniken, betten wir das Praxismanual in die Theorie der EFT ein. Dabei beschränken wir uns auf das Wesentliche und laufen so Gefahr, die Theorie an manchen Stellen zu verkürzt darzustellen. Wir möchten unsere Leser bitten, uns dies nachzusehen und bei Interesse an einer vertieften Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen der EFT insbesondere das Buch von Greenberg (2011) oder die Neuauflage seines bekannten Buches „Emotionsfokussierte Therapie. Patienten helfen mit ihren Gefühlen umzugehen“ (Greenberg, 2015) zu Rate zu ziehen. Wer einen Überblick über die Wurzeln der EFT und über ihre Abgrenzung zu anderen Therapieverfahren gewinnen möchte, dem ist Bischkopf (2013) zu empfehlen. Für eine ausführlichere Darstellung der Forschung verweisen wir auch hier auf das Buch von Greenberg (2011).

In Kapitel 1 stellen wir die theoretischen Grundlagen der EFT dar. Dabei legen wir den Schwerpunkt auf die emotionstheoretische und neurowissenschaftliche Fundierung der EFT und ihre Theorie der menschlichen Funktionsweise. In

¹ Im Fall des dritten Autors, Leslie Greenberg, sind es 40 Jahre.

Kapitel 2 führen wir in die EFT-Theorie des therapeutischen Veränderungsprozesses ein. In Kapitel 3 stellen wir vor, wie die EFT diese Veränderungsprozesse fördern möchte. Hierbei gehen wir darauf ein, wie in der EFT die therapeutische Beziehung gestaltet wird, auf was Therapeuten im Erleben und Verhalten ihrer Patienten achten und was sie tun. In Kapitel 4 stellen wir die wichtigsten therapeutischen Aufgaben in der EFT in dar. In diesen Teil fließen alle Aspekte ein, die wir in Kapitel 3 als allgemeine Prinzipien darstellen. In Kapitel 5 diskutieren wir spezifische Fragen der Anwendung von EFT und in Kapitel 6 geben wir schließlich einen Überblick über die wichtigsten Forschungsergebnisse zur EFT. Um das Buch möglichst praxisnah zu gestalten, flechten wir häufig exemplarische Transkripte in den Text ein. Zum Schutz der Patienten haben wir wichtige biografische Daten und Details der Geschichten geändert. Die Originaltranskripte haben wir teilweise gekürzt und zur besseren Lesbarkeit sprachlich angepasst. Noch eine Bemerkung zur Sprache: Bei allgemeinen Beschreibungen verwenden wir die männliche Form, d. h. Therapeut und Patient, meinen aber stets auch Therapeutinnen und Patientinnen. Wenn wir konkrete Beispiele geben, die auf Transkripten basieren, wechseln die Geschlechter natürlich.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!

München und Toronto, März 2016

*Lars Auszra, Imke Herrmann
und Leslie Greenberg*

1 Theoretische Grundlagen

Wenn du es nicht fühlst, du wirst es nicht erjagen!
Johann Wolfgang von Goethe, Faust. Der Tragödie erster Teil.

Die Theorie der Emotionsfokussierten Therapie (EFT) hat ihre Wurzeln in der psychologischen Emotionsforschung (z. B. Frijda, 1986), den affektiven Neurowissenschaften (Damasio, 1995, 2002) und der Kognitionstheorie (Pascual-Leone, 1987; 1988). Sie verbindet die Erkenntnisse aus diesen Bereichen zu einer dialektisch-konstruktivistischen Metatheorie, die Emotionen in den Mittelpunkt stellt (Greenberg & Pascual-Leone, 1995, 2001). Mit ihr erklärt sie die Bedeutung von Emotionen für die Organisation des menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie der Ausformung des Selbst und der persönlichen Identität. Die *Theorie des dialektischen Konstruktivismus* liefert zudem einen theoretischen Rahmen für das Verständnis der Rolle von Emotionen bei der Entstehung psychischer Schwierigkeiten und deren Bewältigung im psychotherapeutischen Prozess. In diesem Kapitel geben wir einen Überblick über drei wichtige Pfeiler der Theorie der EFT: Emotionen, Emotionale Schemata und dialektischer Konstruktivismus.

1.1 Emotionen

1.1.1 Emotionen als Informationsverarbeitungs- und Problemlösesystem

Dank der psychologischen Emotionsforschung und den affektiven Neurowissenschaften wissen wir heute: Emotionen¹ sind ein evolutionär basiertes Informationsverarbeitungs- und Problemlösesystem, das uns hilft, Probleme, die in der Interaktion mit der Umwelt auftreten, schnell und flexibel zu lösen (Damasio, 1995; Frijda, 1986; LeDoux, 1995). Sie entspringen der automatischen Bewertung eingehender Sinnesreize vor dem Hintergrund unserer Bedürfnisse, Wünsche und Ziele in einer Situation (Frijda, 1986). Dabei organisieren sie uns zu raschem Handeln in der Form gerichteter Handlungsbereitschaften, um unsere wichtigsten Bedürfnisse und Ziele zu befriedigen (Frijda, 1986). Hierzu passen sie wichtige physiologische Parameter (Muskel-Skelettsystem, Hormonsystem, vegetatives

¹ Wir verwenden die Begriffe Affekt, Emotionen und Gefühle in diesem Buch größtenteils synonym, obgleich manche Autoren sie voneinander unterscheiden (Damasio, 2003). In der klinisch-psychologischen Praxis der EFT hat sich diese Unterscheidung als nicht notwendig erwiesen.

Nervensystem, Körperhaltung, Gesichtsausdruck) an die Herausforderungen der auslösenden Situation an (Levenson, 2003). Diese physiologischen Veränderungen als Reaktion auf innere oder äußere Reize werden an das Gehirn weitergeleitet, wo sie uns über den Stimulus bzw. die aktuelle Stimulussituation informieren (Damasio & Carvalho, 2013). Aus der Wahrnehmung dieser emotionsbezogenen körperlichen Veränderungen entspringen unsere subjektiven Gefühle. Die bewusste Wahrnehmung unserer Gefühle hilft uns, Feinabstimmungen in unserem Verhalten vorzunehmen, um wirkungsvoll im Sinne unserer Bedürfnisse handeln zu können (Damasio, 1996).

Beispiel:

Wenn wir im Dunklen spazieren gehen und schnelle Schritte hinter uns hören, werden wir automatisch darauf vorbereitet sein, zu fliehen, und zwar ohne, dass wir uns umgedreht haben und wissen, wer hinter uns ist. Unser Körper bereitet sich darauf vor, zu handeln: Unser Blutdruck steigt an, unsere Herzfrequenz nimmt zu, unsere Muskeln spannen sich an und erhalten mehr Energie, unsere Atmung wird schneller, wir fangen an zu schwitzen. Nehmen wir diese Veränderungen wahr, wissen wir: Wir haben Angst, unser Bedürfnis nach Sicherheit ist nicht erfüllt. Dann haben wir die Möglichkeit, zu prüfen, ob es tatsächlich einer Flucht bedarf. Wir drehen uns um und schauen nach, wer oder was tatsächlich hinter uns ist und entscheiden im Falle einer Bedrohung, was am besten zu tun ist.

Emotionen beinhalten stets eine implizite Form der Bewertung wahrgenommener Reize, physiologische Aktivierung, Ausdrucksverhalten, zielgerichtete Handlungsimpulse und subjektive Gefühle.

1.1.2 Emotionen als grundlegender Modus der Verarbeitung

Einmal aktiviert, beeinflussen Emotionen nachfolgende, höhere kognitive Verarbeitungsprozesse wie Aufmerksamkeit (z. B. Ohman, Lundquist & Esteves, 2001; Phelps, Ling & Carrasco, 2006), Gedächtnis (z. B. Tucker, Hartry-Speiser, McDougal, Phan & deGrandpre, 1999), Entscheidungsprozesse (z. B. Bechara, Damasio, Damasio & Anderson, 1994) oder moralisches Urteilen (z. B. Koenigs et al., 2007). Sie setzen einen impliziten Modus der Verarbeitung in Gang, der kognitive Prozesse *inhaltlich* (das *Was*) und *qualitativ* (das *Wie*) beeinflusst; d. h. auf *was* wir unsere *Aufmerksamkeit* richten, an *was* wir uns *erinnern* oder *wie* unser *Denken* ist, ob beispielsweise eingeschränkt (wie bei unangenehmen Emotionen wie Angst oder Scham) oder flexibel und assoziativ (wie bei angenehmen Emotionen wie Freude und Interesse; vgl. Fredrickson & Losada, 2005). So lässt uns Angst nach Gefahren Ausschau halten und nach Möglichkeiten, unser unerfülltes Bedürfnis nach Sicherheit zu erfüllen, z. B. durch Flucht. Ärger dagegen sensibilisiert uns für die Wahrnehmung von Grenzverletzungen oder Autono-

mieeinschränkungen und organisiert uns dafür, *zu kämpfen* (physisch oder verbal), um Angriffe abzuwehren oder Hindernisse zu beseitigen.

Beispiel:

Wenn wir Angst haben, während wir einen Vortrag halten, werden wir unsere Zuhörer anders wahrnehmen, als wenn wir interessiert sind, uns ruhig oder wütend fühlen. Wir werden sensibel für mögliche Hinweise der Bedrohung sein und das Gähnen oder Stirnrunzeln einer Zuhölerin auf uns beziehen; wir werden uns an vergangene Präsentationen erinnern, die nicht gut gelaufen sind und weniger flexibel auf überraschende Fragen antworten können. Unser oberstes Ziel wird es sein, den Vortrag so schnell wie möglich hinter uns zu bringen und die Situation zu verlassen.

1.2 Emotionale Schemata

1.2.1 Zwei Formen emotionaler Reaktionen

In der Theorie der EFT werden zwei Kategorien von emotionalen Reaktionen unterschieden (Greenberg et al., 2003):

- a. Reflexartige, angeborene psychomotorische Programme, die durch einfache implizite Bewertungen eingehender Sinneswahrnehmungen ausgelöst werden.
- b. Komplexere emotionale Reaktionen, die durch emotionale Schemata hervorgerufen werden. Diese Schemata, in denen kognitive und sprachliche Prozesse kodiert sind, beruhen auf vergangenen emotionalen Erfahrungen und werden durch Sinneswahrnehmungen ausgelöst, die zu den Elementen des jeweiligen Schemas passen.

Bei den angeborenen psychomotorischen Programmen (a) handelt es sich um einfache Programme, beispielsweise für Kampf (Ärger) oder Flucht (Angst), die durch evolutionär basierte Reize wie schnelle Bewegungen oder Einschränkungen der Bewegungsfreiheit evoziert werden. Sie erzeugen basale emotionale Reaktionen.

Beispiel:

Wenn wir Fahrrad fahren und plötzlich kommt ein bewegtes Objekt (z. B. ein Auto) von der Seite auf uns zu, wird uns ein Gefühl der Angst durchströmen. Wir werden es im Oberkörper einschließlich unseres Kopfes und vermutlich am meisten in der Brust spüren und irgendetwas tun, z. B. bremsen oder zur Seite lenken, um uns in Sicherheit zu bringen. Ist dies gelungen, wird die Angst ebenso schnell wieder gehen, wie sie gekommen ist. Diese Angst müssen wir nicht lernen. Sie ist angeboren und sichert unser Überleben. Jeder kennt sie.

Im Laufe unserer Entwicklung werden diese angeborenen psychomotorischen Programme mit unseren emotionalen Erfahrungen sowie den Situationen, die sie ausgelöst haben, zu emotionalen Schemata verknüpft (b). Auf diese Weise entstehen komplexere emotionale Reaktionen, die uns helfen, in einer vielschichtigen Welt zurechtzukommen.

Beispiel:

Wenn wir beim Einkaufen unerwartet jemanden treffen, mit dem wir im Streit auseinander gegangen sind und den wir seither nicht mehr gesehen haben, werden wir vermutlich ein intensives körperliches Gefühl verspüren; ebenso, wenn wir unvermittelt zu unserem Chef gerufen werden oder nach vielen Jahren der Abwesenheit an unseren Heimatort zurückkehren. Dieses körperliche Gefühl beinhaltet *all das*, was uns diese Situationen bedeuten. Dies ist stets mehr, als wir in Worte fassen können.

Mit diesen „Bauchgefühlen“ kommen wir nicht auf die Welt, wir erwerben sie im Laufe unserer Geschichte. Sie sind idiosynkratisch.

1.2.2 Die Entstehung emotionaler Schemata

Im Einklang mit Erkenntnissen aus den affektiven Neurowissenschaften beschreibt die Theorie der EFT die Entstehung emotionaler Schemata folgendermaßen: Emotionen, die wir erleben, werden mit den körperlichen Zuständen, mit denen sie einhergehen sowie den Situationen, in denen sie ausgelöst werden, und deren Auswirkungen auf unser Wohlbefinden verknüpft (Damasio, 1995; Damasio, 2003). Wenn ein Kind von seiner Mutter im Arm gehalten wird, wird es von warmen Empfindungen in Brust und Bauch durchflutet. In seinem Gehirn werden diese körperlichen Empfindungen mit der Situation, in der es sich befindet, verknüpft und bewusst z. B. als Sicherheit oder Zufriedenheit erlebt. Macht es wiederholt diese Erfahrung, erhalten die körperlichen Veränderungen eine affektive Bedeutung und werden als Marker für ein spezifisches subjektives Erleben – in diesem Falle Sicherheit oder Zufriedenheit – im Gedächtnis gespeichert (Damasio, 1995; Greenberg, 2015; Greenberg et al., 2013)². Auf diese Weise ist ein neues Bauchgefühl entstanden. Mit der Entwicklung sprachlicher und kognitiver Fähigkeiten werden diese präverbalen, viszeralen affektiven Prozesse mit kognitiven und sprachlichen Prozessen verknüpft. So werden sie zu einem Kernprozess eines komplexen Netzwerkes aus affektiven, motivationalen, kognitiven sowie Verhaltenselementen, das durch relevante Hinweisreize (z. B. das Gesicht der Mutter, die Vorstellungen ihrer Anwesenheit, Menschen, die ihr ähnlich sehen,

² Eine kürzlich publizierte Studie von Nummenmaa und Kollegen (Nummenmaa, Glerean, Hari & Hietanen, 2014) zeigt, dass unterschiedliche Emotionen (z. B. Angst, Ärger, Scham oder Neid) mit charakteristischen, kulturunabhängigen Körperempfindungen einhergehen.

gleiche Eigenschaften haben etc.) ausgelöst werden kann und das zukünftige Erleben und Verhalten des Kindes prägt (Greenberg et al., 2013; Greenberg & Pascual-Leone, 2001). Netzwerke, die idiosynkratische Bauchgefühle hervorbringen, werden als emotionale Schemata bezeichnet.

1.2.3 Die Funktionsweise emotionaler Schemata

Emotionale Schemata ermöglichen automatisches, hochkomplexes emotionales Reagieren, da sie auf der Basis vergangener emotionaler Erfahrungen dabei helfen, zukünftige Ereignisse zu antizipieren (Greenberg, 2011; Greenberg & Safran, 1987). Menschen müssen nicht lernen, Angst zu haben oder ärgerlich zu sein. Sie werden jedoch lernen, in welchen Situationen sie Angst haben oder ärgerlich sind. In der Folge reagieren sie nicht mehr nur auf Reize, die im Laufe der Evolution mit Gefahr assoziiert wurden, wie z. B. schnelle Bewegungen (siehe oben), sondern auch auf Reize, die in ihrer persönlichen Vergangenheit Angst ausgelöst haben, wie z. B. die hochgezogenen Mundwinkel des Vaters oder die polternden Schritte der zum „Donnerwetter“ heruntereilenden Mutter auf der Treppe. Einmal aktiviert, setzen emotionale Schemata einen impliziten Bearbeitungsmodus im Dienste der affektiven Ziele und Bedürfnisse in Gang, die jeweils in die emotionalen Schemata eingebettet sind, z. B. Sicherheit bei Angst, oder intakte Grenzen und Autonomie bei Ärger. Sie organisieren uns zu Handlungen, die unser Überleben sichern und unser Wohlbefinden fördern sollen.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass emotionale Schemata bereits Organisationen höherer Ordnung sind und basale neurochemische, hormonelle und andere physiologische Prozesse miteinfließen. Auf diese Weise beeinflussen z. B. genetische Prädispositionen, wie leicht oder schwer bestimmte Emotionen ausgelöst werden können, indem sie z. B. Erregungsschwellen herauf- oder herabsetzen.

Im Unterschied zu kognitiven Schemata bestehen emotionale Schemata zu weiten Teilen aus nonverbalen, affektiven Elementen (*Input*), wie Körperempfindungen, Handlungsimpulsen, Bildern oder Gerüchen (Greenberg, 2011). Im Kern sind sie wortlose Geschichten unserer gelebten emotionalen Erfahrung (Greenberg, 2011). Beispielsweise wird die emotionale Erinnerung, vom Vater für ein bestimmtes Verhalten mit Verachtung bedacht zu werden, als prozeduraler Gedächtnisinhalt kodiert, als bildhaftes Skript, in dem sich Erleben auf bestimmte Weise entfaltet: Vom auslösenden Stimulus (der verächtliche Gesichtsausdruck des Vaters) zu verschiedenen körperlichen (z. B. Erröten, erhöhter Puls) und sensorischen Aspekten (z. B. Hitze im Gesicht) des Erlebens, zur Handlungstendenz (z. B. sich klein machen, den Blickkontakt unterbrechen) und sprachlich symbolisierten Annahmen (z. B. „Ich bin nicht okay“). Dabei sind Letztere nicht der konstituierende Teil des Schemas, sondern gleichsam die Spitze des Eisbergs. Organisiert werden die einzelnen Elemente des Schemas durch den emotionalen Kernprozess der Scham (siehe Abbildung 1).

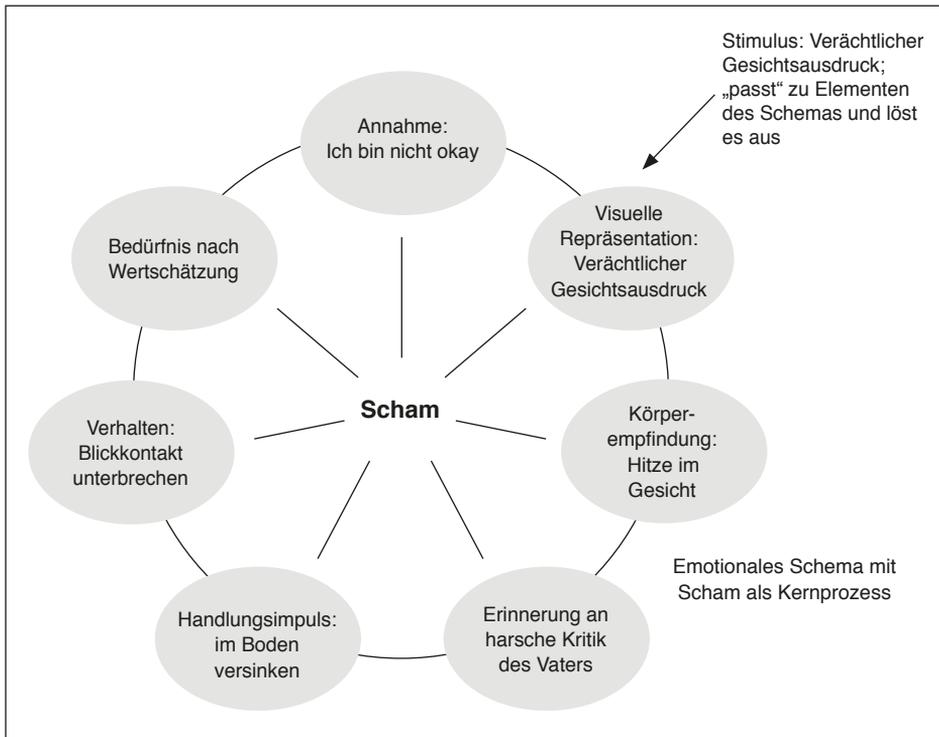


Abbildung 1: Emotionales Schema (adaptiert von Greenberg, 2011)

Dieses Schema kann in der Zukunft durch passende Reize, die den Elementen des Schemas entsprechen, wie ein verächtlicher Gesichtsausdruck, Erröten oder die Empfindung aufsteigender Hitze im Gesicht, ausgelöst werden. Als *Output* erzeugen emotionale Schemata Erleben (z. B. das subjektive Erleben von Scham) und Handlungen (z. B. sich zurückziehen). Somit repräsentieren emotionale Schemata eine innere Bereitschaft, auf bestimmte Reize mit einem bestimmten Erleben zu reagieren, in diesem Falle mit Scham.

Beispiel:

Wenn der oben beschriebene Junge sich später an der Universität in einem Seminar an einer Diskussion beteiligt und der Professor spannt, während er seinen Ausführungen lauscht, einen Mundwinkel an und zieht ihn leicht nach oben (schaut ihn also spöttisch bzw. verächtlich an), könnte im jungen Mann das emotionale Schema der Scham ausgelöst werden. Er würde erröten, sein Puls würde ansteigen, vielleicht würde er den verächtlichen Gesichtsausdruck seines Vaters vor sich sehen, er würde den Kopf senken