

Emotionsfokussierte Therapie

Therese Hofer
Bern

Lars Auszra
München

Imke Herrmann
München

Die Emotionsfokussierte Therapie (EFT), wie sie von L. Greenberg und seinen Co-AutorInnen entwickelt und beforscht wurde, ist ein evidenzbasiertes Therapieverfahren (APA, 2006). Sie ist ein integrativer Ansatz, der sich aus der humanistischen, experiencing-orientierten Psychotherapie entwickelt hat und personenzentrierte Beziehungsgestaltung und Methodik, einschließlich Focusing, mit der prozessleitenden Praxis der Gestalttherapie kombiniert. Sie legt den Fokus auf emotionale Prozesse der Veränderung und bemüht sich, *Emotionen mit Emotionen* zu verändern. Die Differenzierung unterschiedlicher Typen emotionalen Erlebens, die empirisch basierten Prinzipien emotionaler Verarbeitung und das Marker geleitete Vorgehen ermöglichen ein systematisches Arbeiten mit Emotionen.

Schlüsselwörter: Emotionsfokussierte Therapie, Emotionen, integrative Psychotherapie

Emotion-focused therapy. Emotion-focused therapy as presented and investigated by L. Greenberg and his colleagues is an evidence-based therapeutic approach (APA, 2006). It is an integrative treatment that has its roots in the humanistic-experiential tradition. EFT integrates principles for relationship enhancement derived from person-centered psychotherapy with process oriented theory and practice of Gestalt psychotherapy as well as experiential psychotherapy. EFT is focused on the process of emotional change and aims at changing “emotion with emotion”. Differentiation between various types of emotional experiences, empirically based principles of emotional processing and a marker guided approach allow for working systematically with emotion.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, emotions, integrative psychotherapy

Einleitung

Die Emotionsfokussierte Therapie (EFT) stellt die Emotionen des Klienten in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit: Klienten wird geholfen, ihre Emotionen wahrzunehmen, sie sich zu erlauben, zu akzeptieren, zu erforschen, ihnen bewusst eine Bedeutung zu geben, sie flexibel zu nutzen und sie zu transformieren, wenn sie nicht hilfreich sind (Greenberg, 2002; 2011). Das Grundmodell der EFT ist prozessbezogen. Die emotionale Veränderung beim Klienten wird als Schlüssel für weitere, nachfolgende Veränderungen im Bereich des Denkens und des Verhaltens gesehen. Die Konzepte der EFT sind aus der Praxis und dem Studium therapeutischer

Veränderung heraus entwickelt worden, so Leslie Greenberg, der wichtigste Begründer der EFT: „Von Anfang an bestand mein Ziel eher darin, den Veränderungsprozess zu studieren und die Rolle der Emotionen in Einzel- und Paartherapie zu formulieren als eine Therapie mit einem Markennamen zu entwickeln“ (Greenberg, 2011, S. 30). Diese Art der Bearbeitung von Emotionen geschieht im Rahmen einer empathischen, wertschätzenden, therapeutischen Beziehung. Es ist die empathische Haltung des Therapeuten, die die notwendige sichere Arbeitsatmosphäre schafft, die Entwicklung des Klienten fördert und dem Klienten erlaubt, sich seiner Emotionen bewusst zu werden. Die personenzentrierte Haltung ist ein Eckpfeiler des emotionsfokussierten Arbeitens. Zusammengefasst

Therese Hofer, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH; neben Psychoonkologie als Schwerpunkt die psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung depressiver Klienten (Ausbildung in systemischer Therapie, interpersoneller Therapie, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy und EFT). Belegärztin am Lindenhofspital und Tätigkeit in eigener Praxis in Bern.

Lars Auszra, Dr. phil., Psychologischer Psychotherapeut, EFT Ausbildung in Kanada bei Leslie Greenberg, seither enge Zusammenarbeit, Leiter des Instituts für Emotionsfokussierte Therapie (IEFT) in München, Koordination der Fort- und Weiterbildung in Emotionsfokussierter Therapie

im deutschsprachigen Raum, psychotherapeutische Tätigkeit in eigener Praxis in München. E-Mail: lars.auszra@ieft.de

Imke Herrmann, Dr. phil., Psychologische Psychotherapeutin, EFT Ausbildung in Kanada bei Leslie Greenberg, seither enge Zusammenarbeit, Leiterin des Instituts für Emotionsfokussierte Therapie (IEFT) in München, Koordination der Fort- und Weiterbildung in Emotionsfokussierter Therapie im deutschsprachigen Raum, psychotherapeutische Tätigkeit in eigener Praxis in München. E-Mail : imke.herrmann@ieft.de

Korrespondenzadresse: Therese Hofer, CH-3012 Bern, Lindenhofspital
E-Mail: theres.hofer@bluewin.ch

beruht die EFT auf der Schaffung einer tragfähigen, empathischen Beziehung, die dem Klienten erlaubt, mit dem Therapeuten zusammen, seine emotionale Verarbeitung zu vertiefen (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Auszra, Herrmann & Greenberg, in Vorbereitung). Ziel unseres Artikels ist es, Lesern, die personenzentriert arbeiten, die speziellen Aspekte der EFT aufzuzeigen. Deshalb werden wir unseren Schwerpunkt auf den Umgang mit den Emotionen eines Klienten legen und der personenzentrierten Haltung, die den Lesern vertraut ist und die die Grundlage der EFT bildet, aus Platzgründen nicht den Raum geben, den sie bei der Darstellung der EFT verdienen würde. Im dargestellten Fallbeispiel wird die Haltung des EFT-Therapeuten deutlich. Die Bedeutung der Empathie für die EFT wurde von Watson, Goldman & Vanaerschot (1998) sorgfältig beschrieben. Der vorliegende Beitrag soll eine Einführung in die zentralen Annahmen und Interventionen der EFT geben.

Die EFT hat ihre Wurzeln in der humanistischen, erlebnisorientierten Tradition der Psychotherapie. Sie hieß bis zu Beginn dieses Jahrhunderts noch *process experiential therapy*. Sie entstand aus den Arbeiten der Forschungsgruppe um Leslie Greenberg, der in seiner therapeutischen Entwicklung zum einen durch seine Mentorin Laura Rice, die Carl Rogers' Schülerin gewesen war, und zum anderen durch die Gestalttherapie beeinflusst worden ist (Greenberg, 2011). Die EFT integriert eine personenzentrierte Beziehungsgestaltung und die empathische Einstimmung auf die Erlebniswelt des Klienten mit dem aktiven, aufgabenorientierten und prozessdirektiven Stil der Gestalttherapie. Zudem übernimmt sie wichtige Elemente der erlebnisorientierten Therapie, wie sie von Eugene Gendlin entwickelt wurde (vgl. Gendlin & Wiltschko, 2011). Aber auch Emotions- und Kognitionstheorie, affektive Neurowissenschaft und dynamische Theorie und Familiensystemtheorie beeinflussten sie (Damasio, 1999; Frijda, 1986; Pascual-Leone, 1987; Thelen & Smith, 1994; Weakland & Watzlawick, 1979).

Die EFT wurde anfänglich vor allem für die Behandlung depressiver Klienten eingesetzt und beforscht. Aufgrund des Nachweises ihrer Wirksamkeit in kontrollierten Ergebnisstudien (Greenberg & Watson, 1998; Goldman, Greenberg & Angus, 2006; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003) wurde sie von der American Psychological Association in die Liste der empirisch basierten Verfahren der Depressionsbehandlung aufgenommen (APA, 2006). Sie wird aber auch erfolgreich bei Traumafolgestörungen (Paivio & Pascual-Leone, 2010), Angststörungen (Elliott, 2012) und Essstörungen (Dolhanty & Greenberg, 2007) angewandt. Darüber hinaus liegt ein Behandlungsmanual für die Paartherapie vor (Greenberg & Johnson, 1988; Greenberg & Goldman, 2010).

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Emotionen

Emotionen und der Umgang mit Emotionen des Klienten bilden den Schwerpunkt der Therapie. Der Therapeut versucht im Therapieprozess die emotionale Verarbeitung des Klienten zu fördern. Dabei ist der Klient der Experte für den Inhalt seines Erlebens, der Therapeut der Experte für den Prozess der Vertiefung und der Veränderung des Erlebens. Die für den Klienten spürbare Empathie des Therapeuten soll dem Klienten helfen, einen neuen Weg zu gehen, eine andere Sicht über sich und die Welt zu entwickeln und Gefühle an der Peripherie seines Erlebens aufzuspüren, die ihm der Therapeut hilft, zugänglich zu machen, so dass der Klient eine neue Sicht über sich und sein Erleben entwickeln kann. „Der Coach konzentriert sich auf die individuellen Stärken, Möglichkeiten und Ressourcen des Klienten und drückt in Worten und Gesten seine Anerkennung und Wertschätzung aus, so dass der Klient Zugang zu seinen eigenen emotionalen Ressourcen findet“ (Greenberg, 2002, S. 84). „Der Therapeut ist eine Art Begleiter, der die Erfahrungen der Klienten bestätigt und ihn vorsichtig in seinem Entwicklungsprozess von einem Gefühlszustand zum nächsten begleitet und geleitet“ (ebd., S. 116). Der Begriff *Emotionscoach* kann missverstanden werden. In der EFT wird der Begriff gebraucht, um auf die auch aktive Rolle des Therapeuten und seine Unterstützungsfunktion hinzuweisen.

Emotionen sind biologisch verankert, sie lösen physiologische Reaktionen aus, entstehen immer in der Gegenwart und sind unser primäres Informationssystem, da sie helfen, komplexe Informationen schnell und automatisch zu verarbeiten, um geeignete Handlungen zur Befriedigung persönlicher Bedürfnisse (Schutz, Zugehörigkeit, intakte Grenzen) anzustoßen (Frijda, 1986). Emotionen helfen uns, ein uns persönlich wichtiges Ereignis innerer Art oder aus der Umgebung wahrzunehmen, zu bewerten, ihm eine Bedeutung zu geben und zu entscheiden, ob dieses Ereignis für uns günstig oder ungünstig ist. Diese Einschätzung, ob ein Ereignis für uns nützlich oder schädlich ist, ist keine bewusste kognitive Leistung. Sie erfolgt rasch und implizit außerhalb unseres Bewusstseins. Eine kognitive Symbolisierung findet erst während des emotionalen Prozesses statt. *Emotionale Schemata* werden implizit kodiert: Unter emotionalen Schemata versteht Greenberg innere Gedächtnisstrukturen, welche affektive, motivationale, kognitive und körperliche Elemente sowie gewisse Verhaltensweisen zu einem Netzwerk aufbauen, welche durch passende Auslösereize in einer bestimmten Situation aktiviert werden können, ohne dass wir uns dessen bewusst sind. Emotionale Schemata spielen eine wichtige Rolle für die Theorie und Praxis der Emotionsfokussierten Therapie und werden weiter unten noch ausführlicher dargestellt (Greenberg, 2002; 2011). Emotionen sind also

informativ, sie geben Dingen und Vorgängen eine *Bedeutung* und sie können eine *Bereitschaft zu Aktivität* auslösen, um im Sinne wichtiger Bedürfnisse und Ziele zu handeln. Emotionales Verhalten ist zudem *Kommunikation*, es stellt eine Form dar, mit der Umwelt in Beziehung zu treten. Das Gelingen unserer sozialen Interaktionen beruht unter anderem darauf, dass Menschen anderen Menschen aufgrund ihres Ausdrucks ein bestimmtes emotionales Erleben zuschreiben können. Einer Emotion geht in der Regel ein Stimulus voraus, wobei dieser Stimulus ein Ereignis, eine Erfahrung, eine Vorstellung, eine Fantasie oder etwas anderes sein kann. Es gibt Stimuli, wie zum Beispiel plötzlicher Lärm, die Angst auslösen können. Die meisten Stimuli bei Menschen sind aber nicht angeboren oder vollkommen neu, sondern resultieren aus früheren Erfahrungen. Emotionen beeinflussen höhere kognitive Verarbeitungsprozesse wie Gedächtnis- und Entscheidungsprozesse oder moralisches Urteilen (Damasio, 1994). Sie setzen einen grundlegenden Modus der Verarbeitung in Gang (Greenberg, 2011). Emotionen, Kognitionen und Verhalten sind immer miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. Zusammengefasst kann man sagen, Emotionen informieren Menschen darüber, was für sie wichtig ist, und sagen ihnen, was sie zu tun haben und wer sie sind.

2.2 Emotionsdiagnostik

In der EFT werden klinisch vier Typen von emotionalen Prozessen unterschieden: *primäre adaptive Emotionen*, *primäre maladaptive Emotionen*, *sekundäre Emotionen* und *instrumentelle Emotionen* (siehe Abb. 1) (Greenberg & Safran, 1987; Greenberg, 2002; Herrmann & Greenberg, 2007). Tauchen im Erleben des Klienten im Hier und Jetzt der Therapiesitzung Emotionen auf, versucht der Therapeut sie zu erfassen. Je nach Emotionstyp wird er ein anderes Vorgehen wählen.

Primäre Emotionen sind die erste unmittelbare Reaktion eines Menschen auf eine Situation. Sie sind *adaptiv*, wenn sie uns helfen, auf eine Situation angemessen im Sinne wichtiger Bedürfnisse in diesem Moment zu reagieren (Greenberg, 2002), zum Beispiel Trauer als Reaktion auf einen Verlust, die hilft, das unwiederbringlich Verlorene loszulassen und uns neu zu orientieren, oder Angst auf eine Bedrohung, die uns hilft, Schutz zu suchen und uns in Sicherheit zu bringen. *Primäre adaptive Emotionen* fühlen sich frisch und lebendig an und verändern sich, wenn die Situation sich ändert. Wenn *primäre Emotionen maladaptiv* sind, zum Beispiel Scham als Reaktion auf eine Zurückweisung, basieren sie auf vergangenen, häufig traumatischen Lernerfahrungen. Es sind jene alten vertrauten Gefühle, die sich nicht verändern, auch wenn sich die Umstände ändern (Greenberg, 2002). Wenn ein Kind in seinem Umfeld wiederholte und/oder intensive Erfahrungen von Entwertungen und

Demütigungen gemacht hat, wird es ein zentrales emotionales Schema von Scham, also eine ausgeprägte innere Bereitschaft, mit Scham zu reagieren, entwickeln. Dieses Schema sichert einem Kind in der beschriebenen Umgebung das emotionale Überleben, es stellt den Versuch dar, sich an die ungünstigen Umstände anzupassen. Wenn dieses maladaptive Schema aber auch beim Erwachsenen immer wieder bei milden Formen der Zurückweisung oder Kritik aktiviert wird, stellt es keine gelungene Anpassung an die aktuellen Umstände dar. Während primäre adaptive Emotionen in der Therapie ihrer wertvollen Informationen und Handlungsimpulse wegen zugänglich gemacht werden sollen, gilt es, maladaptive Emotionen zugänglich zu machen, um sie zu verändern. Neben der Scham, wertlos oder schlecht zu sein, ist dies zumeist ein Grundgefühl des Selbst als unsicher und schutzlos, ein angstbasiertes Erleben des Selbst als schwach und hilflos (Greenberg, 2011).

Sekundäre Emotionen sind Reaktionen auf primäre emotionale Prozesse, das heißt, sie sind eher Reaktionen auf Gedanken oder Gefühle als auf Situationen. Sie dienen dazu, unerträgliche oder als bedrohlich empfundene primäre Emotionen zu regulieren (Greenberg, 2002). So kann sich zum Beispiel das Erleben und der Ausdruck von Ärger über Scham oder das Erleben und der Ausdruck von Traurigkeit über Ärger schieben, wodurch im ersten Falle die Scham und im zweiten Falle der Ärger unterbrochen bzw. verborgen werden. Da sekundäre Gefühle den Zugang zu primären Gefühlen und Bedürfnissen verstellen, erlauben sie keine günstige Anpassung an

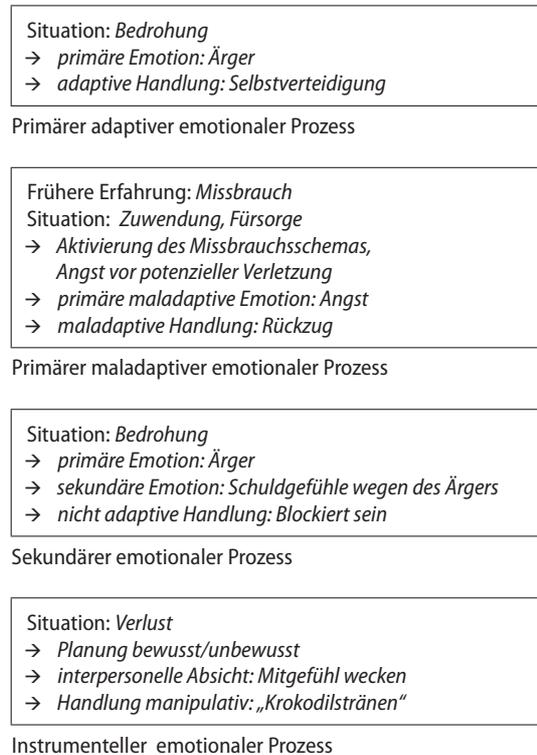


Abb. 1: Die Unterscheidung emotionaler Prozesse in der EFT

die gegebenen Umstände. In der Therapie verhindern sie die Bearbeitung der primären Emotionen. Daher gilt es, sie in der Therapie zwar zu würdigen, aber nicht zu vertiefen, sondern im Hinblick auf die primären adaptiven Emotionen, die ihnen zugrunde liegen, zu explorieren.

Instrumentelle Emotionen dienen dazu, den anderen zu beeinflussen oder zu kontrollieren (Greenberg, 2002). So kann jemand Trauer ausdrücken, um beim anderen Mitgefühl zu wecken, oder Wut, um den anderen einzuschüchtern. Im therapeutischen Prozess ist es wichtig, dem Klienten zu helfen, seine Motive zu verstehen, und ihn mit der manipulativen interpersonellen Wirkung seines Verhaltens behutsam und empathisch zu konfrontieren.

2.3 Emotionale Schemata und Selbstorganisation

Emotionale Schemata sind ein wichtiges theoretisches Konstrukt in der EFT (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Greenberg, 2011). Unter emotionalen Schemata versteht man in der EFT Wahrnehmungs- und Handlungsbereitschaften, die durch einen Kernprozess (z. B. Angst oder Scham) organisiert werden, den ein früheres Erleben geprägt hat und der durch das momentane Erleben in einer bestimmten Situation aktiviert wird. Sie beeinflussen unser zukünftiges Erleben dieser Emotion. Die emotionalen Schemata entstehen aus der Synthese von angeborenen emotionalen Reaktionen mit Erfahrungen sowie den Situationen, in denen sie erlebt wurden. Sie werden aber auch durch kulturelle Einflüsse und kognitive Prozesse mitgeprägt und in komplexen Netzwerken im Gedächtnis gespeichert. Emotionale Schemata sind der bewussten Wahrnehmung nicht zugänglich und deshalb auch nicht durch rein kognitive Einsichten veränderbar. Sie können lediglich über das emotionale Erleben, das sie hervorbringen, zugänglich gemacht werden (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2008). Jeder Mensch erwirbt im Laufe seines Lebens seine ihm eigenen, persönlichen, emotionalen Schemata, die sich durch neue Erfahrungen auch wieder verändern können. In Anlehnung an Greenberg (2011, S. 43) könnte man sie *wortlose Geschichten unserer gelebten Erfahrung* nennen. Ein emotionales Schema bildet sowohl die Situation ab, wie sie vom Individuum wahrgenommen wird, als auch die emotionale Wirkung, die sie auf das Individuum hat. Therapeutisch ist es wichtig, einzelne Elemente der emotionalen Schemata zu unterscheiden und in der Therapie herauszuarbeiten.

Die situationsbedingten oder perzeptiven Elemente der emotionalen Schemata beinhalten die episodischen Erinnerungen an eine bestimmte Situation, an eine bestimmte Berührung oder einen Geruch oder an visuelle Reize, wie zum Beispiel eine hochgezogene Augenbraue.

Die körperlichen, expressiven Elemente zeigen sich zum Beispiel als Empfindungen im Körper, wie zum Beispiel als Kloß

im Hals oder durch den Ausdruck von Emotionen, etwa in der Form eines ängstlichen Blicks oder einer zittrigen Stimme.

Die symbolischen oder konzeptuellen Elemente sind vor allem die verbalen Repräsentationen des Schemas, wie zum Beispiel: *Ich könnte abgewertet, lächerlich gemacht werden.*

Die motivationalen oder Verhaltenselemente beinhalten Bedürfnisse, Wünsche und Handlungstendenzen, wie zum Beispiel das Bedürfnis nach Schutz oder Wertschätzung oder den Impuls, wegzulaufen oder nach vorne zu gehen und seine Grenze zu verteidigen.

Emotionale Schemata können primär adaptiv sein, aber sie können auch, da sie ja auf persönlichen Erfahrungen eines Menschen beruhen, maladaptiv werden. In der therapeutischen Arbeit der EFT zielt der Prozess darauf, emotionale Schemata zu aktivieren, um sie so dem Klienten als Ganzes zugänglich zu machen und ihre Bearbeitung zu ermöglichen. Sind die Schemata maladaptiv, versucht der Therapeut sie zu verändern bzw., in der Sprache der EFT, zu *transformieren* (auf diesen Begriff wird noch eingegangen); sind sie primär adaptiv, ist es das Ziel, dass der Klient sie für sich nutzen kann, das heißt, dass er Zugang zu den wertvollen Informationen und Handlungsimpulsen erlangt, die sie für ihn bereithalten und die ihn situationsgerecht handeln lassen (Auszra & Herrmann, 2012).

Die EFT basiert auf einer dialektisch-konstruktivistischen Theorie des Selbst (siehe Abb. 2) (Greenberg & Pascual-Leone, 2001). Sie betrachtet den Menschen als ein dynamisches System, in welchem verschiedene, im Moment aktivierte emotionale Schemata miteinander agieren und die Basis unserer jeweiligen Selbstorganisation bilden. Greenberg, Rice und Elliott (1993) bezeichnen diese unterschiedlichen Schemata metaphorisch als *voices*. Es gibt lautere (aktivierte Schemata) und immer auch leisere (wenig aktivierte emotionale Schemata) oder gar schweigende Stimmen (nicht aktivierte Schemata). Das Selbst entsteht durch die Organisation der verschiedenen Stimmen in einer Situation. Diese Stimmen bilden die Basis unserer jeweiligen Selbstorganisation in einem gegebenen Moment, das körperlich basierte Gefühl dessen, was passiert. Um uns selbst zu erfahren, müssen wir uns diesem Erleben zuwenden (Greenberg, 2011). Je nach den emotionalen Schemata, die im Vordergrund stehen, können wir uns zum Beispiel beschämt oder selbstsicher erleben. Wir konstruieren unser bewusstes Erleben und die Bedeutung für uns immer wieder neu um diese schemabasierten, körperlich basierten Selbstorganisationen herum. Dieses komplexe, körperlich vermittelte Empfinden dessen, *wie wir in der Welt sind*, wird in der EFT wie im Focusing *bodily felt sense* genannt. Dieses Erleben wird symbolisiert und in Sprache gefasst, ihm wird eine Bedeutung gegeben, um es zu verstehen. Wir schaffen auf diese Weise unser bewusstes Erleben und damit das Selbst, das wir in diesem Moment sind. Das Selbst ist also in der EFT nicht

eine Struktur, sondern ein Prozess, der sich je nach äußeren Einflüssen und aktivierten Schemata verändern kann. Überdauernde Persönlichkeitseigenschaften, wie sie zum Beispiel ein habituell ängstlicher Mensch zeigen kann, treten deshalb situationsübergreifend auf, weil dieser Mensch den Zustand *unsicher sein* immer wieder aufs Neue entwickelt. Der primäre Fokus der Interventionen in der EFT sind die emotionalen Schemata und die sich für den Klienten daraus ergebende Selbsterzählung. Nach Vorstellung der EFT (Angus & Greenberg, 2011) flechten Menschen ihre emotionalen Erfahrungen und die Bedeutungen, zu denen sie gelangen, in eine fortlaufende Erzählung ihrer selbst und ihres Lebens ein. In gewisser Weise sind wir also die Geschichte, die wir uns erzählen, um uns unser emotionales Erleben zu erklären. Entsprechend gilt es, in der Therapie nicht nur die impliziten emotionalen Selbstorganisationsprozesse zu verändern (*die gelebte Geschichte*; emotionale Schemata), sondern auch die explizite narrative Einbettung (*erzählte Geschichte*) unseres Erlebens (Greenberg, 2011). Gelingt es, maladaptive emotionale Schemata eines Klienten zu transformieren, zum Beispiel von einem schambasierten Erleben als *nicht gut genug und wertlos* zu einem Erleben von *berechtigt, so zu sein, wie ich bin*, könnte dies eine Veränderung des Narrativs bahnen: Aus „*Ich wurde von meinem Vater geschlagen, weil ich schlecht war, und ich verdiene keine Wertschätzung*“ könnte werden „*Mein Vater war impulsiv und unbeherrscht, ich hätte als Kind von ihm Unterstützung verdient, ich war nicht schlecht und bin es auch heute nicht und verdiene anerkannt zu werden als der, der ich bin.*“ „As we see it, no important story is significant

without emotion, and no emotions take place outside of the context of a story. Therapy thus involves changing both emotional experience and the narratives in which it is embedded“ (Greenberg, McWilliams & Wenzel, 2014, p. 21). In dieser dialektisch konstruktivistischen Sicht postuliert die EFT Emotionen als den fundamentalen Bezugspunkt menschlichen Erlebens und betont, wie wichtig es ist, diesem Erleben bewusst Bedeutung zu geben und es in ein Narrativ einzubetten. Aus Sicht der EFT sind Emotion und Kognition unauflösbar ineinander verwoben (Greenberg, 2011; Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Greenberg & Watson, 2005).

3. Die Prinzipien der emotionalen Verarbeitung

Eingebettet in die empathische Beziehung postuliert die EFT sechs empirisch basierte Grundprinzipien der emotionalen Verarbeitung bzw. Veränderung (Greenberg, 2002; 2011). Es sind dies *Wahrnehmung, Ausdruck, Regulation, Reflexion* und *Transformation* der Emotionen sowie die *korrigierende emotionale Erfahrung* im Rahmen der empathischen therapeutischen Beziehung. Im vorliegenden Text soll aus Platzgründen nur auf die Wahrnehmung und die Transformation eingegangen werden. Die Förderung der Wahrnehmung von Emotionen ist ein wichtiges Anliegen in der EFT. Etwas, das abgespalten ist, kann sich nicht verändern. Dank der empathischen Haltung des Therapeuten, seiner Echtheit und seiner bedingungslosen Akzeptanz ist es dem Klienten möglich, abgespaltene Emotionen wahrzunehmen. Nur wenn eine Emotion gefühlt wird, kann sie sprachlich ausgedrückt werden, und erst dann ist sie einer Veränderung zugänglich (Greenberg, 2011). Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass Wahrnehmung und Akzeptanz wechselseitig miteinander verbunden sind.

Das in der EFT wichtigste Prinzip der Verarbeitung maladaptiver Emotionen ist die schon erwähnte Transformation. In der EFT geht es nicht nur um das Wahrnehmen der maladaptiven Emotionen und um deren Akzeptanz, sondern um eine Veränderung durch andere Emotionen. In der EFT ist es wichtig, bei den maladaptiven Emotionen anzukommen, sie zu aktivieren und zu akzeptieren, damit sie einer Bearbeitung zugänglich werden, das heißt, dass gerade auch sehr schmerzliche Emotionen gespürt werden müssen bzw. ihre Botschaft gehört werden muss. Nur eine sehr einfühlsame Haltung des Therapeuten und eine tragende Allianz erlauben den Weg in den Schmerz des Klienten. Greenberg (2002, S.120) charakterisiert diesen Weg wie folgt: „Der Klient kann die Situation erst verlassen, wenn er zunächst wirklich angekommen ist.“ Ist die maladaptive schmerzliche Emotion aktiviert, versucht der auf den Klienten ganz eingestimmte, präsente Therapeut mit dem Klienten zusammen die aktivierte maladaptive Emotion

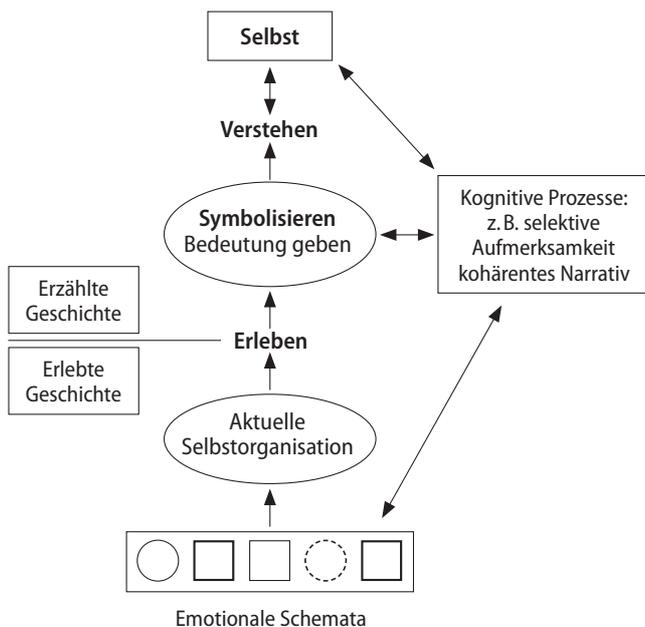


Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen den emotionalen Schemata und dem Selbst (adaptiert aus Greenberg, 2011)

mit einer adaptiveren emotionalen Reaktion zu verknüpfen, so dass neues adaptiveres Erleben gebahnt wird, also eine Transformation des maladaptiven Erlebens stattfinden kann. Die Transformation ist besonders wichtig bei Angst, Scham und dem tiefen Schmerz, im Stich gelassen worden zu sein. Leidet der Klient zum Beispiel an wiederholt aktivierten, schambasierten, maladaptiven Schemata, die ihn sich selbst immer wieder als *wertlos und defekt* erleben lassen, wird der Therapeut versuchen, den Klienten selbstbehauptende Wut auf erfahrene Grenzverletzungen erleben zu lassen. Auf diese Weise soll die schambasierte Selbstorganisation mit der impliziten Überzeugung, *wertlos, schlecht* zu sein, mit der selbstbehauptenden, ärgerlichen Organisation mit der impliziten Überzeugung, *berechtigt und wehrhaft* zu sein, zusammengeführt werden. In der Folge entsteht möglicherweise ein neues Schema mit der eingebetteten Überzeugung *wertvoll und würdig* zu sein, welches die Basis einer adaptiveren Selbstorganisation bildet (siehe Abb. 3). Der Grad der Veränderung ist nicht voraussehbar und Wiederholungen dieses Prozesses sind notwendig, sodass eine Transformation oft einen größeren Zeitraum beanspruchen kann. Während früher angenommen wurde, dass Erinnerungen im Langzeitgedächtnis weitgehend stabil bleiben, konnte nachgewiesen werden (Nader, Schafe & Le Doux, 2000), dass jedes Mal, wenn eine Erinnerung abgerufen wird, die zugrunde liegenden Gedächtnisspuren labil werden und einer erneuten Konsolidierung, einer Rekonsolidierung bedürfen. Das bedeutet, dass emotionale Erinnerungen in der Therapie aktiviert werden müssen, und wenn es gelingt, innerhalb einer gewissen Zeitspanne eine andere neue Emotion zu erleben, wird diese in das Gedächtnis mit eingebaut. Eine Veränderung maladaptiver emotionaler Schemata geschieht nicht durch bloße Einsicht, sondern dadurch, dass der Klient neue emotionale Antworten auf alte Situationen findet (Greenberg, 2011). Die Vergangenheit kann tatsächlich verändert werden, wenigstens in der Erinnerung, in der Art und Weise, in der sie unser emotionales Erleben im Hier und Jetzt prägt (Greenberg, McWilliams & Wenzel, 2014). Der Königsweg, emotionale Transformation zu fördern, besteht darin, die frustrierten Bedürfnisse, die in den maladaptiven Emotionen enthalten sind, zugänglich zu machen (z. B. das Bedürfnis nach Wertschätzung in tiefer Scham oder nach Schutz in grundlegender Angst), so dass sich um diese herum neue adaptivere emotionale Reaktionen formen können. Ein anderer Weg besteht darin, im Hier und Jetzt der Therapiestunde, subdominante, gleichzeitig aktivierte Emotionen zu fördern, also zum Beispiel, dass einem vornehmlich ängstlich organisierten Klienten geholfen wird, seinen Ärger zur bestimmenden Selbstorganisation werden zu lassen oder einem vornehmlich beschämt organisierten Klienten seine Traurigkeit.

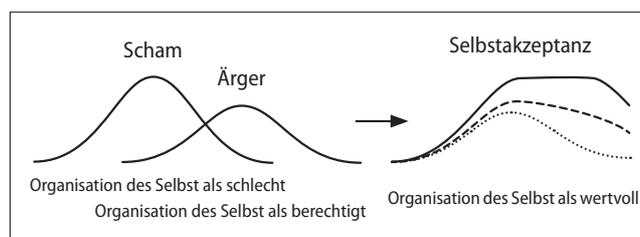


Abb. 3: Veränderungsprozess durch Transformation von Emotionen (Beispiel)

3.1 Der therapeutische Prozess in der EFT

In der EFT ist der Prozess wichtiger als der Inhalt einer Sitzung und eine Prozessdiagnose ist wichtiger als eine statische Diagnose. Entsprechend versucht sich der Therapeut mit dem Klienten auf einen Fokus zu einigen, der durch emotionales Erleben zentraler emotionaler Schemata (des Kernprozesses) und durch den Marker für emotionale Verarbeitungsschwierigkeiten geleitet wird. Der therapeutische Prozess in der EFT beruht auf fünf wesentlichen Elementen:

- (1) Aufbau einer tragfähigen Beziehung,
- (2) Aktivieren von emotionalem Erleben,
- (3) Zugänglichmachen und Verarbeiten von zentralen emotionalen Schemata,
- (4) Arbeit an therapeutischen Aufgaben bei Markern für emotionale Verarbeitungsschwierigkeiten sowie
- (5) Konstruktion eines neuen Selbstnarrativs.

3.2 Aufbau einer tragfähigen Beziehung

Der EFT Therapeut wird sich zuerst um eine tragfähige therapeutische Beziehung im Sinne von Rogers (1959/1987) bemühen, die geprägt ist von Empathie, Wertschätzung und Authentizität. Diese Grundhaltung muss für den Klienten spürbar sein. Der Therapeut versucht den inneren Bezugsrahmen seines Klienten intuitiv zu verstehen, er lässt Vorstellungen über den Klienten zu, er hört auf die Resonanz, die das Erleben seines Klienten in ihm auslöst und die ihm den Zugang zu den Erfahrungen seines Gegenübers erlauben. Diesem empathischen Prozess wird der Therapeut von Moment zu Moment folgen und er wird versuchen, dem Klienten sein Verständnis von dessen Erleben zu kommunizieren. Dieses Verhalten wird *therapeutische Präsenz* des Therapeuten genannt und man versteht in der EFT darunter, dass der Therapeut vollständig im Moment ist, sein gesamtes Selbst in die Begegnung mit dem Klienten einbringt, körperlich, emotional, kognitiv und spirituell (Geller & Greenberg, 2012; Greenberg & Elliott, 1997).

In der EFT wird zwischen empathischem Verstehen, zu welchem beispielsweise Spiegeln, Bestätigen und Folgen gehören, und empathischem Explorieren/Vermuten unterschieden.

Empathisches Verstehen beinhaltet den Versuch, dem Klienten zu kommunizieren, dass ich mich als Therapeut in sein Erleben einfühle und es verstehe, ohne explizit zur Exploration zu ermuntern. Hierzu gehören beispielsweise empathisches Spiegeln oder empathisches Bestätigen. Auf die Aussage einer Klientin: „*Egal, was ich tue, es ist nie so, wie er es will! Da versuch ich's doch gar nicht mehr*“, würde der Therapeut zum Beispiel antworten: „*Egal, was ich [die Klientin] tue, ich kann es ihm einfach nicht recht machen, da möchte ich einfach aufgeben ...*“. Beim empathischen Explorieren/Vermuten versucht der Therapeut mit dem Klienten zusammen, das Erleben des Klienten und die dazugehörigen Emotionen bewusst zu machen und zu verstehen. Der Therapeut ermuntert dabei den Klienten, das eigene Erleben zu explorieren. In seinen Formulierungen ist er sozusagen an der *Schwelle des Erlebens* des Klienten, dort, wo Erleben zwar schon sichtbar wird, aber noch nicht im Fokus der Wahrnehmung steht (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2008). So könnte ein Therapeut zum Beispiel auf die Aussage eines Klienten: „*Meine Mutter war hypochondrisch, sie tat nichts und überließ mir alles*“, empathisch explorierend wie folgt reagieren: „*Das klingt so, als hätte man eine große Last auf Ihre Schultern gelegt, und Sie haben die Zähne zusammengebissen und sie getragen, aber innerlich haben Sie sich überfordert und allein gefühlt ...*“. Hierbei muss in der therapeutischen Beziehung immer klar sein, dass die Aussagen des Therapeuten nur Vermutungen sind, die der Klient mit seinem Erleben abgleichen kann. Hinter jeder Aussage steht die oft unausgesprochene Frage: „*Passt das?*“

Eine Unterform der empathischen Exploration bildet das *empathische Vermuten*. Hierbei formuliert der Therapeut einen von ihm vermuteten, implizit vorhandenen Teil der Selbstorganisation des Klienten, den letzterer aber noch nicht wahrnimmt. So könnte ein Therapeut auf die Aussage eines Klienten, der seufzt und sagt: „*Und dann ruft der Chef an eine halbe Stunde, bevor ich gehen muss, und knallt mir zehn Sachen hin, die sofort erledigt werden müssen. Und ich darf nichts dagegen sagen. Das macht mich so wahnsinnig wütend, ich würde ihn am liebsten anbrüllen!*“ antworten: „*Ja, ich höre, wie wütend Sie das macht, und ich könnte mir vorstellen auch irgendwie wehrlos, fast ausgeliefert ...*“. Klienten sind die Experten ihres Erlebens. Es ist eindrücklich, wie klar sie zustimmen können, wenn die Vermutung des Therapeuten ins Schwarze trifft, und wie klar sie ablehnen können, wenn dem nicht so ist.

Wertschätzung umfasst Akzeptanz, Ausdruck einer Haltung, dem Klienten interessiert, menschlich warm und tolerant zu begegnen, ein unmittelbares Empfinden, den Klienten begleiten und fördern zu wollen, insbesondere, wenn er sich letztlich zeigt.

Die Echtheit des Therapeuten ist wichtig. Diese zeigt sich darin, dass sich der Therapeut in der Beziehung authentisch

und offen zeigt. So wird die Beziehung zwischen Klient und Therapeut zu einer Begegnung zweier lebenserfahrener Menschen, oder wie es Stern (2010) ausdrückt, zu einem „Begegnungsmoment“.

Dieses Gestalten einer sicheren Beziehung stellt per se eine heilsame, emotionale Erfahrung dar und ist eine absolut notwendige Voraussetzung, um eine Arbeitsallianz aufzubauen und dadurch emotionale Veränderungen zu ermöglichen. Man würde EFT sehr missverstehen, wenn man sie auf die noch zu erwähnenden typischen Interventionen mit den passenden Markern reduzieren würde.

3.3 Aktivieren von emotionalem Erleben

Wie schon erwähnt, ist es in der EFT wichtig, die impliziten dysfunktionalen emotionalen Schemata zugänglich zu machen, um sie zu verändern. Hierfür achtet der Therapeut empathisch auf das emotionale Erleben des Klienten im Hier und Jetzt und hilft dem Klienten, seine Aufmerksamkeit auf sein emotionales Erleben zu richten, es zu symbolisieren und zu explorieren. Zentral sind dabei die explorative und vermutende Empathie des Therapeuten, da diese dem Klienten aktiv helfen, emotionales Erleben *an der Peripherie* seiner bewussten Wahrnehmung zugänglich zu machen. Für das Vertiefen des Erlebens des Klienten ist auch wichtig, dass der Therapeut auf der Basis seiner empathischen Einstimmung sein Sprechtempo, den Klang seiner Stimme, aber auch seine Körperhaltung und Mimik auf das emotionale Erleben seines Klienten abstimmt.

3.4 Zugänglichmachen und Verarbeiten von zentralen emotionalen Schemata

Greenberg (2002) beschreibt den Zugang zu den zentralen emotionalen Schemata sehr pointiert: Es gehe um ein *Ankommen* und ein *Verlassen*. Dazwischen liegt aber viel Arbeit für den Klienten und den Therapeuten. Der Therapeut fördert das Ankommen des Klienten bei wichtigen maladaptiven emotionalen Schemata in einer Dialektik aus Folgen und Führen. Während er dem emotionalen Erleben des Klienten folgt, greift er in seinen empathischen Antworten selektiv diejenigen Aspekte des Erlebens des Klienten heraus, die am eindringlichsten oder schmerzhaftesten erscheinen. Er orientiert sich an dem, was Greenberg und Watson (2005) den Schmerzkompass nennen: das, was dem Klienten am meisten weh tut, worunter er am meisten leidet. Das bloße Ankommen bei schmerzhaften Gefühlen ist nicht an sich therapeutisch. Vielmehr gilt es, den Klienten in der Verarbeitung seiner Emotionen so zu unterstützen, dass er hilfreiche Emotionen nutzen, *nutzen*, und nicht hilfreiche Emotionen *transformieren* kann. Hierfür muss der Klient sein primäres emotionales Erleben auf eine bestimmte

Weise verarbeiten. Es wurde ein empirisch validiertes Modell therapeutisch hilfreichen emotionalen Erlebens („client emotional productivity“) vorgelegt (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2013). Diesem Modell zufolge ist optimale emotionale Verarbeitung dadurch gekennzeichnet, dass ein Klient

- (1) sich seiner Emotion zuwendet,
- (2) sie symbolisiert,
- (3) ihr verbaler und nonverbaler Ausdruck kongruent sind,
- (4) der Klient seine Emotion akzeptiert und bereit ist, an ihr zu arbeiten,
- (5) er Verantwortung für sie übernimmt und eine aktive Rolle (*agency*) in ihrem Verarbeitungsprozess einnimmt,
- (6) die Emotion ausreichend reguliert ist, sodass eine Integration von Emotion und Kognition möglich ist und
- (7) die Emotion ausreichend differenziert ist bzw. in einem Prozess der Ausdifferenzierung bzw. Veränderung begriffen ist.

3.5 Marker emotionaler Verarbeitungsschwierigkeiten und therapeutische Aufgaben

Bei der Aktivierung zentraler emotionaler Schemata und der Förderung der emotionalen Verarbeitung orientiert sich der Therapeut an einer Taxonomie von Markern und Aufgaben (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Greenberg, 2011). Marker sind Hinweise für spezifische emotionale Verarbeitungsprobleme im Klienten. Dies kann eine verbale Äußerung oder ein nonverbales Verhalten des Klienten im Hier und Jetzt der Therapiestunde sein, die darauf hinweisen, dass der Klient mit einem spezifischen Problem emotionaler Verarbeitung ringt und gewillt ist, daran zu arbeiten. Marker im Klienten sind Gelegenheiten für therapeutische Interventionen. Jedem Marker ist eine spezifische therapeutische Aufgabe, *task*, zugeordnet, die der Klient mit dem Therapeuten zusammen zu lösen sucht. Eine ausführliche Darstellung der Marker und der damit verbundenen Aufgaben findet sich in Greenberg, Rice und Elliott (1993) sowie in Elliott, Watson, Goldman und Greenberg (2008). Wichtig ist, dass die therapeutischen Aufgaben nicht nur als Strategien verstanden werden, sondern sie dienen primär dazu, den Prozess der Aktivierung der Emotionen zu vertiefen und einer damit verbundenen Bearbeitung zugänglich zu machen. Ziel ist, dass die Aufgaben das Vertrauen des Klienten und des Therapeuten fördern, das zu stärken, was da ist und oft schon gespürt, aber noch nicht benannt ist, und es in sich die Kraft trägt sich zu entwickeln, sofern ihm Aufmerksamkeit geschenkt und ihm empathisch begegnet wird.

| Prozess | Marker | Intervention |
|-------------------------------|--|--|
| Problematische Reaktion | Auf dem Heimweg hörte ich ein Lied von früher und plötzlich wurde ich so traurig. | Systematisches evokatives Erschließen |
| Unklares Gefühl | Ich habe ein komisches Gefühl wegen der Hochzeit meiner Tochter, aber ich weiß nicht, was es ist. | Focusing |
| Vulnerabilität | Ich habe das Gefühl, alles verloren zu haben, ich bin ein Nichts, ich weiß nicht wie weiter. | Empathisches Bestätigen |
| Selbstbewertende Spaltung | Ich werfe mir vor, dass ich nicht genügend arbeite, ich fühle mich so unterlegen. | Zwei-Stuhl-Arbeit |
| Unabgeschlossene Prozesse | Meine Mutter betrank sich jeweils an meinem Geburtstag, noch heute versuche ich an meinem Geburtstag auszuweichen. | Leere-Stuhl-Arbeit |
| Selbstunterbrechende Spaltung | Es war da, das Gefühl der Trauer, und jetzt? Jetzt ist es einfach weg. | Zwei-Stuhl-Inszenierung |
| Emotionales Leiden | Ich fühlte mich so allein, ich hatte so Angst, und ich weiß nicht, wie damit umgehen. | Selbstberuhigungs-/Selbsttröstungsdialog |

Tab. 1: Die häufigsten Prozesse in der EFT mit den entsprechenden Markern und Interventionen

Im Folgenden wird die Therapie einer Klientin vorgestellt, in der die Prozesse *problematische Reaktion*, *selbstbewertende Spaltung*, *unabgeschlossene Prozesse* und *emotionales Leiden* wichtig waren. Anhand dieser Therapie sollen die erwähnten Prozesse ausführlicher dargestellt werden, aber auch die empathische Haltung der Therapeutin bzw. die Gestaltung der Beziehung.

Die depressive Klientin, 40-jährig, verheiratet, Mutter einer 7-jährigen Tochter, Kindergärtnerin, kam in Therapie, nachdem ihr Gatte, im Einverständnis mit ihr, die Stelle gewechselt hatte und deshalb ein Umzug notwendig gewesen war. Sie war ein Einzelkind, ihre Mutter war depressiv und Alkoholikerin, ihr Vater gewalttätig und ebenfalls Alkoholiker.

Problematische Reaktion

Im ersten Gespräch berichtete die Klientin, dass sie ihre Reaktion auf den Umzug nicht verstehe. Sie habe sich darauf gefreut, sie hätten mehr Platz, und der Stellenwechsel bedeute für ihren Gatten einen Aufstieg, er sei zufriedener, und er habe mehr Zeit für die Familie. Doch gestern sei sie zwischen den Möbeln gestanden und habe sich plötzlich traurig gefühlt und habe nicht einordnen können, warum.

Therapeutin: „Oh, Sie haben sich plötzlich traurig gefühlt und wussten nicht, warum? Habe ich Sie richtig verstanden?“

Frau B.: „Ja, irgendwie hat es mich überflutet.“

(Marker: Die Klientin kann ihre eigene emotionale Reaktion nicht einordnen, sie erlebt ihre plötzliche Trauer als verwirrend.)

Therapeutin: „Sind Sie einverstanden, dass wir gemeinsam versuchen, zu verstehen, was sich da abgespielt hat?“

Frau B.: „Ja.“

Die Therapeutin bittet die Klientin, die Szene, wie sie zwischen den Möbeln stand, wieder lebendig werden zu lassen. Ziel ist es, denjenigen Aspekt der Situation zu ermitteln, der die Trauer in ihr ausgelöst hat.

Therapeutin: „Also, da standen Sie inmitten der Möbel, alles war neu und fremd, und Ihr Mann war nicht da und dann ...?“

Frau B.: „Dann fühlte ich mich plötzlich so allein und im Stich gelassen und wurde so traurig.“

Therapeutin: „Sie fühlten sich allein, im Stich gelassen?“

Frau B.: „Ja, genau, im Stich gelassen, wie damals, als ich mit meinem kleinen, roten Rucksack immer wieder zu Bekannten meiner Eltern gesandt wurde, die mir fremd waren, es war wie damals ...“ (Bedeutungsbrücke).

Im anschließenden Gespräch wurde Frau B. bewusst, dass ihr Gefühl, im Stich gelassen zu werden, und die sich daraus ergebende Traurigkeit den Ursprung in ihrer Kindheit hatten. Ihre sehr vernachlässigenden Eltern brachten sie immer wieder bei Fremden in fremden Umgebungen unter.

Ziel der Intervention ist es, eine Verbindung zwischen der Situation und der emotionalen Reaktion der Klientin herzustellen, damit die Klientin versteht, welche implizite emotionale Bedeutung die Situation für sie hat. Gelingt es ihr, gewinnt sie Zugang zum emotionalen Schema, welches ihrer Reaktion zugrunde liegt. Systematisches evokatives Erschließen ist eine wichtige Strategie, um die Wahrnehmung und die Bewusstheit emotionalen Erlebens beim Klienten zu fördern. Problematische Reaktionen kommen gehäuft zu Beginn einer Therapie vor. Nicht selten ergeben sich aus ihrer Bearbeitung Marker für weitere therapeutische Arbeit, zum Beispiel bei Frau B. für un-abgeschlossene Prozesse mit den Eltern (siehe unten).

Selbstbewertende Spaltung bei konflikthafter Prozesse

In einer weiteren Sitzung berichtete die Klientin von einer Auseinandersetzung mit ihrer 7-jährigen Tochter Lisa. Lisa hatte sich geweigert, für einen Schulausflug diejenigen Kleider anzuziehen, die verlangt worden waren. Frau B. hatte Mühe sich durchzusetzen, es gelang ihr aber. Sie sagte dann: „Nach dem Streit fühlte ich mich so schlecht, ich mache alles verkehrt; wenn Lisa sich widersetzt, habe ich das Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein.“

Marker für konflikthafter Prozesse tauchen sehr oft in der therapeutischen Arbeit auf. Bei konflikthafter Prozesse befinden sich zwei Selbstanteile des Klienten miteinander in Konflikt. Am häufigsten sind selbstbewertender Prozesse, bei welchen ein kritisierender, antreibender Selbstanteil einem erlebenden Selbstanteil gegenübersteht. Eine solch selbstbewertender Aussage (*ich bin eine schlechte Mutter*) ist eine Indikation für eine Zwei-Stuhl-Arbeit. Dabei wird der kritisierende Selbstanteil mit dem erlebenden Selbstanteil in einen Dialog gebracht. Die Zwei-Stuhl-Arbeit ist eine der wichtigsten therapeutischen Methoden, um die maladaptive schemabasierte Selbstorganisation eines Klienten zu aktivieren und zu transformieren. Die Transformation zeigt sich im Zwei-Stuhl-Dialog in der Regel darin, dass sich das erlebende Selbst gegenüber dem Kritiker behauptet, also selbstbehauptenden Ärger ausdrückt und/oder der kritische Teil weicher wird und zum Beispiel Mitgefühl oder Anerkennung zum Ausdruck bringt.

Frau B. (in der Rolle der Kritikerin): „Du bist unfähig, ein Kind zu erziehen, du hast es heute wieder gesehen, du machst nie etwas richtig, einfach alles, was du machst, ist falsch.“

Therapeutin: „Ja, kommen Sie jetzt zu diesem Stuhl (Stuhl des erlebenden Selbst), wie ist es für Sie, das so zu hören?“

Frau B.: „Es tut so weh, sie hat recht, ich bin eine Versagerin.“

Therapeutin: „Sagen Sie ihr (der Kritikerin), wie Sie sich fühlen, was es mit Ihnen macht.“

Frau B.: „Ich fühle mich schrecklich, es macht mich traurig und so hilflos, wenn du das sagst.“

Später im Dialog kam die Klientin mit selbstbehauptendem Ärger in Berührung und sie konnte ihrem kritischen Selbstanteil sagen, dass sie zwar Fehler mache, dass sie aber deswegen keine schlechte Mutter sei und dass sie das Recht habe, von ihm unterstützt und nicht entwertet zu werden. Im weiteren Verlauf wurde der kritische Teil weicher, und der Klientin wurde klar, dass er sie vor Fehlern bewahren wollte, Fehlern, die in ihrer Kindheit extrem hart geahndet worden waren.

Leere-Stuhl-Arbeit bei un-abgeschlossenen Prozessen (überdauernden schmerzhaften Gefühlen) gegenüber bedeutsamen Bezugspersonen

Die Leere-Stuhl-Arbeit wird bei anhaltenden oder wiederkehrenden schmerzlichen Gefühlen gegenüber entwicklungs-geschichtlich bedeutsamen Anderen, wie Eltern, Geschwistern, Partnern, nach zwischenmenschlichen Verletzungen oder Trennungen eingesetzt. Ein typisches Beispiel für einen Marker ist etwa folgende Aussage dieser Klientin:

„Lisa erzählte, dass der Großvater ihrer Freundin in die Schule gekommen sei und ihre Freundin abgeholt habe, und

sie fragte dann, warum sie ihren Großvater nicht kennen würde. Da sagte ich ihr, er sei schon vor vielen Jahren gestorben. Aber ich spürte einen Druck auf der Brust, und alles verkrampfte sich in mir und ich fühlte mich blockiert.“

In der Arbeit mit dem leeren Stuhl geht es für den Klienten darum, seine innere Repräsentation des bedeutsamen Anderen in der Vorstellung auf einen leeren Stuhl ihm gegenüber Platz nehmen zu lassen und dann seine eigenen emotionalen Reaktionen zu spüren und auszudrücken.

Therapeutin: *„Sie sind wie eingefroren ... und da ist dieses alte, vertraute Gefühl, mhm. Sind Sie einverstanden, dass wir Ihren Vater herholen, um einen Weg zu finden, mit diesem Gefühl umzugehen?“*

Frau B.: *„Ja.“*

Therapeutin: *„Wenn Sie ihn da sehen, wie geht es Ihnen?“*

Frau B.: *„Es ist so schwer, es ist ein so großer Druck, ... du warst nie da, und wenn du da warst, gabst du mir immer das Gefühl, dass ich lästig, störend sei.“*

Therapeutin: *„Dass ich verschwinden sollte?“*

Frau B.: *„Ja, ich hatte das Gefühl, mich entschuldigen zu müssen, dass ich da bin, ich fühlte mich so klein und allein, so verlassen und zugleich schlecht.“*

Therapeutin: *„Einsam und wertlos ...?“*

Frau B.: *„Ja, genau, es war nie jemand da für mich, er nahm mich nie wahr ...“*

Therapeutin: *„Sagen Sie es ihm.“*

Frau B. dem leeren Stuhl zugewandt: *„Du warst nie da für mich, du nahmst mich nie wahr, ich war Luft für dich. Du hast nie geschaut, ich war dir so gleichgültig ... das war unfair.“* (Stimme leicht lauter, leicht ärgerlich).

Therapeutin: *„Es macht mich auch ärgerlich?“*

Frau B.: *„Ja, ich bin wütend, es ist himmeltraurig, meine Mutter war depressiv, aber du hättest das Steuer herumreißen können, aber ich musste mich entschuldigen für mein Dasein.“* (Klientin schlägt die Hände vor das Gesicht und weint.)

Therapeutin: *„Es tut auch weh, so sehr ...“*

Frau B.: *„Es tut so weh!“*

Therapeutin: *„Wo spüren Sie den Schmerz?“*

Frau B.: *„Da.“* (Frau B. legt ihre Hand auf ihre Brust.)

Therapeutin: *„Atmen Sie ruhig. ... was hätten Sie gebraucht von Ihrem Vater?“*

Frau B.: *„Ich hätte einen Vater gebraucht, einen Vater, der mich sieht und respektiert, einen Vater, der mich liebt, einer, der da ist, und für den ich nicht nur eine Last bin!“*

Therapeutin: *„Sagen Sie es ihm noch einmal.“*

Frau B.: *„Ich hätte verdient, dass du dich um mich kümmerst, aber du warst nie da! Und wenn ich dir im Weg war, schlugst du mich!“*

Im weiteren Gespräch wurde Frau B. nochmals zornig auf ihren Vater, der sie auch körperlich misshandelt hatte, dann sehr traurig, traurig darüber, dass sie nie eine wertschätzende Beziehung zu ihren Eltern gehabt und das Leuchten in den Augen ihrer Eltern über ihr Dasein immer vermisst hatte. Auch gegen Ende des Gespräches blieb sie emotional sehr aktiviert und sagte dann zur Repräsentation ihres Vaters auf dem leeren Stuhl:

„Verschwinde aus meinem Leben, für immer, ich will nie mehr etwas mit dir zu tun haben, du hast mich zu sehr gequält!“

Der Leere-Stuhl-Dialog ist die zweite wichtige Methode, um maladaptive emotionale Schemata zugänglich zu machen und zu transformieren. Ein wichtiger Aspekt dabei ist es, unbefriedigte Bedürfnisse im Klienten zugänglich zu machen und ihn dabei zu unterstützen, diese als berechtigt zu erleben (*„Ich hätte verdient, dass du dich um mich kümmerst“*). Nicht selten führt dies zu einer Stärkung des Selbst und einer Veränderung in der Wahrnehmung des Anderen. Die Auflösung eines un-abgeschlossenen Prozesses kann sich im Loslassen unerfüllter Bedürfnisse gegenüber dem bedeutsamen Anderen ausdrücken (*„Ich höre auf, darauf zu hoffen, dass du mich jemals für den anerkennen wirst, der ich bin“*), darin, den Anderen besser zu verstehen (*„Ich spüre, dass du mich geliebt hast, aber du warst durch deine Krankheit überfordert“*), ihm zu verzeihen (*„Ich verzeihe dir, ich spüre, dass dir alles zu viel war und du dein Bestes zu tun versuchtest“*) oder aber, wie bei Frau B., in der Behauptung der eigenen Grenzen und Bedürfnisse: *„Verschwinde aus meinem Leben, ich will nichts mehr mit dir zu tun haben, du hast mich zu sehr gequält.“*

Der Selbstberuhigungs- oder Selbsttröstungsdialog bei emotionalem Leiden

Der Selbstberuhigungs- oder Selbsttröstungsdialog wird angewandt, wenn der Prozess der Transformation maladaptiver Schemata stockt. Dies äußert sich darin, dass das Zugänglich-machen der schmerzhaften primären Gefühle und der frustrierten Bedürfnisse des Klienten nicht zu einer resilienten Neuorganisation führen, sondern zu Verzweigung oder wiederholtem Leiden, wie dies bei Frau B. zum Teil der Fall war. Im Selbstberuhigungs- oder Selbsttröstungsdialog wird der leidende Selbstanteil mit einem tröstenden/beruhigenden Anteil in Dialog gebracht, wobei der Name Selbsttröstungsdialog insofern irreführend ist, als es nicht um eine Selbsttröstung geht, sondern darum, Mitgefühl zu wecken. Gerade um diesen Prozess einzuleiten, ist die Empathie des Therapeuten entscheidend. Dabei wird der Klient gebeten, sich den leidenden Anteil so vorzustellen, dass in ihm Mitgefühl geweckt wird, zum Beispiel als universelles Kind (irgendein Kind), inneres Kind (*„Sie als ...jährige“*) oder bekanntes Kind (*„Stellen Sie sich vor,*

Ihre Tochter sitzt da ...). Im beruhigenden oder tröstenden Anteil geht es nicht um den Vorgang des Tröstens oder Beruhigens, sondern um das Fördern von Mitgefühl. Im Vordergrund steht nicht allein die Regulation der schmerzhaften Gefühle, sondern deren Transformation durch das gleichzeitige Aktivieren von Mitgefühl. Im Falle von Frau B. wurde der Selbsttröstungsdialog wichtig, da es nicht gelang, in der Leere-Stuhl-Arbeit eine wirkliche Transformation ihres Gefühls, wertlos/schlecht zu sein, zu erreichen.

Anlässlich einer Sitzung erzählte Frau B., dass sie an ihrem Geburtstag immer geflohen sei, weil die Erinnerung an ihren Geburtstag noch heute so schrecklich sei. Ihre Eltern seien oft betrunken gewesen, aber an ihrem Geburtstag seien sie immer stockbesoffen gewesen. An ihrem Geburtstag sei es noch viel schlimmer als an den anderen Tagen gewesen.

Frau B.: *„Es sind so schlimme Bilder, es tut so weh, es sitzt so tief ...“*

Therapeutin: *„Es tut so weh, ... können Sie sich vorstellen, da drüben sitzen Sie als vierjährige Hanni? Was würden Sie dem kleinen Mädchen von damals gerne sagen?“*

Frau B.: *„Es ist schwierig. ... Es tut mir leid für dich, ich spüre, es tut dir weh ...“*

Therapeutin: *„Es tut mir so leid, es ist nicht deine Schuld?“*

Frau B.: *„Genau, es ist nicht deine Schuld, du hättest Anrecht gehabt auf ein Geburtstagsfest, wie alle Kinder. Jedes Kind hat Anrecht, dass man seinen Geburtstag feiert.“*

Therapeutin: *„Und ich sehe, wie es dir weh tut?“*

Frau B.: *„Ja, ich sehe, wie du leidest und du tust mir so leid. Das hast du nicht verdient.“*

Therapeutin: *„Das hast du nicht verdient, du hättest das Recht gehabt, dass man deinen Geburtstag feiert, dein Schmerz ist berechtigt.“*

Frau B.: *„Ich verstehe deinen Schmerz, jedes Kind, dessen Geburtstag man nicht feiert, würde sich so fühlen wie du!“*

Mit Hilfe der Therapeutin gelingt es Frau B., Mitgefühl für sich als vierjährige Hanni zu empfinden. Frau B. hat Zugang zu Hannis Schmerz und Leiden und anerkennt den Schmerz als berechtigt. Danach lädt die Therapeutin Frau B. ein, auf den Stuhl der vierjährigen Hanni zu wechseln und fragt sie, wie es für sie sei.

Frau B.: *„Ich kann es nicht glauben, dass ich nicht schuld bin, ich habe mir so Mühe gegeben und trotzdem habt ihr euch an meinem Geburtstag betrunken ...“*

Therapeutin: *„Ich habe alles gemacht, was in meiner Macht stand – aber ...“*

Frau B.: *„Ja alles, ich habe immer gehorcht, ich kann es fast nicht glauben, dass ich nicht schuld bin.“*

Therapeutin: *„Was fühlen Sie, während Sie das sagen?“*

Frau B.: *„Erleichterung, ja, es ist erleichternd, aber irgendwie fühle ich mich auch fassungslos.“*

Therapeutin: *„Fassungslos?“*

Frau B.: *„Ja, ich habe alles gemacht, aber an dem Tag, an dem ich zur Welt kam, gab es nichts zu feiern, es gibt nichts zu feiern, dass ich da bin.“ (weint).*

Therapeutin: *„Es tut so weh?“*

Frau B.: *„Ja genau, es sitzt so tief, es gibt nichts zu feiern, sie mussten sich noch mehr betrinken, weil ich da bin.“*

Die Therapeutin vertieft mit Frau B. auf dem Stuhl der Vierjährigen den Schmerz, dann lädt sie Frau B. ein, wieder auf den Stuhl der erwachsenen Klientin zu wechseln.

Frau B.: *„Es ist anders, auf dem Stuhl bin ich auch Mutter von Lisa, und ich habe so Freude an ihr, ich habe so Freude, dass sie da ist ...“*

Therapeutin: *„Können Sie es auch der kleinen Hanni sagen?“*

Frau B.: *„Es ist so schön, dass du da bist, wunderschön, jeden Tag, du hättest das Recht gehabt, dass man dich und deinen Geburtstag gefeiert hätte.“*

Sobald die erwachsene Klientin dem Kind von damals ihre Wertschätzung und Zuneigung ausgedrückt hat, lädt die Therapeutin die Klientin ein, nochmals auf den Stuhl des Mädchens von damals zu wechseln und fragt Frau B., was sie dabei fühle.

Frau B.: *„Es ist so anders, so fremd, es ist so ungewohnt ...“*

Therapeutin: *„Was brauchen Sie von ihr?“*

Frau B. seufzt: *„Schwierig, ich brauche einfach, dass du mir hilfst, meinen Geburtstag zu feiern.“*

Therapeutin: *„Sagen Sie es ihr.“*

Frau B.: *„Mir ist wichtig, dass du mir hilfst, dass du mir hilfst mit Kerzen und Kuchen, dass du mir hilfst, dass diese Erinnerungen weniger stark werden und nicht so Kraft über mich haben, dass du mir sagst, dass es anders geworden ist.“*

Therapeutin: *„Dass es anders geworden ist, dass die Bilder weniger Kraft haben. Wie ist das für Sie?“*

Frau B.: *„Erleichternd, schön, es ist gut, eine Verbündete zu haben, die mir glaubt ...“*

Therapeutin: *„Die mir glaubt und die an mich glaubt.“*

Frau B.: *„Ja, die mir glaubt und an mich glaubt und für die ich wichtig bin.“*

Jetzt, da auch das Kind von damals an die Veränderung zu glauben beginnt, bittet die Therapeutin Frau B., nochmals auf den Stuhl der erwachsenen Klientin zu wechseln.

Frau B.: *„Es ist gut, wir werden es gemeinsam schaffen, die neuen Bilder werden mehr Kraft haben, es wird neue Bilder geben. Ich werde dir helfen und für dich da sein.“*

Therapeutin: *„Wie ist es für Sie jetzt?“*

Frau B.: *„Es gibt eine Ruhe und eine Leichtigkeit, und ich bin gespannt auf meinen nächsten Geburtstag.“*

3.6 Konstruktion eines neuen Selbstnarrativs

Unter *Narrativ* versteht man in der EFT das Organisieren von Erleben in eine kohärente Erzählung, zeitlich eingeordnet, mit beteiligten Personen, Handlungen, Absichten und einem Handlungsstrang. Die menschliche Fähigkeit unser Erleben zu erfassen, es durch Narrative zu erklären und es in unsere Lebensgeschichte zu integrieren, trägt entscheidend zu einem kohärenten Selbsterleben und einem gelungenen Leben bei. Das Schaffen persönlicher Lebensbedeutung, ein Gefühl von Kohärenz und Sinnhaftigkeit, ist ein zentrales menschliches Motiv, nicht zuletzt, um mit existenziellen Themen und Grenzsituationen, wie Krankheit oder Tod, umgehen zu können. Da wiederholte dysfunktionale Selbstorganisationen zu Narrativen des Selbst als schlecht oder schwach sowie der Welt und der Anderen als abweisend oder feindselig führen, ist es wichtig, durch eine Transformation zentraler maladaptiver Schemata zu neuen, selbststärkenden Erzählungen von sich und der Welt zu gelangen. Das Ziel der Therapie ist, Menschen zu unterstützen, auf der Basis von primär adaptiven emotionalen Reaktionen auf sich verändernde Umstände kohärent, differenziert und selbstreflexiv ein Bild ihrer selbst und ihrer Lebensgeschichte zu erzählen.

Interessanterweise haben Studien zu narrativen Sequenzen in der EFT Ergebnisse erbracht, wonach drei narrative Muster unterschieden werden (Angus, Levitt, & Hardtke, 1999):

- Externale narrative Sequenz: *Was geschah?* Der Klient berichtet seine Geschichte und gibt Informationen dazu.
- Internale narrative Sequenz: *Wie fühlte ich mich?* Es findet im Gespräch eine emotionale Differenzierung statt.
- Reflexive narrative Sequenz: *Was bedeutet es für mich?* Klient und Therapeut arbeiten an einer Bedeutungskonstruktion der Emotionen und der Lebensgeschichte.

In der EFT fanden Angus und Greenberg (2011) 29 % internale narrative Sequenzen und 46 % reflexive narrative Sequenzen, in psychodynamischen Therapien 40 % reflexive und 54 % externale narrative Sequenzen. In der Personzentrierten Therapie fanden sich 54 % reflexive narrative Sequenzen, die über Themensegmente hinweg auftraten, Klient und Therapeut arbeiteten in diesen Segmenten an erweiterten reflexiven Analysen sowohl von Lebensereignissen (external 36 %) und in einem geringeren Maß von emotionalen Erfahrungen (internal 19 %). Das bedeutet, dass im Vergleich zu Psychodynamischen Therapien und zur Personzentrierten Therapie die EFT den höchsten Anteil an internalen narrativen Sequenzen aufweist. Darin spiegelt sich das Ziel der EFT, erstens dem Klienten bei der Entwicklung adaptiver, differenzierter Schemata zu helfen (internale narrative Sequenz), und zweitens durch Nachfragen die persönliche Bedeutung der neuen Emotionen, Überzeugungen

und Haltungen für den Klienten zu fördern (reflexive narrative Sequenz).

Frau B. konnte ihr Narrativ dahin verändern, dass sie sah, dass ihre Eltern sie vernachlässigt und misshandelt hatten, dass sie ein Recht gehabt hätte, so geliebt und unterstützt zu werden, wie sie ihrerseits ihre Tochter liebt und unterstützt. Frau B. berichtete vor allem im Verlaufe der Therapie, dass sich ihre Beziehungen zu anderen Menschen verändert hätten; sie seien vielfältiger geworden, bei Kritik, zum Beispiel von Seiten ihres Gatten, breche sie nicht, wie früher, ein, sondern sie sei mehr und mehr in der Lage, sich zu wehren, für sich einzustehen. Sie habe den Eindruck, dass sie besser und differenzierter mit Menschen umgehen könne. Früher habe sie sich rasch wertlos gefühlt und sich in vielen Situationen zurückgezogen. Ihr Leben sei farbiger geworden und sie fühle sich nicht mehr depressiv.

4. Zusammenfassung

Die EFT entstammt der humanistischen, experiencing-orientierten Psychotherapietradition und verbindet diese mit moderner Emotionstheorie und den affektiven Neurowissenschaften sowie der Psychotherapieprozess- und Ergebnisforschung zu einem integrativen Ansatz, der Emotionen in den Mittelpunkt stellt. Sie ist ein empirisch basiertes, wirksames Verfahren, das erlaubt, systematisch mit Emotionen zu arbeiten, um Veränderungen auf der Ebene des Erlebens, des Verhaltens und der Kognitionen zu fördern. EFT postuliert, dass Emotionen ein angeborenes, adaptives Potenzial innewohnt, das, wenn es aktiviert wird, Klienten helfen kann, belastende emotionale Zustände zu verändern und ihr Selbst zu stärken. EFT hilft Klienten, sich ihrer Emotionen bewusst zu werden, um Zugang zu wichtigen Informationen über sich und ihre Bedürfnisse in der Welt zu erlangen sowie zu Möglichkeiten, diese zu befriedigen. In der Therapie werden Klienten ermutigt, sich schmerzlichen, schwierigen Emotionen zu stellen, sie zu akzeptieren und mit Hilfe von adaptiveren Emotionen zu transformieren. Die EFT trifft eine fundamentale Unterscheidung zwischen konzeptuellem und experiencing-orientiertem Wissen. In diesem Sinne werden Klienten dabei unterstützt, nicht bloß über ihre Emotionen zu sprechen oder zu rationalen Einsichten über sie zu gelangen, sondern sie im Hier und Jetzt der Therapiesitzung zu erleben. Auf der Basis neuer emotionaler Antworten auf alte Probleme gilt es, gemeinsam mit dem Klienten alternative narrative Bedeutungen zu entwickeln.

Die sprachliche Symbolisierung der neuen, resilienten emotionalen Antworten, ihre Erklärung durch und ihre Einbettung in neue Selbsterzählungen bringen den Prozess der therapeutischen Veränderung zum Abschluss. All diese Veränderungen

sind nur auf dem Boden eines empathischen, wertschätzenden und echten Beziehungsangebots möglich.

EFT kann als eigenständige Therapierichtung erlernt werden, sie eignet sich aber auch als Zusatzausbildung gerade für Therapeuten mit einem personenzentrierten Hintergrund.

Literatur

- Angus, L., Levitt, H. & Hardtke, K. (1999). The narrative process coding system: research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255–1270.
- Angus, L. & Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: a clinician's guide to effective treatment practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Auszra, L. & Greenberg, L. S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy*, 7, 137–152.
- Auszra, L. & Herrmann, I. (2012). Emotionsfokussierte Therapie – Prinzipien emotionaler Veränderung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 41(3), 569–578.
- Auszra, L., Greenberg, L. S. & Herrmann, I. R. (2013). Client emotional productivity – optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732–746.
- Auszra, L. & Herrmann, I.; unter Mitarbeit von L. Greenberg (in Vorbereitung). *Emotionsfokussierte Therapie – Ein Praxismanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Fort Worth, TX: Harcourt College.
- Dolhanty, J. & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy*, 7, 97–116.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2008). *Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie*. München: CIP-Medien [Orig.: Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington, DC: American Psychological Association].
- Elliott, R. (2012). *Working with anxiety difficulties in person-centered-experiential psychotherapies: theory, research and practice*. Key note presented at the 10th conference of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling, Antwerp, Belgium.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Geller, S. M. & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gendlin, E. T. & Wiltchko, J. (2011). *Focusing in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. & Angus, L. (2006). The effect of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 536–546.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Reinhardt [Orig.: Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association].
- Greenberg, L. S. & Elliott, R. (1997). Varieties of emotional expression. In A. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in theory research and practice* (pp. 209–231). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Goldman, R. N. (2010). *Die Dynamik von Liebe und Macht*. München: Reinhardt.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., McWilliams, N. & Wenzel, A. (2014). *Exploring Three Approaches to Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, A. (2001). A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 165–186.
- Greenberg, L. S., Rice, L. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression. Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210–224.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (2005). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Herrmann, I. R. & Greenberg, L. S. (2007). Emotion type and sequences in emotion-focused therapy. *European Psychotherapy*, 7, 41–59.
- Nader, K., Schafe, G. E. & LeDoux, J. E. (2000). The labile nature of consolidation theory. *Nature Reviews Neuroscience*, 1, 216–219.
- Paivio, S. C. & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pascual-Leone, J. (1987). Organismic processes for neo-Piagetian theories: A dialectical causal account of cognitive development. *International Journal of Psychology*, 22, 531–570.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG [Orig. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. III (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill].
- Stern, D. N. (2010). *Der Gegenwartsmoment*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Thelen, E. & Smith, L. B. (1994). *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Watson, J., Goldman, R. & Vanaerschot, G. (1998). Empathic: A post-modern way of being? In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 61–81). New York: The Guilford Press.
- Watson, J., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(4), 773–781.
- Weakland, J. & Watzlawick, P. (1979). *The Interactional View: Studies at the Mental Research Institute, Palo Alto, 1965–1974*. New York: Norton.