

Imke Herrmann, Lars Auszra

Emotionsfokussierte Therapie der Depression

Emotion-focused therapy of depression

Zusammenfassung

Die Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2002; Greenberg und Watson, 2006) ist ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren der Depressionsbehandlung (Klonskey/APA, 2008). Sie legt den Fokus auf emotionale Prozesse der Veränderung und plädiert dafür, „Emotionen mit Emotionen“ zu verändern. Das therapeutische Vorgehen wird von zentralen empirisch basierten Prinzipien emotionaler Verarbeitung geleitet. Die Unterscheidung verschiedener Typen emotionalen Erlebens sowie die Klassifikation von „Markern“ für emotionale Verarbeitungsschwierigkeiten und korrespondierenden Interventionen ermöglichen ein systematisches Arbeiten mit Emotionen in der Therapie.

Schlüsselwörter

Emotionsfokussierte Therapie – Depression – Emotion

Summary

Emotion-focused Therapy (EFT) (Greenberg, 2002; Greenberg und Watson, 2006) is an evidence based treatment for depression (Klonskey/APA, 2008).

EFT emphasizes emotional change principles and advocates changing emotion with emotion. Treatment is based on central empirically based principles of emotional processing.

The differentiation of different types of emotional experience and the classification of different markers for emotional processing difficulties allows for working systematically with emotion in therapy.

Keywords

emotion-focused therapy – depression – emotion

■ Einleitung

Depression ist eine Störung des emotionalen Erlebens. Betroffene fühlen sich niedergeschlagen, traurig, schuldig, hilflos oder hoffnungslos, bisweilen auch ängstlich oder ärgerlich. Ein deutliches Abweichen in Bezug auf Intensität und Dauer dieser Alltagserfahrungen definiert das depressive Syndrom. In schweren Fällen fühlen sich Menschen nicht länger deprimiert oder verloren, sie fühlen überhaupt nichts mehr. Es liegt daher nahe, das emotionale Erleben der Patienten bei der Behandlung der Depression in den Vordergrund zu rücken. Berücksichtigt man aktuelle Befunde aus den Neurowissenschaften und der Psychotherapieforschung, erscheint es zudem geboten, emotionalen Prozessen eine aktive Rolle in der Behandlung einzuräumen und sie sowohl als Gegenstand als auch als Motor therapeutischer Veränderung zu sehen. Hierzu zählen Forschungsergebnisse zum Primat affektiver Prozesse aus den Neurowissenschaften (LeDoux, 1993, 1995) sowie Befunde aus der Psychotherapieprozessforschung. So konnte gezeigt werden, dass die Tiefe des Erlebens des Patienten über die wichtigsten Psychotherapieschulen hinweg zum Therapieerfolg beiträgt (Castonguay et al., 1996; Hendricks, 2002; Silberschatz et al., 1986) und der gemeinsame Fokus von Therapeut und Patient auf emotionale Prozesse einen Therapieerfolg in der psychotherapeutischen Behandlung der Depression begünstigt (Coombs et al., 2002). In den vergangenen 30 Jahren hat sich im Rahmen eines in-

tensiven wissenschaftlichen Forschungsprogramms der Arbeitsgruppe um Leslie S. Greenberg an der York University in Toronto ein Ansatz zur Behandlung der Depression entwickelt, der emotionale Veränderungsprozesse in den Vordergrund stellt - die Emotionsfokussierte Therapie. Die Emotionsfokussierte Therapie (in früheren Publikationen wird sie auch Prozess-Erlebensorientierte Therapie genannt) hat zum Ziel, die emotionale Verarbeitungsfähigkeit von Patienten zu verbessern, und plädiert dafür, Emotionen mit Emotionen zu verändern anstatt über die Veränderung zugrunde liegender dysfunktionaler Grundannahmen oder über Verhaltensänderung. Dabei werden emotionale Prinzipien der Veränderung formuliert, die kognitive und verhaltensorientierte Veränderungsprinzipien ideal ergänzen. Dieser Artikel gibt eine Einführung in die Theorie und Praxis der Emotionsfokussierten Therapie der Depression sowie einen Überblick über Forschung zu ihrer Wirksamkeit.

■ Grundannahmen der Emotionsfokussierten Therapie

Die Emotionsfokussierte Therapie basiert auf zwei grundlegenden Annahmen: **Erstens**, Emotionen sind ein hoch adaptives System, das uns Menschen einen entscheidenden Vorteil im evolutionären Selektionsprozess verschaffte, da es uns ermöglicht, Probleme in der Interaktion mit der Umwelt schnell und flexibel zu lösen. **Zweitens**, Emotionen spielen eine zen-

trale Rolle in der Organisation des menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie in der Ausformung des Selbst. Beide Annahmen werden durch umfangreiche Forschung empirisch gestützt (z. B. Damasio, 1994; LeDoux, 1995). Aus diesen beiden Annahmen leitet die Emotionsfokussierte Therapie eine **dritte** therapiebezogene Annahme ab, nämlich, dass Emotionen helfen können, problematische emotionale Reaktionen und dysfunktionales Selbsterleben, wie z.B. sich schwach, inkompetent oder nicht liebenswert zu fühlen, zu verändern.

Emotionen

Im Einklang mit der psychologischen Emotionsforschung (Frijda, 1986) werden Emotionen in der Emotionsfokussierten Therapie folgendermaßen verstanden: Emotionen entspringen der automatischen Bewertung komplexer situationsbezogener Informationen vor dem Hintergrund unserer Bedürfnisse, Wünsche, Ziele und unseres Wohlbefindens. Sie organisieren uns vorbewusst und automatisch zu raschem adaptivem Handeln in Reaktion auf sich beständig wandelnde äußere Gegebenheiten zur Befriedigung unserer zentralen Bedürfnisse. Sie lenken unsere Aufmerksamkeit und orientieren uns automatisch und vorbewusst zu Stimuli hin oder von ihnen weg und beeinflussen nachfolgende „höhere“ kognitive Verarbeitungsprozesse wie Gedächtnis- oder Entscheidungsprozesse (Damasio, 1994; Oatley et al., 2006; Tucker et al., 2003). Emotionen sind unser primäres Bedeutungssystem, da sie Ereignissen vor dem Hintergrund unseres Wohlbefindens und unserer Bedürfnisse Bedeutung verleihen. Sie sind zudem der primäre Motivator unseres Verhaltens: Wir suchen aktiv nach angenehmen Emotionen wie Freude oder Stolz und bemühen uns, unangenehme Emotionen wie Angst oder Scham zu vermeiden. So würden wir beispielsweise keine Bindung eingehen, wenn uns dies nicht positive Gefühle verschaffen würde, und nicht darauf bedacht sein, gefährliche Situationen zu vermeiden, wenn wir keine Angst verspüren würden.

Emotionale Schemata

Ein zentrales theoretisches Konstrukt der Emotionsfokussierten Therapie ist das Konzept des Emotionalen Schemas. Emotionale Schemata werden als organisierte Gedächtnisstrukturen definiert, die automatisch und vorbewusst Informationen unterschiedlicher Funktionsebenen (darunter Informationen der sensumotorischen und der konzeptuellen Ebene sowie emotionale Erinnerungen) verarbeiten (Greenberg und Paivio, 1997). Diese organisierten Gedächtniseinheiten entstehen durch systematische Verknüpfungen von Kategorien von Objekten und Situationen auf der einen Seite und basalen, angeborenen affektiv-motorischen Programmen auf der anderen Seite (Damasio, 1994). So ermöglichen sie automatisches, aber hoch komplexes emotionales Reagieren, da sie auf der Basis emotionaler Erfahrung helfen, zukünftige Ereignisse zu antizipieren (Greenberg und Paivio, 1997; Oatley und Jenkins, 1992). Emotionale Schemata integrieren kognitive, affektive und verhaltensbezogene Prozesse. Im Unterschied zum kognitiven Schema besteht das emotionale Schema zu weiten Teilen aus impliziten nonverbalen Strukturen. Es generiert Emotionen und Verhaltensreaktionen und

bildet so das Fundament unseres Erlebens und Verhaltens. Emotionale Schemata sind zudem die Basis der Organisation unseres Selbst von einem Moment zum nächsten. Dies geschieht aus Sicht der Emotionsfokussierten Therapie auf folgende Weise: In jedem Moment werden durch innere und äußere Ereignisse emotionale Schemata aktiviert. Diese erzeugen ein körperlich vermitteltes Gefühl („bodily felt sense“) dessen, was gerade passiert, und wie wir uns im Moment vordrücken, unsere grundlegende Selbst-Organisation in diesem Augenblick: also z. B. schüchtern, am Boden zerstört, himmelhoch jauchzend oder selbstsicher – je nachdem, welche Schemata in welcher Situation gerade gemeinsam aktiviert sind und welches Schema im Vordergrund steht. Als Menschen sind wir ständig bemüht, uns den Sinn dieses körperlich vermittelten Erlebens (Damasio, 1994, bezeichnet es als somatischen Marker, in der Emotionsfokussierten Therapie spricht man im Sinne von Gendlin, 1996, vom „bodily felt sense“) zu erschließen. Wir richten unsere Aufmerksamkeit auf dieses Erleben, symbolisieren es in Sprache, denken darüber nach und fügen es in eine Narration dessen ein, was gerade passiert und wer wir sind. So formieren wir Augenblick für Augenblick unser Selbst (Bischkopf und Greenberg, 2007; Greenberg und Pascual-Leone, 2001). Diese Selbstanntierung integriert die sich laufend verändernden Selbstorganisationen in eine kohärente Geschichte (narrative Identität), die u. a. auch grundlegende Annahmen über uns beinhaltet (Greenberg und Angus, 2004). Menschen befinden sich also beständig im Prozess, gleichzeitig zu entdecken und zu „konstruieren“, wer sie sind. In diesem Prozess zeigt sich die enge Verknüpfung von Emotionen und Kognitionen. Während emotional basierte Prozesse die Basis unseres Selbsterlebens bilden, entstehen Identität und persönliche Bedeutung aus dem Bemühen, uns den Sinn unseres affektiven Erlebens zu erschließen und es in unser fortlaufendes Selbstanntier einzuflechten. Für die Therapie ist von besonderer Relevanz, dass Emotionen, obgleich sie grundlegend adaptiv sind, bei einer entsprechenden Lerngeschichte auch maladaptiv werden können, da sie auf Erfahrung basieren. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Person aufgrund bestimmter Erlebnisse mit Grenzverletzungen lernt, zwischenmenschliche Nähe mit Gefahr zu assoziieren und fortan auf Zuwendung und Verständnis implizit und automatisch mit Angst reagiert. Maladaptive emotionale Schemata führen, wenn sie in einem bestimmten Moment aktiviert werden, zu dysfunktionalen Selbstorganisationen (z. B. sich verletzt fühlen) und über die Zeit hinweg zu dysfunktionalen Annahmen über sich und die Welt (z. B. „Nähe ist gefährlich“ und „Ich kann mich nicht wehren“). Nach Auffassung der Emotionsfokussierten Therapie bedingen diese Annahmen jedoch nicht das emotionale Erleben, sondern sie sind vielmehr die höchste sprachliche Repräsentationsebene aktiver emotionaler Schemata. Sie basieren im Kern auf emotionalen Gedächtnisinhalten, die über verschiedene Situationen hinweg immer wieder aktualisiert werden (Greenberg und Watson, 2006).

Das Ziel der Emotionsfokussierten Therapie ist es, Menschen zu helfen, Zugang zu adaptiven Emotionen und korrespondierenden resilienten, lebendigen Selbstorganisationen zu er-

langen und dysfunktionale Selbstorganisationen, die auf lebensgeschichtlich erworbenen, aktivierten maladaptiven Schemata basieren, zu verändern. Dies schließt eine Veränderung der narrativen Identität des Patienten, einschließlich zentraler Annahmen über sich und die Welt mit ein.

Im Fokus des therapeutischen Vorgehens im emotionsfokussierten Ansatz steht also die Veränderung schema-basierter dysfunktionaler Selbstorganisationen durch emotionale Verarbeitung. Diese beinhaltet, schemabasiertes emotionales Erleben zu stimulieren und mit kognitiven bedeutungsschaffenden Prozessen zu integrieren.

Emotionsfokussierte Theorie der Depression

Nachdem wir dargestellt haben, welche Rolle Emotionen bzw. emotionale Schemata aus emotionsfokussierter Sicht für das menschliche Erleben und Verhalten spielen und wie allgemein emotionale Schwierigkeiten entstehen, wenden wir uns nun dem emotionsfokussierten Modell der Depression zu. Aus Sicht der Emotionsfokussierten Therapie ist die Depression eine emotionale Störung des Selbst, die zu einem Verlust der Vitalität und der Fähigkeit zur resilienten Selbstorganisation führt. Anstelle der Erfahrung von Kraft, Lebendigkeit und Freude erleben sich Menschen in der Depression als schwach, wertlos und allein (Greenberg und Watson, 2006). Diese depressiven Selbstorganisationen resultieren aus der Aktivierung zentraler maladaptiver emotionaler Schemata durch emotionale Reaktionen auf aktuelle Lebensereignisse, wie z. B. Misserfolg oder Verlust. Der Kerngedanke ist, dass Menschen, die zur Depression neigen, im Laufe ihrer Lebensgeschichte zentrale maladaptive Schemata ausgebildet haben. In der Regel sind diese mit Angst oder Scham verbunden. Die maladaptiven Schemata aktivieren wiederum zentrale dysfunktionale Selbstorganisationen. Dies ist zum einen die Organisation des Selbst als „schwach/hilflos“ mit der angstbasierten Grunderfahrung: „Ich bin schwach und ungeschützt und kann allein nicht überleben“ und zum anderen die Organisation des Selbst als „schlecht/unzulänglich“ mit der schambasierten Grunderfahrung: „Ich bin schlecht, wertlos, inkompetent und unzulänglich“. Die angstbasierte depressive Selbstorganisation wird auch als abhängigkeitsbasierte und die schambasierte depressive Selbstorganisation als selbstkritische Depression bezeichnet (Blatt, 2004).

Diese zentralen maladaptiven Schemata und die mit ihnen korrespondierenden Selbstorganisationen resultieren aus meist frühen Erfahrungen mit Verlust, Verlassenwerden oder Abwertung und zugehörigen emotionalen Reaktionen von großer Traurigkeit und Angst oder Scham, welche die Person zum damaligen Zeitpunkt aufgrund ihrer Intensität nicht regulieren und verarbeiten konnte. Die emotionale Reaktion wird unverarbeitet abgespeichert, ist leicht zugänglich und generalisiert so über zahlreiche Situationen hinweg. Oft wird das damit verbundene Selbsterleben (z. B. als „schwach“ oder als „nicht gut genug“) Teil der Identität. Nicht selten beziehen sich diese Erfahrungen auf primäre Bindungspersonen bzw. auf ein Versagen der dyadischen Affektregulation (Schore, 2003).

Aus Sicht der Emotionsfokussierten Therapie entsteht eine Depression, wenn aktuelle Erlebnisse in Verbindung mit Verlust, Misserfolg oder Demütigung emotionale Reaktionen wie

Traurigkeit, Angst oder Scham nach sich ziehen. Das Erleben dieser Emotionen wiederum aktiviert Erinnerungen an vergangene Erfahrungen mit diesen Emotionen und somit oben beschriebene zentrale maladaptive emotionale Schemata. Die Person verliert den Zugang zu funktionaleren Selbstorganisationen und organisiert sich immer wieder im Sinne des maladaptiven Schemas. Ein Beispiel ist eine Person, die Angst als Reaktion auf den Verlust einer engen Bezugsperson in der Kindheit als überflutend und traumatisch erlebte. Durch dieses Erleben formte sich ein maladaptive emotionales Schema aus, das in der Folge immer dann aktiviert wird, wenn die Person vergleichbare Gefühle der Angst in Verbindung mit Verlustereignissen erlebt. So kann in einer aktuellen Trennungssituation (Verlassenwerden vom Partner) anstelle eines adaptiven emotionalen Schemas von Traurigkeit, die ihr helfen würde, das (mutmaßlich unerfüllbare) Bedürfnis nach Wiedervereinigung mit dem verlorenen Partner loszulassen und sich neu zu orientieren, das maladaptive Schema in Verbindung mit Angst, allein nicht überleben oder bestehen zu können, aktiviert werden. Anders als in der klassischen Beck'schen Depressionstheorie (Beck et al., 1979) sind es dabei jedoch nicht allein Gedanken oder Annahmen einer Person, die zu einer Depression führen, sondern die implizite emotionale Bedeutung eines Ereignisses. Nach Auffassung der emotionsfokussierten Theorie der Depression aktivieren emotionale Reaktionen einer Person auf aktuelle depressogene Ereignisse maladaptive emotionale Schemata und korrespondierende depressive Selbstorganisationen. Die Unfähigkeit, die schmerhaften Emotionen der Angst oder Scham, die mit diesen Selbstorganisationen verknüpft sind, zu verarbeiten und zu regulieren, führen wiederum zu sekundären emotionalen Reaktionen wie Hoffnungslosigkeit, Resignation, Niedergeschlagenheit oder Verzweiflung. Sie sind die klassischen afektiven Symptome der Depression. Sekundäre emotionale Reaktionen, wie wir weiter unten noch ausführlicher erläutern werden, sind Reaktionen auf primäre Emotionen. Solche sekundären emotionalen Reaktionen können als dysfunktionale innerpsychische Anpassung an tieferliegende zentrale maladaptive Emotionen verstanden werden. Menschen in der Depression sind also nicht länger mit ihren emotionalen Kernerfahrungen in Berührung, sondern fühlen sich global belastet, generell verzweifelt oder schlicht hoffnungslos (Greenberg und Watson, 2006).

Das Emotionsfokussierte Behandlungsmodell

Das Ziel der Emotionsfokussierten Therapie der Depression ist, die emotionale Verarbeitungsfähigkeit der Patienten zu verbessern. Dies bedeutet in erster Linie, Patienten zu helfen, ihren adaptiven emotionalen Reaktionen, welche die Basis für resilientere Selbstorganisation bilden, wieder erleben, tolerieren und nutzen zu können. In der Regel erfordert dies die Aktivierung der maladaptiven Schemata, die der jeweiligen depressiven Selbstorganisation zugrunde liegen und den betroffenen Patienten die Verarbeitung ihrer adaptiven emotionalen Reaktionen erschweren. In der Emotionsfokussierten Therapie gilt der Grundsatz, dass man einen Ort erst verlassen kann, wenn man zuvor an ihm angekommen ist (Greenberg, 2002). Es müssen also zunächst die zentralen maladaptiven

Schemata der Angst und Scham und die korrespondierenden zentralen depressiven Organisationen des Selbst als schwach/hilflos und schlecht/unzulänglich aktiviert werden. Emotionale Schemata sind dem Bewusstsein nicht direkt zugänglich, sondern nur indirekt über das Erleben, das sie erzeugen. Entsprechend versucht der emotionsfokussierte Therapeut, mit Hilfe spezifischer evokativer Interventionen die Kernemotionen der Angst und Scham in der Therapiestunde zu aktivieren, um die zugrunde liegenden maladaptiven emotionalen Schemata so einer bewussten Verarbeitung zuzuführen. Diese geschieht, indem der Patient diese Emotionen in der Sicherheit einer empathischen, validierenden therapeutischen Beziehung erlebt, symbolisiert, neu bewertet und durch die gleichzeitige Aktivierung adaptiver emotionaler Reaktionen transformiert. Die zentralen Aspekte effektiver emotionaler Verarbeitung in der Emotionsfokussierten Therapie sind die *Utilisation* adaptiven und die *Transformation* maladaptiven emotionalen Erlebens. Dabei bedeutet Utilisation, die wertvollen Informationen und adaptiven Handlungsimpulse, die in adaptiven Emotionen enthalten sind, wirkungsvoll zu extrahieren. Transformation bedeutet, maladaptive emotionale Erleben durch die gleichzeitige Aktivierung adaptiver emotionalen Erlebens zu verändern (Auszra und Greenberg, 2007). Was genau unter Transformation zu verstehen ist, erläutern wir im folgenden Abschnitt.

Prinzipien emotionaler Veränderung

Aus Sicht der Emotionsfokussierten Therapie besteht emotionale Verarbeitung aus vier grundlegenden empirisch basierten Prozessen. Sie stellen die Grundprinzipien emotionaler Veränderung dar: Wahrnehmung/Bewusstheit, Regulation, Reflexion und Transformation (Greenberg und Pascual Leone, 2006; Greenberg und Watson, 2006). Um ihre Wirksamkeit voll entfalten zu können, müssen sie jedoch in eine empathische, validierende therapeutische Beziehung eingebettet sein.

1. Wahrnehmung/Bewusstheit

Das grundlegendste Prinzip emotionaler Veränderung ist, die Wahrnehmung emotionalen Erlebens zu fördern. Dadurch erhalten Patienten Zugang zu ihren zentralen Bedürfnissen und Handlungsimpulsen. Dies bedeutet nicht, abstrakt über Gefühle nachzudenken, sondern sie im Moment bewusst zu erleben, in Sprache zu symbolisieren und sich ihre Bedeutung zu erschließen. Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Patienten zu helfen, mit seinem emotionalen Erleben in Beührung zu kommen. Dies gelingt, indem der Therapeut sorgfältig darauf achtet, was für den Patienten im Augenblick die größte affektive Bedeutung hat. Durch bestimmte Formen der Empathie versucht er dem Patienten zu helfen, sein emotionales Erleben bewusst wahrzunehmen und zu explorieren. Dabei orientiert er sich in seinen sprachlichen Interventionen am somatischen Marker und vermeidet eine allgemeine konzeptuelle Diskursebene. Die wohlwollende, validierende Haltung des Therapeuten schafft die Grundvoraussetzung, dem Patienten zu helfen, emotionale Vermeidung abzubauen, sich seinem emotionalen Erleben und dessen Bedeutung zuzuwenden und Akzeptanz für sein Erleben zu entwickeln.

2. Regulation

Ein weiteres grundlegendes Prinzip emotionaler Veränderung ist, die emotionale Regulationsfähigkeit der Patienten zu verbessern. Dabei ist es wichtig, zwischen emotionaler Über- (Vermeidung, übermäßige Kontrolle) und Unterregulation (Überflutung, Kontrollverlust) zu unterscheiden. In der Regel sind es sekundäre Emotionen wie Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit sowie primär maladaptive Angst und Scham, die es zu regulieren gilt. Zur gesunden Emotionsregulation zählen Fähigkeiten wie emotionales Erleben identifizieren und benennen, es zulassen, akzeptieren und tolerieren sowie sich selbst beruhigen zu können (z. B. durch Entspannung, Atmung, Achtsamkeit, hilfreiche Selbstverbalisationen etc. (vgl. Berking, 2008), aber auch die Internalisierung des Gehaltenwerdens (Containment) und der Empathie des Therapeuten. Langfristig soll die Vulnerabilität des Patienten für schmerzhafte Emotionen reduziert und seine Fähigkeit gestärkt werden. Zugang zu positiven Emotionen zu bekommen. Einen wesentlichen Beitrag zur Regulation leistet dabei die empathische therapeutische Beziehung. Der Therapeut bietet ein sicheres, beruhigendes Umfeld und unterstützt so das „Containment“ schmerzhafter Emotionen. Über die Zeit hinweg kann der Patient die beruhigende Funktion des Therapeuten internalisieren und seine implizite Regulationsfähigkeit verbessern. Aus emotionsfokussierter Sicht entwickelt sich die Regulationsfähigkeit eines Patienten vor allem, weil er schmerzhafte Emotionen im Kontext einer empathischen Beziehung auf neue Weise erlebt.

3. Reflexion

Das dritte wichtige Prinzip emotionaler Veränderung ist Reflexion. Wie wir oben beschrieben haben, geht es in der Emotionsfokussierten Therapie stets um eine Integration von affektiven und kognitiven Prozessen. Der Therapeut hat die Aufgabe, Patienten dabei zu unterstützen, ihre Emotionen in Worte zu fassen, sich deren Sinn zu erschließen und Auslösersituationen zu erkennen sowie Aufschluss darüber zu erhalten, wie sie ihr Erleben organisieren und schließlich zu neuen emotionalen Bedeutungen gelangen. Ziel ist es, die emotionalen Prozesse des Patienten narrativ in seine Lebensgeschichte bzw. sein fortlaufendes Selbstanarrativ einzubetten.

4. Transformation

Das letzte und vielleicht wichtigste Prinzip emotionaler Veränderung ist das der Transformation. Es beinhaltet, Emotionen mit Emotionen zu verändern (Greenberg, 2002). Hintergrund dieses Prinzips ist die vielfach beschriebene „kognitive Undurchdringlichkeit“ emotionalen Erlebens, also die Unmöglichkeit, Emotionen allein durch Gedanken zu verändern (Teasdale, 1999). Bei der Transformation geht es darum, maladaptive emotionale Reaktionen durch die gleichzeitige Aktivierung adaptiver emotionaler Reaktionen aufzuheben und zu verändern. In der Form eines dialektischen Prozesses bilden sich aus der Synthese widerstreitender emotionaler Reaktionen neue emotionale Reaktionen und neue emotionale Schemata. Als Analogie zieht Greenberg (2002) die Entwicklung des Laufens bei Kleinkindern heran. Aus den gegenläufigen Schemata „Stehen“ und „Fallen“ bildet sich

das qualitativ neue Schema „Laufen“. Auf die Therapie übertragen, vermag beispielsweise adaptiver Ärger über eine Grenzverletzung mit der Tendenz, „nach vorn zu schnellen“, um sich zu verteidigen, maladaptive Scham mit der Tendenz, „im Boden zu versinken“, in ein Gefühl von Selbstakzeptanz zu verwandeln. In der Neuropsychologie findet dieses Prinzip Unterstützung in der Forschung Davidsons (Davidson, 2000), die nahelegt, dass rückzugsorientierte Emotionen aus der rechten Hirnhemisphäre durch die Aktivierung annäherungsorientierter Emotionen aus der linken Hirnhemisphäre transformiert werden können. Beim Prinzip der Transformation geht es nicht um Habituation, Löschung maladaptiver emotionaler Reaktionen oder um Katharsis, sondern um die Generierung neuen, adaptiveren emotionalen Erlebens, das neue, adaptivere emotionale Reaktionen an die Stelle alter problematischer emotionaler Reaktionen setzen kann. Die wichtigste Methode zur Förderung emotionaler Transformation ist, adaptive emotionale Reaktionen, die im Hintergrund aktiviert sind, durch evokative und imaginative Interventionen ins Bewusstsein zu holen und Patienten mit den adaptiven Bedürfnissen und Handlungstendenzen, die in diesen enthalten sind, in Berührung zu bringen. Diese bilden dann die Basis für resilientere, lebendigere Organisationen des Selbst als z. B. wehrhaft und/oder wertvoll.

Diese vier Prinzipien emotionaler Veränderung können als Metastrategien verstanden werden, die das therapeutische Handeln leiten. Auf der Praxisebene werden diese Prinzipien durch zwei prozessorientierte Orientierungsrahmen ergänzt: die Unterscheidung verschiedener Typen emotionalen Erlebens und die Unterscheidung verschiedener emotionaler Verarbeitungsschwierigkeiten sowie korrespondierender therapeutischer Interventionen. Beide ermöglichen ein systematisches Arbeiten mit Emotionen.

■ Unterschiedliche Emotionstypen

Die Emotionsfokussierte Therapie unterscheidet klinisch vier Typen emotionalen Erlebens, die jeweils eine unterschiedliche therapeutische Vorgehensweise erfordern: *primär adaptive und primär maladaptive, sekundäre und instrumentelle Emotionen* (Elliott et al., 2008; Greenberg und Safran, 1987; Herrmann und Greenberg, 2007).

1. Primär adaptive emotionale Prozesse sind die erste unmittelbare Reaktion auf eine Situation. Deren Erleben gilt es, in der Therapie zu explorieren, zuzulassen und zu fördern. Primäre adaptive Emotionen haben die Funktion, komplexe situative Informationen schnell und weitgehend automatisch zu verarbeiten und der Person so zu helfen, angemessen und adaptiv zu handeln. Zum Beispiel ist Wut eine adaptive emotionale Reaktion auf Bedrohung, wenn sie jemand in die Lage versetzt, aggressiv zu handeln, um sich und seine Familie zu verteidigen. Primär adaptive Emotionen entstehen immer neu und frisch in Reaktion auf äußere oder innere Ereignisse und verändern sich mit Veränderung der Situation. Für die meisten Patienten fühlen sich primär adaptive Emotionen, obgleich sie mitun-

ter schmerhaft sein mögen, „irgendwie gut“ an, so wie beispielsweise Traurigkeit nach einem Verlust, die dem Patienten ein Gefühl von Ganzheit verleiht.

2. Die erste unmittelbare emotionale Reaktion einer Person auf eine Situation kann jedoch auch **primär maladaptive** sein. Primär maladaptive Emotionen verhelfen einer Person nicht zu adaptivem Handeln im Hier und Jetzt, sondern basieren auf traumatischem Lernen. Am deutlichsten wird dies am Beispiel einer Traumatisierung. Hat jemand beispielsweise in der Kindheit gelernt, dass Zuwendung von grenzüberschreitendem, missbräuchlichem Verhalten gefolgt wird und daher gefährlich ist, wird er in der Folge auch später im Erwachsenenalter mit Angst und somit abwehrend auf zwischenmenschliche Nähe reagieren. Langfristig kann dies zu einer Entfremdung vom eigentlichen Bedürfnis (z. B. nach Bindung) führen bzw. es dauerhaft unbefriedigt lassen. Der Ausbildung maladaptiver emotionaler Schemata und damit verknüpfter maladaptiver Emotionen müssen aber keine einmaligen Traumatisierungen zugrunde liegen. Oft sind es „Small-t Traumata“ wie Verlusterlebnisse oder wiederholte Ablehnung oder Entwertung durch enge Bezugspersonen, häufig in Verbindung mit frühen Problemen in der dyadischen Affektregulation (Schore, 2003; Stern, 1985). Die Prozesse, die hier als maladaptiv bezeichnet werden, waren in ihrer Entwicklung durchaus einmal funktional; z. B. Angst, die zu Flucht bzw. Vermeidung oder Scham, die zu selbstwertschützendem Rückzug führte. Wenn der emotionale Prozess unverarbeitet und unabgeschlossen bleibt, geht seine Funktionalität jedoch verloren, da er unabhängig von veränderten Umständen (z. B. für den Erwachsenen ist zwischenmenschliche Nähe nicht mehr gefährlich) immer wieder auftritt, generalisiert und womöglich ein destruktiver Teil der Identität wird. Zentral für den therapeutischen Umgang mit primär maladaptiven emotionalen Prozessen ist es daher, am zugrunde liegenden emotionalen Schema zu arbeiten, das diese Prozesse immer wieder generiert. Wenn eine Person tiefe Scham in Verbindung mit der Bewertung des Selbst als „schlecht und nutzlos“ beispielsweise in Reaktion auf eine Grenzverletzung oder in Reaktion auf einen Misserfolg erlebt, so wäre dies ein Beispiel für eine primär maladaptive Emotion. Die emotionale Reaktion ist der Situation nicht angemessen, sie führt nicht zu adaptivem Handeln im Sinne der Erfüllung eigener Bedürfnisse.
3. **Sekundär reaktive** emotionale Prozesse überdecken die primäre adaptive Emotion. Sie sind als dysfunktionaler Versuch des Organismus zu verstehen, unerträgliches primäres emotionales Erleben zu regulieren. Generell gilt es hier, die zugrunde liegende primäre Emotion zu ermitteln. Beispielsweise kann bei Zurückweisung ein primäres Gefühl der Verletzung durch sekundäre Wut verdeckt sein. Es kann aber auch vorkommen, dass zwei oder mehrere Emotionen sich so überlagern, dass keine der vorliegenden Emotionen richtig wahrnehmbar wird. Dies ist z.B. der Fall, wenn Patienten anklagend oder vorwurfsvoll sind, wobei hier Traurigkeit und Wut gleichzeitig anklingen:

Traurigkeit, nicht zu bekommen, was man braucht, und Wut darüber, dass es einem versagt wird. Keine der beiden Emotionen kann durch die Vermischung in Anklage (Wut im Vordergrund) oder „Jammern“ (Traurigkeit im Vordergrund) für sich spürbar werden und wird so verdeckt. Hier gilt es, den emotionalen Prozess zu verlangsamten und allen emotionalen Nuancen zum Ausdruck zu verhelfen. Sekundäre Prozesse können auch aus Bewertungen der eigentlichen emotionalen Reaktion entstehen, die dann selbst kaum mehr wahrnehmbar ist. Zum Beispiel kann Schuld über die eigene Ärgerreaktion so stark erlebt werden, dass der Ärger selber möglicherweise gar nicht mehr zum Vorschein kommt. Auch eine emotionale Reaktion auf gedankliche Prozesse, wie im Falle von Angst in Reaktion auf katastrophisierende Gedanken, ist als sekundäre Emotion zu verstehen. Zwar ist hier die Emotion eine Reaktion auf gedankliche Prozesse, aber dennoch ein dysfunktionaler Regulationsversuch primären emotionalen Erlebens. Ein Patient mit einer generalisierten Angststörung beispielsweise hat in der Regel keinen Zugang zu primären, möglicherweise problematischen emotionalen Prozessen. Sie werden durch die Angst und Sorge verdeckt. Sekundäre Emotionen können häufig als symptomatisch verstanden werden, wie das beispielsweise bei Gefühlen der Schuld, Hilf- und Hoffnungslosigkeit in der Depression der Fall ist. In der therapeutischen Situation werden sekundäre Emotionen zum Beispiel dadurch erkennbar, dass die emotionale Reaktion eines Patienten weder zur berichteten Situation noch zu seiner impliziten Bewertung der Situation passt (z. B. Patient fühlt sich von seiner Frau zurückgewiesen und verletzt, hat aber keinen Zugang zu seinen verletzten Gefühlen und drückt Ärger aus). In vielen Fällen lassen sich sekundäre Emotionen auch daran erkennen, dass sie eine vermischtete Qualität haben, wie in obigem Beispiel beschrieben, oder global, diffus und unspezifisch sind wie beispielsweise im Falle depressiver Hoffnungslosigkeit.

4. Schließlich können **instrumentelle emotionale** Prozesse von den zuvor genannten unterschieden werden, bei denen eine Emotion vor allem ihrer Wirkung halber gezeigt wird. Instrumentelle Emotionen können als Inszenierungen verstanden werden, um andere zu beeinflussen. Dieser Prozess kann bewusst und willkürlich, aber auch ohne dass er der Person bewusst und einsichtig wäre, erfolgen. Therapeutisch steht im Vordergrund, mit behutsamer Konfrontation zu reagieren und an den interpersonalen Motiven zu arbeiten (vgl. Elliott et al., 2008). Instrumentelle Emotionen kommen in der Therapie vor allem bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vor.

Bei dieser Darstellung emotionalen Erlebens ist es wichtig zu betonen, dass die *Klassifikation prozess- und nicht strukturorientiert* ist. Jede Emotion kann bei jedem Patienten grundsätzlich jedem Typus entsprechen – je nachdem, an welcher Stelle des therapeutischen Prozesses sie auftritt, welche Funktion sie hat und auf welche Weise sie erlebt und ausgedrückt

wird. Neben einer rein zeitlichen oder funktionalen Unterscheidung gilt es, immer auch die jeweilige Ausdrucks- und Erlebensweise der Emotion im Moment zu betrachten. Sie gibt Aufschluss darüber, wie sehr ein Patient im jeweiligen Moment mit seinem primären Erleben in Berührung ist. So ist es beispielsweise die Stimmqualität, die darüber Aufschluss gibt, ob ein wütender Ausspruch wie „Das hast du mir angetan!“ als sekundär oder primär zu bewerten ist. Spricht der Patient mit fester, bestimmter Stimme oder ist in der Stimme etwas Klagentes, Vorwurfsvolles oder Verletztes hörbar? Aber auch Aspekte, wie z. B. die Art der Formulierung, der Kontext und der Grad der Regulation, können hier Aufschluss geben. Dem Therapeuten dient diese Klassifikation als grundlegende Orientierung. Sein Ziel ist es, den Patienten zu seinem primären Erleben, insbesondere seinem primär maladaptiven Erleben hinzuführen. Dabei folgt er dem, was Greenberg und Kollegen (Greenberg und Watson, 2006) den „Schmerzkompass“ nennen. Der Therapeut orientiert sich also an dem, was in der Erzählung des Patienten im Augenblick am emotional bedeutsamsten bzw. schmerhaftesten erscheint.

■ Marker emotionaler Verarbeitungsschwierigkeiten und therapeutische Aufgaben

Der zweite wichtige Orientierungsrahmen, der das therapeutische Handeln im emotionsfokussierten Ansatz leitet, ist die Klassifikation von „Markern“ und korrespondierenden „therapeutischen Aufgaben“. Der Therapeut ist jederzeit empathisch auf den Erlebensprozess des Patienten eingestimmt. Dabei achtet er auf charakteristische emotionale Verarbeitungsprobleme des Patienten, die sich in Form von „Markern“ äußern. Marker sind verbale Äußerungen des Patienten, die anzeigen, dass er mit einem spezifischen emotionalen Verarbeitungsproblem ringt und bereit ist, an diesem zu arbeiten. Jedem Marker ist jeweils eine bestimmte Interventionsstrategie bzw. eine spezifische therapeutische Aufgabe zugeordnet. Für alle Marker liegen empirisch basierte Modelle vor, die einzelne Stufen der Auflösung eines spezifischen Verarbeitungsproblems beschreiben und dem Therapeuten konkrete Handlungsanweisungen geben, wie er den Patienten auf den jeweiligen Stufen bei der Lösung einer Aufgabe unterstützen kann. Eine ausführliche Darstellung der therapeutischen Aufgaben findet sich u. a. bei Elliott et al. (2008). Im Folgenden werden einige der wichtigsten Marker und Interventionen bzw. Aufgaben vorgestellt.

1. Empathie

Empathie bildet die Basis des therapeutischen Handelns im emotionsfokussierten Ansatz. Sie ist zugleich therapeutische Technik und grundlegender Modus der Beziehungsgestaltung. Die Emotionsfokussierte Therapie unterscheidet verschiedene Formen der Empathie. Sie reichen von rein verstehenden, validierenden über explorative zu evokativen und vermutenden Interventionen. Eine ausführliche Übersicht der unterschiedlichen Formen empathischen Intervenierens findet sich

z. B. bei Elliott et al. (2008). Ziel des empathischen Vorgehens ist es, 1. ein sicheres, validierendes Umfeld zu schaffen, in dem der Patient sich emotional öffnen kann, und 2. dem Patienten zu helfen, sein implizites emotionales Erleben explizit zu machen, es ins Bewusstsein zu holen, in Worten zu symbolisieren und zu verstehen. Dabei übernimmt der Therapeut die Funktion eines „behelfsmäßigen“ Informationsverarbeiters („surrogate information processors“) (Elliott et al., 2008). Der Therapeut achtet auf das, was in den verbalen und nonverbalen Äußerungen des Patienten emotional am lebendigsten ist, und versucht ihn damit in Berührung zu bringen. Dabei orientiert er sich unter anderem an der eben beschriebenen Unterscheidung mehrerer Typen emotionalen Erlebens sowie dem Schmerzkompass.

Es folgt ein kurzes Beispiel dieses Vorgehens:

Patient:

Und dann saß sie dort auf der Couch und hat sich die ganze Zeit mit diesem Typen unterhalten und, ich weiß nicht, ich konnte mich auf gar nichts anderes mehr konzentrieren.

Therapeut:

Ja, Sie sitzen dort und können nicht anders, als immerzu zu ihr rüberzusehen, irgendwie nimmt es Sie völlig gefangen (evokative Empathie) und Sie fühlen sich dabei so . . . (explorative Empathie)

Patient:

Ich habe einfach solche Angst, sie könnte sich in jemand anders verlieben. (*seufzt*)

Therapeut:

Ja, Sie haben einfach solche Angst, sie zu verlieren. (verständige Empathie) Und irgendwie ist es so, ich weiß nicht genau, „ich habe kein Vertrauen, dass sie bei mir bleibt“? (vermutende Empathie)

Patient:

Ja, ich fühle mich ihr einfach so unterlegen.

Diese Form des empathischen Vorgehens stellt den grundlegenden Modus des therapeutischen Handelns dar. Aus ihm entwickeln sich die Marker für aktiverne Interventionen, die als Nächstes beschrieben werden. Der empathische Modus begleitet zugleich die einzelnen therapeutischen Aufgaben, und nach erfolgreichem Abschluss einer Aufgabe oder wenn eine Aufgabe stockt und der Prozess nicht vorangeht, kehrt der Therapeut wieder zu ihm zurück.

2. Systematisches evokatives Erschließen bei problematischen Reaktionen

Gerade in der Depression berichten Patienten häufig von emotionalen Reaktionen, die sie nicht einordnen können und/oder über die sie verwirrt sind.

Eine Patientin berichtete zum Beispiel: „Als mich dieser Arzt gestern gefragt hat, wie es mir geht, musste ich auf einmal losheulen. Und ich weiß gar nicht, warum, eigentlich ging es mir gut.“ Dies ist eine Gelegenheit für systematisches evokatives Erschließen. Diese Intervention beinhaltet, die betreffende Situation durch eine evokative Beschreibung der

Szene wiederzuerleben, um so eine Verbindung zwischen der Situation, den Gedanken und der emotionale Reaktion herzustellen („In dem Moment ist mir bewusst geworden, dass sich eigentlich niemand dafür interessiert, wie es mir geht“). Ziel ist es, dem Patienten zu helfen, zu verstehen, welche implizite emotionale Bedeutung die Situation für ihn hatte. Das systematische evokative Erschließen ist ein wichtiges Instrument, um die Wahrnehmung und die Bewusstheit emotionalen Erlebens zu fördern.

3. Focusing bei einem unklaren körperlich vermittelten Gefühl

Bei einem unklaren körperlich vermittelten Gefühl, („Ich habe dieses komische Gefühl im Bauch, wenn ich an Peter denke, ich kann aber nicht genau sagen, was es damit auf sich hat“) wird mittels Focusing (vgl. Feuerstein et al., 2000; Gendlin, 1996) versucht, das Gefühl sprachlich zu symbolisieren („.... wie ein harter Stein in der Magengrube, in dem sich alles zusammenzieht“) und sich seinen Sinn zu erschließen („Ich fühle mich einfach nicht anerkannt und gewürdigt und wünsche mir dabei so, dass er mich anerkennt“). Dies geschieht, indem der Therapeut den Patienten ermutigt, sich dem körperlichen Aspekt des unklaren Gefühls mit einer neugierigen, akzeptierenden Haltung zuzuwenden („Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, und gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit nach innen – dorthin, wo Sie Ihre Gefühle fühlen. Schauen Sie einfach, was kommt, und versuchen Sie, ihm eine neugierige, akzeptierende Haltung entgegenzubringen“). Focusing ist ebenfalls ein wichtiges Instrument, die Wahrnehmung und Bewusstheit emotionalen Erlebens sowie dessen Symbolisierung zu fördern. Dies ist gerade bei Patienten wichtig, die ihre Gefühle rational/konzeptuell verarbeiten, ohne Bezug auf ihr körperlich vermitteltes Erleben zu nehmen oder mit diesem in Berührung zu sein.

4. Zwei-Stuhl Arbeit bei selbstbewertenden Spaltungen

Bei einer selbstbewertenden Spaltung befinden sich zwei Selbstanteile des Patienten miteinander im Konflikt. Dies ist in der Regel ein kritischer oder antreibender Selbstanteil (der Innere Kritiker) und ein erlebender Selbstanteil, der sich in Reaktion auf den Kritiker z. B. niedergeschlagen, hoffnungslos, schuldig oder wertlos fühlt. In der Zwei-Stuhl-Arbeit werden die widerstreitenden Selbstanteile miteinander in Dialog gebracht, und es wird versucht, sie einer Integration zuzuführen. Ziel ist 1., dem Patienten zu helfen, auf erlebensorientierte Weise zu verstehen, wie er mit sich umgeht und sein depressives Erleben generiert wird, sowie 2., ein Weicherwerden („Softening“) auf Seiten des Kritikers und Selbstbehauptung auf Seiten des Erlebenden Selbst zu fördern. Dies gelingt, indem die Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse beider Selbstanteile exploriert und in einen lebendigen Dialog gebracht werden. Die Arbeit mit dem Inneren Kritiker ist eine der wichtigsten Interventionen in der Emotionsfokussierten Therapie der Depression, da es oft die selbstkritische Spaltung ist, welche die Depression aufrechterhält (Greenberg und Watson, 2006).

Es folgt ein verkürztes Beispiel aus der Therapie mit einem selbstkritischen Patienten, der sich in Reaktion auf seinen harschen Inneren Kritiker klein und nichtig fühlt. Der Dialog beginnt mit der kritischen Stimme.

Therapeut:

Kommen Sie hier herüber (*zeigt auf den zweiten Stuhl*), und geben Sie ihm das Gefühl, dass er klein und nichtig ist. Wie machen Sie das?

Patient:

Guck dich doch mal an, allein schon wie du aussiehst. So klein und schmächtig . . . (*macht eine wegwerfende Handbewegung*)

Therapeut:

Was machen Sie mit Ihrer Hand . . . machen Sie das noch mal. . .

Patient:

(*wiederholt Handbewegung*) Ich kann dich einfach nicht ernst nehmen.

Therapeut:

Sagen Sie ihm das!

Patient:

Ich kann dich nicht ernst nehmen, du bist kein richtiger Mann!

Therapeut:

Mhm. Du bist kein richtiger Mann. Sagen Sie das noch mal, das scheint wichtig zu sein!

Patient:

Du bist kein richtiger Mann!

Therapeut:

Kommen Sie hier herüber . . . (*behutsam*) Was passiert, wenn Sie dies hören: „Ich kann dich nicht ernst nehmen, du bist kein richtiger Mann.“

Patient:

. . . Ich denke es stimmt. Er hat recht.

Therapeut:

Mhm. (*behutsam*) „Er hat recht, ich bin kein richtiger Mann.“

Und wie fühlt sich das an?

Patient:

. . . (*seufzt*) Schon irgendwie fies.

Therapeut:

Mhm, (*behutsam*) das tut weh . . .

Patient:

Mhm. (*nickt*)

Therapeut:

(*behutsam*) Ja, das tut weh. Sagen Sie ihm das, sprechen Sie ihn direkt an. (*zeigt auf den Stuhl des Kritikers*).

Patient:

Das tut verdammt weh, wenn du das zu mir sagst. Ich fühle mich dann total daneben . . . klein.

Therapeut:

Mhm, (*behutsam*) klein und irgendwie daneben. Was brauchen Sie von ihm? (*zeigt auf den Stuhl des Kritikers*)

Patient:

Dass er aufhört mit dieser Scheiße!

Therapeut:

Aufhört, Sie kleinzumachen?

Patient:

Ja. (*richtet sich auf*)

Therapeut:

Dann sagen Sie ihm das.

Patient:

Hör auf, mich so kleinzumachen!

Therapeut:

Und wie fühlen Sie sich, wenn Sie ihm das sagen?

Patient:

Irgendwie wütend.

Therapeut:

Sagen Sie ihm das, erzählen Sie ihm von Ihrer Wut.

Patient:

Es ist nicht o. k., dass du mich so fertigmachst, dass du mich immer so kleinmachst

Therapeut:

Was wollen Sie von ihm? Sagen Sie ihm, was Sie von ihm wollen!

Patient:

Dass er damit aufhört. Hör auf damit, lass mich in Ruhe! (*lauter*)

Therapeut:

Hör auf, mich so kleinzumachen, mir zu sagen, ich bin kein richtiger Mann . . .

[...]

Patient:

Das stimmt einfach nicht. Ich bin ein „richtiger“ Mann . . . allein schon bei all dem Scheiß, den ich zu Hause erlebt habe . . .

Dies ist ein Ausschnitt aus einer umfangreicher Arbeit am Inneren Kritiker, die sich über mehrere Stunden erstreckt. An anderen Stellen des Dialoges verläuft der Prozess langsamer, und Therapeut und Patient verbringen mehr Zeit mit der Vertiefung des Schamerlebens.

Nachdem der Patient auf dem Stuhl des Erlebenden Selbst Ärger über das abwertende Verhalten des Kritikers ausgedrückt hat, bittet der Therapeut den Patienten zurück auf den Stuhl des Kritikers und fragt nach dessen Reaktion auf die Äußerungen des Erlebenden Selbst. Im weiteren Verlauf wird der Innere Kritiker weicher und verbalisiert wichtige Werte und Standards, die seiner Kritik zugrunde liegen („Ich habe Angst, dass du so ein Loser wirst wie dein Vater“). Dies schafft die Basis für ein konstruktives Aushandeln der Standards und Werte des Kritikers auf der einen und der Wünsche und Bedürfnisse des Erlebenden Selbst auf der anderen Seite („Ich möchte einfach ich selbst sein dürfen“).

5. Zwei-Stuhl Arbeit bei selbstunterbrechenden Spaltungen

Eine weitere Variante der Zwei-Stuhl-Arbeit ist die Arbeit mit selbstunterbrechenden Prozessen. Sie wird eingesetzt, wenn Patienten den Ausdruck und/oder das Erleben ihrer Emotionen unterbrechen. Ein Beispiel ist ein Patient, der müde wird und Kopfschmerzen entwickelt, sobald er mit verletzlichen Gefühlen, wie z. B. Scham, in Berührung kommt und schließlich gar nichts mehr spürt. Bei der Zwei-Stuhl Arbeit bei selbst-

unterbrechenden Spaltungen wird der „unterbrechende“ Selbstanteil auf einen Stuhl gesetzt und aufgefordert, den Erlebenden Selbstanteil an dem Erleben und/oder Ausdruck eines bestimmten Gefühls zu hindern. Dies kann verbal sein („Fühl nicht, es ist zu schmerhaft“ oder „Du wirst in ein schwarzes Loch fallen und nie wieder rauskommen“), häufig aber auch nonverbal, körperlich (z. B. Luft anhalten, Schultern hochziehen, die Stirn kraus ziehen) oder metaphorisch (z.B. Gefühle wegsperren). Auf diese Weise soll der unterbrechende Vorgang explizit gemacht werden und der Patient bewusste Kontrolle über ihn erlangen. Der Patient soll in die Lage versetzt werden, den unterbrechenden Anteil herauszufordern und die unterdrückten bzw. unterbrochenen Emotionen bewusst zu erleben und auszudrücken.

6. Leere-Stuhl Arbeit bei überdauernden schmerhaften Gefühlen gegenüber einem bedeutsamen Anderen

Eine weitere zentrale therapeutische Aufgabe in der Emotionsfokussierten Therapie der Depression ist die Leere-Stuhl Arbeit. Sie wird bei anhaltenden oder wiederkehrenden schmerhaften Gefühlen gegenüber bedeutsamen Bindungspersonen (z. B. Eltern, Geschwister, Ex-Partner) nach Ereignissen wie Trennungen, Verlusten, Verletzungen eingesetzt. Ein typisches Beispiel für einen Marker ist folgende Aussage einer Patientin: „Meiner Mutter hat mir nie die Zuneigung gegeben, die ich mir gewünscht habe, hat mich nie in den Arm genommen oder mir gesagt, dass sie mich liebt hat. Aber was soll ich machen. Sie ist tot, und mir bleibt nichts anderes übrig, als mit dem Schmerz zu leben.“ In der Leeren-Stuhl Arbeit geht es darum, die innere Repräsentation des bedeutsamen Anderen in der Imagination auf einen leeren Stuhl gegenüberzusetzen und die emotionalen Reaktionen des Patienten zu explorieren und zu verarbeiten. Ziel ist es, die Veränderung der inneren Repräsentation des Anderen sowie der emotionalen Reaktionen auf diese Repräsentation zu bauen. Im obigen Beispiel gelang es der Patientin, im Verlauf der Leeren-Stuhl Arbeit Ärger über die erlebte Zurückweisung sowie ein Gefühl von Berechtigung und Empowerment zu erleben („Ich hätte verdient gehabt, dass du für mich da bist“). Dadurch erhielt sie Zugang zu den schmerhaften Gefühlen der Trauer und des Verlustes, und es war ihr möglich, das (nicht erfüllbare) Bedürfnis nach Anerkennung durch ihre Mutter loszulassen. Zudem veränderte sich das Bild, das sie von ihrer Mutter hatte. Am Ende der Leeren-Stuhl Arbeit sah sie ihre Mutter nicht länger als „kalt und abweisend“, sondern als „mit sich und ihrer Krankheit überfordert“.

■ Phasen der Therapie

Die Therapie verläuft in drei Phasen, die jedoch nicht streng linear verlaufen (Greenberg und Watson, 2006). In der ersten Phase steht der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und die Förderung der Wahrnehmung und des Bewusstseins für emotionale Prozesse im Vordergrund. Der Therapeut gibt dem Patienten ein Rational für die Arbeit mit Emotionen und der Notwendigkeit, bisweilen auch schmerzhafte Emotionen bewusst zu erleben und sich mit ihnen aus-

einanderzusetzen. Therapeut und Patient einigen sich zudem auf zentrale Themen und Ziele der Therapie sowie Methoden (Aufgaben), diese Themen zu bearbeiten und die angestrebten Ziele zu erreichen. In der zweiten Phasen geht es um die Aktivierung und Exploration problematischen emotionalen Erlebens. Dies beinhaltet insbesondere die Aktivierung zentraler maladaptiver emotionaler Schemata, was nicht selten die Arbeit an selbstunterbrechenden Prozessen und anderen Formen der Vermeidung erfordert. In der dritten Phase schließlich geht es um die Aktivierung alternativer adaptiver emotionaler Reaktionen, um maladaptive emotionale Reaktionen zu transformieren. Neu aufkommende resilientere Selbstorganisationen gilt es, wahrzunehmen, zu stärken und zu validieren und reflexiv in das Selbstdnarrativ und die bisherige Lebensgeschichte des Patienten einzuordnen.

■ Forschungsbefunde

Die Wirksamkeit der Emotionsfokussierten Therapie der Depression konnte in mehreren klinischen Studien belegt werden (Goldman et al., 2006; Greenberg und Watson, 1998; Watson et al., 2003). Behandelt wurden jeweils Patienten mit leichten und mittelschweren depressiven Episoden. In Vergleichsstudien mit klassischer personenzentrierter Therapie (Goldman et al., 2006; Greenberg und Watson, 1998) sowie kognitiver Verhaltenstherapie (Watson et al., 2003) war die Emotionsfokussierte Therapie den anderen beiden Therapieformen in der Behandlung zwischenschmälerlicher Schwierigkeiten überlegen. So zeigten Patienten, die eine emotionsfokussierte Behandlung erhalten hatten, zum Beispiel mehr Selbstbehauptung und gaben den Ansprüchen anderer weniger nach als Patienten, die eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung absolviert hatten. Damit liegen, wie von Chambless et al. (1998) gefordert, kontrollierte Studien von zwei unterschiedlichen Forschungsgruppen vor, in denen sich die Emotionsfokussierte Therapie einem anderen Verfahren als überlegen (personenzentrierte Therapie) und einem anerkannten Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie) als ebenbürtig in der Reduktion der depressiven Symptomatik erwies. Entsprechend wurde die Emotionsfokussierte Therapie von der American Psychological Association (APA) in die Liste der wissenschaftlich fundierten („evidence-based“) Verfahren der Depressionsbehandlung aufgenommen (Klonsky/APA, 2008). Neben der eben geschilderten Ergebnisforschung liegt auch eine Fülle von Befunden zu einzelnen Veränderungsprozessen in der Emotionsfokussierten Therapie der Depression vor. Zu den wichtigsten Befunden zählt, dass die „Tiefe des Erlebens“ als Operationalisierung der emotionalen Verarbeitungsfähigkeit eines Patienten (Goldman et al., 2005; Pos et al., 2003) den Therapieerfolg vorhersagt. Dabei konnten Pos et al. (2003) zeigen, dass die Verbesserung der emotionalen Verarbeitungsfähigkeit über die Therapie hinweg ausschlaggebender ist als vor der Therapie bestehende Unterschiede in dieser Fähigkeit. In einer anderen Studie konnten Greenberg und Kollegen zeigen (Greenberg et al., 2007), dass die Qualität ausgedrückter emotionaler Erregung entscheidender für einen Behandlungserfolg ist als der Grad ausgedrückter emotionaler Erregung allein. Qualität wurde dabei als eine Form der emotionalen

Aktivierung konzeptualisiert, die eine Integration kognitiver und primärer emotionaler Prozesse erlaubt. Dies deckt sich mit der Schlussfolgerung aus der Analyse vorliegender Prozessforschung zu Emotionen in der Psychotherapie von Greenberg und Pascual-Leone (2006), nach der weder reine Katharsis noch reine Reflexion hinreichend für eine wirksame emotionale Verarbeitung ist, sondern dass für eine effektive emotionale Verarbeitung emotionale Aktivierung mit einer kognitiven Auseinandersetzung mit dem aktivierten emotionalen Erleben verknüpft werden muss. Effektive emotionale Verarbeitung bedeutet also, sich den Sinn emotionalen Erlebens zu erschließen und zu neuen emotional basierten Bedeutungen zu gelangen.

■ Schlussfolgerung

Die Emotionsfokussierte Therapie ist ein vielversprechendes Verfahren der Depressionsbehandlung, das klassische Ansätze sinnvoll ergänzt und eigenständig wirksam ist. Mittlerweile liegen erste Behandlungsmanuale in deutscher Sprache vor (z. B. Elliott et al., 2008). Weitere Informationen, insbesondere auch zur Ausbildung in Emotionsfokussierter Therapie, erhalten Sie auf der Webseite des Deutschen Instituts für Emotionsfokussierte Therapie unter www.emotions-fokussierte-therapie.de.

■ Literatur

- Auszra L, Greenberg LS (2007): Client emotional productivity. *Eur Psychother* 7:139-152
- Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G (1979): Cognitive therapy for depression. New York, NY: Guilford
- Berking M (2008): Training emotionaler Kompetenzen. Heidelberg: Springer
- Bischkopf J, Greenberg LS (2007): Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie. In: Kritz J, Slunecko D (eds.): Gesprächspsychotherapie: Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes. Wien: Facultas, S. 109-122
- Blatt SJ (2004): Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives: American Psychological Association
- Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P, Daiuto A, DeRubeis R, Detweiler J, Haaga DAF, Bennet Johnson S, McCurry S, Mueser KT, Pope KS, Sanderson WC, Shoham V, Stickle T, Williams DA, Woody SR (1998): Update on Empirically Validated Therapies, II. *Clin Psychologist* 51(1):3-16
- Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raupe PJ, Hayes AM (1996): Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *J Consult Clin Psychol* 64(3):497-504
- Coombs MM, Coleman D, Jones EE (2002): Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 39(3):233-244
- Damasio AR (1994): Descates' error: Emotion, reason and the human brain. New York: A Grosset/Putnam Book
- Davidson R (2000): Affective style, mood and anxiety disorders: An affective neuroscience approach. In: Davidson R (ed.): Anxiety, depression and emotion. Oxford: Oxford University Press, pp. 88-102
- Elliott RJW, Goldman RN, Greenberg LS (2008): Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie. München: CIP-Medien
- Feuerstein H-J, Müller D, Weiser Cornell A (2000): Focusing im Prozess. Köln: GwG Verlag
- Frijda NH (1986): The emotions. Cambridge, England: Cambridge University Press
- Gendlin ET (1996): Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method. New York, NY, US: Guilford Press
- Goldman RN, Greenberg LS, Angus L (2006): The effect of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychother Res* 16(5):536-546
- Goldman RN, Greenberg LS, Pos A E (2005): Depth of emotional experience and outcome. *Psychother Res* 15(3):248-260
- Greenberg LS (2002). Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg LS, Angus LE (2004): The Contributions of Emotion Processes to Narrative Change in Psychotherapy: A Dialectical Constructivist Approach. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc
- Greenberg LS, Auszra L, Herrmann IR (2007): The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychother Res* 17(4):482-493
- Greenberg LS, Paivio SC (1997): Working with emotions in psychotherapy. New York, NY: The Guilford Press
- Greenberg LS, Pascual Leone A (2006): Emotion in psychotherapy: A practice friendly research review. *J Clin: In Session*, 62(5):611-630
- Greenberg LS, Pascual-Leone J (2001): A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *J Construct Psychol* 14:165-186
- Greenberg LS, Safran JD (1987): Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change. New York: Guilford Press
- Greenberg LS, Watson JC (1998): Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process interventions. *Psychother Res* 8(2):210-224
- Greenberg LS, Watson JC (2006): Emotion-focused therapy for depression. Washington, DC: American Psychological Association
- Hendricks MN (2002): Focusing-oriented/experiential psychotherapy. In: Cain D, Seeman J (eds.): Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 221-252
- Herrmann IR, Greenberg LS (2007): Emotion types and sequences in emotion-focused therapy. *Eur Psychother* 7:41-60
- Klonsky ED (k.D.)/American Psychological Association, society of clinical psychology, division 12 (2008): Website on research-supported psychological treatments. http://www.psychology.sunysb.edu/eklinsky/division12/treatments/depression_emotion.html
- LeDoux JE (1993): Emotional networks in the brain. In: Lewis MH, Jeannette M (eds.): Handbook of emotions. New York: The Guilford Press, pp. 109-118
- LeDoux JE (1995): Emotion: Clues from the brain. *Annu Rev Psychol* 46:209-235
- Oatley K, Jenkins JM (1992): Human emotions: Function and dysfunction. *Annu Rev Psychol* 43:55-85
- Oatley K, Keltner D, Jenkins JM (2006): Understanding emotions. 2nd ed. Malden, MA, US: Blackwell Publishing
- Pos AE, Greenberg LS, Korman LM, Goldman RN (2003): Emotional processing during experiential treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 71(6):1007-1016
- Schore AN (2003): Affect dysregulation and disorders of the self. New York, NY, US: W W Norton & Co

- Silberschatz G, Fretter PB, Curtis JT (1986): How do interpretations influence the process of psychotherapy ? J Consult Clin Psychol 54:646-652
- Stern DN (1985): The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York, NY: Basic Books
- Teasdale JD (1999): Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. Behav Res Ther 37(1):S53-S77
- Tucker DM, Luu P, Desmond REJ, Harrity-Speiser A, Davey C, Flaisch T (2003): Corticolimbic mechanisms in emotional decisions hanisms in emotional decisions. Emotion 3(2):127-149
- Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P (2003): Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. J Consult Clin Psychol 71:773-781

■ Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Imke Herrmann
Dipl.-Psych. Lars Auszra
Hochschulambulanz der Ludwig-Maximilians-Universität
München | Leopoldstraße 13 | 80802 München
herrmann@emotions-fokussierte-therapie.de
auszra@emotions-fokussierte-therapie.de