



Jeannette Bischkopf

Emotionsfokussierte Therapie

Grundlagen, Praxis, Wirksamkeit



HOGREFE



Emotionsfokussierte Therapie

Emotionsfokussierte Therapie

Grundlagen, Praxis, Wirksamkeit

von

Jeannette Bischof

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. Dr. Jeannette Bischkopf. 1991-1998 Studium der Psychologie und Anglistik in Leipzig, Glasgow (U.K.) und Berlin. 1998-2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Psychiatrie der Universität Leipzig. 2002 Promotion. Seit 2003 kontinuierliche psychotherapeutische Weiterbildung in Emotionsfokussierter Therapie in Toronto, Kanada bei Prof. Dr. Leslie Greenberg. 2002-2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Assistentin am Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin. Dozentin an verschiedenen psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen. 2013 Habilitation. Seit 2013 Professorin am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Kiel.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagabbildung: Gisela Dauster, Rheinbach
Satz: Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2209-1

Nutzungsbedingungen:

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

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

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

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

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	7
2 Grundlagen der Emotionsfokussierten Therapie	10
2.1 Entwicklung der Emotionsfokussierten Therapie	10
2.2 Bezeichnungen des Ansatzes	18
2.3 Störungs- und Veränderungstheorie	20
2.3.1 Die (neo)humanistische Orientierung	20
2.3.2 Prozessorientierung und die dialektisch-konstruktivistische Theorie des Selbst	24
2.3.3 Emotionsfokussierung und die aus der Praxis entwickelte Emotionstheorie	27
2.3.4 Das Emotionale Kernschema	36
2.4 Zusammenfassung	40
3 Praxis der Emotionsfokussierten Therapie	42
3.1 Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Emotionsfokussierten Therapie ..	42
3.1.1 Beziehungsprinzipien und Beziehungsgestaltung	44
3.1.2 Das Konzept des Emotion-Coaching	51
3.2 Allgemeine Strategien des therapeutischen Umgangs mit Emotionen ...	61
3.2.1 Emotionen fokussieren und wahrnehmen	63
3.2.2 Überkontrollierte und unterkontrollierte emotionale Prozesse regulieren	69
3.2.3 Den emotionalen Ausdruck fördern	76
3.2.4 Emotionen verändern	83
3.2.5 Emotionen symbolisieren und reflektieren	87
3.2.6 Korrigierende emotionale Erfahrungen zulassen	91
3.3 Spezifische Strategien des therapeutischen Umgangs mit Emotionen ...	93
3.3.1 Marker, Aufgaben und Interventionen	94
3.3.2 Die Zwei-Stuhl-Technik und ihre markergeleitete Anwendung ...	104
3.3.3 Empathische Äußerungen	115
3.4 Indikation und Kontraindikation der Emotionsfokussierten Therapie ...	124
3.5 Emotionsfokussierte Fallkonzeption	128
3.6 Zusammenfassung	131
4 Wirksamkeit der Emotionsfokussierten Therapie	133
4.1 Effektivität und Evidenzbasierte Psychotherapie	134
4.1.1 Evidenzbasierte Psychotherapie	134
4.1.2 Empirischer Status der Emotionsfokussierten Therapie	135
4.2 Prozessmerkmale und Therapieergebnis: Prozess-Outcome-Forschung. .	139

4.2.1	Zentrale Untersuchungseinheiten	140
4.2.2	Das Event-Paradigma	142
4.2.3	Emotionale Prozesse erfassen	142
4.3	Die Sicht der Klienten	143
4.3.1	Der therapeutische Veränderungsprozess aus Klientensicht	144
4.3.2	Hilfreiche Faktoren und Interventionen aus Klientensicht	146
4.4	Zusammenfassung	147
5	Ausblick	149
	Literatur	165
	Sachregister	184

1 Einleitung

Auf einer U-Bahn-Fahrt erzählte ich einer befreundeten Psychotherapeutin, dass ich zur Emotionsfokussierten Therapie arbeite. Sie rief aus: „Emotion-Focused? Which therapy isn't?“ Welche Therapie setzt nicht am Erleben des Klienten an, an den belastenden oder störenden oder fehlenden Gefühlen, die Menschen Hilfe suchen lassen? Wie unterscheidet sich die Emotionsfokussierte Therapie von anderen Herangehensweisen und wie wird das Vorgehen in diesem Ansatz begründet? Das sind die Leitfragen, denen in diesem Buch systematisch nachgegangen wird. Es bietet eine Einführung in die zentralen Konzepte und Strategien der Emotionsfokussierten Therapie und gibt einen Überblick über die wichtigsten Wirksamkeitsnachweise.

Meine erste Begegnung mit Leslie Greenberg, der häufig als der Begründer der Emotionsfokussierten Therapie angesehen wird¹, hatte ich Ende 2002. Ich sah ein Video der APA, das mir eine befreundete Gestalttherapeutin geliehen hatte. Ein Klient wird von einem Schauspieler gespielt, er wirkt sehr kontrolliert und wechselt in rascher Folge die Stühle im Stuhl-Dialog. Zu Beginn gibt Greenberg eine kurze Einführung über die Rolle von Emotionen in der Psychotherapie, die er zum Teil abliest. Es ist aus heutiger Sicht sicherlich eine der schlechtesten verfügbaren Quellen, hatte aber damals einen bleibenden Eindruck auf mich gemacht, vor allem die Geschwindigkeit, mit der die Prozesse abliefen.

Dieser Eindruck verstärkte sich, als ich den Artikel mit dem programmatischen Titel „Ideal Psychotherapy Research“ (Greenberg, 1999) las. Hier waren es die Beispielinterventionen, die in Transkriptionsausschnitten der tatsächlichen Therapiesitzungen gegeben waren und die Aussicht, Veränderungsprozessen in der Therapie so nah zu kommen und sie mit der entsprechenden Methode verstehen und analysieren zu können, die in mir den Wunsch weckten, das Verfahren unbedingt zu erlernen. Ich hatte bereits Grundlagen der Klientenzentrierten Therapie gelernt, einen Focusing-Workshop bei Eugene Gendlin besucht und war im Kathathymen Bilderleben ausgebildet. Ich hatte eigene mehrjährige tanzpädagogische Erfahrung und Erfahrung mit Psychodrama und dem darstellenden Spiel. Der Ausdruck und die Symbolisierung von Erfahrung z. B. in Literatur und Kunst hatten mich immer fasziniert. Die Emotionsfokussierte Therapie schien nun all das in sich zu vereinen und darüber hinaus einer wissenschaftlichen klaren Logik zu folgen. Sie gilt heute als wissenschaftlich fundiertes Psychotherapieverfahren (APA) und integriert Erkenntnisse der neurowissenschaftlichen Emotionsforschung sowie der empirischen Psychotherapieforschung. Die Emotionsfokussierte Therapie wurde seit Mitte der 1980er Jahre vor allem in Kanada entwickelt.

Leslie Greenberg kam 2003 nach Deutschland zu einer Tagung in Würzburg, die Gestalttherapeuten in Dialog mit dem neuen Ansatz brachte (Gegenfurtner & Fresser-Kuby, 2006). Hier entstand mein Interesse daran, zu verstehen, wo Unterschiede und

¹ Das Manual zur Therapie wurde von Greenberg, Rice und Elliott (1993) erstellt.

Gemeinsamkeiten verschiedener Psychotherapieverfahren liegen. Am Rande dieser Tagung luden wir – der Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie der Freien Universität Berlin unter Leitung von Anna Auckenthaler – Leslie Greenberg zu einem Vortrag nach Berlin ein, den ich organisierte. Kurz darauf meldete ich mich zum Intensivtraining in Emotionsfokussierter Therapie in Toronto, Kanada an, verbrachte 2005 einen Arbeitsaufenthalt an der York University bei Leslie Greenberg und wurde für ein Jahr 2006/2007 als Gastwissenschaftlerin eingeladen an die dortige Psychotherapy Research Clinic. Vor Ort arbeitete ich mit Lynne Angus, David Rennie, Antonio Pascual-Leone, Jennifer Ellison, Alberta Pos, Joanne Dolhanty, Imke Herrmann, Lars Ausra u. a., die den Ansatz prägen und weiterentwickeln, nahm an Supervisionsgruppen und Therapeutentrainings teil. Schließlich entstanden gemeinsame Projekte und Veröffentlichungen.

Meine Aufenthalte in Kanada wurden von Jahr zu Jahr länger, so dass ich bei der Einreise gefragt wurde, wann ich denn endlich ganz bleiben würde. Mein Hauptinteresse lag zu Beginn darin, die Veränderung von Emotionen bei Depression besser zu verstehen. Meine vorherigen Arbeiten zu dem Thema hatten mir gezeigt, dass es v. a. in den Familien tabuisierte Gefühle dem depressiven Familienmitglied gegenüber gab (Bischkopf, 2010). Eine solche tabuisierte Emotion z. B. ist Wut. Ich hatte jedoch die enorme Kraft dieser Emotion für politische Veränderung erlebt in den weitestgehend friedlichen Revolutionen in Osteuropa (vgl. Ash, 2010) und interessierte mich aus dieser Perspektive für die positiven Veränderungsaspekte, die durch den Zugang zu Wut möglich werden.

Hierbei ergaben sich eine Reihe von forschungspraktischen Fragen: Wie können unterdrückte Prozesse (unterdrückte Wut bei Depression) abgebildet werden? Wie lösen sie sich auf? Welche Rolle spielen diese Prozesse für die Entstehung und die Therapie von Depression? Da meine klinische Erfahrung sich damals auf meine Tätigkeit als Psychologin auf der Aufnahmestation einer psychiatrischen Klinik und im Suchtbereich beschränkte, schlug ich vor, zunächst Therapeuten zu befragen, was sie von dem Ganzen hielten und welche Erfahrungen sie in ihren Depressionsbehandlungen machten (Geiger & Bischkopf, 2007). Anschließend wollten wir verstehen, wie Therapeuten in der Ausbildung den Umgang mit Emotionen lernten und welche Impulse man für die Psychotherapieausbildung und die Supervision daraus ableiten könnte (Theissen, 2009; Bischkopf & Elliott, 2012). Damit war der Fokus auf die Therapeutin², ihre Ausbildung und Entwicklung statt auf die Klientin gesetzt.

In das Buch gehen Einflüsse und meine Erfahrungen mit dem Ansatz aus zehn Jahren ein. Das Buch soll eine leicht verständliche Einführung in das Thema sein und dennoch die zentralen Aspekte umfassend vermitteln. Nach und nach wird momentan die Originalliteratur ins Deutsche übersetzt und damit einem breiteren Publikum leichter zugänglich. Dieses Buch soll zugleich als Wegweiser wirken und helfen, sich in der vorliegenden Literatur und den in anderen Veröffentlichungen zum Teil unterschiedlich übersetzten Fachtermini zurechtzufinden. Es soll einen Beitrag dazu leisten, die Kluft

² Für eine geschlechtergerechte Sprache werde ich abwechselnd im Text die männliche und die weibliche Form verwenden – jedoch nicht im selben Satz. Ich habe die abwechselnde Formulierung zuerst bei Wachtel (2011) gesehen in seinem Buch „Therapeutic Communication“.

zwischen Forschung und Praxis zu verringern. Die Grundlagen der Emotionsfokussierten Therapie und ihre wichtigsten Interventionsstrategien werden dafür anhand von Beispielen vorgestellt und praxisnah erläutert. Zusätzlich wird analysiert, auf welchen Begründungen das therapeutische Handeln basiert, wie diese zu bewerten sind und weiterentwickelt werden können.

Das Buch gliedert sich – dem Untertitel folgend – in die drei Teile: Grundlagen, Praxis und Wirksamkeit. Im ersten Teil werden überblicksartig die Grundlagen für emotionsfokussiertes Arbeiten vorgestellt. Dieser Teil bereitet somit die weiteren Teile vor und stellt Hintergrundwissen aus der Emotionspsychologie und der empirischen Psychotherapieforschung zur Verfügung. Im zweiten Teil werden die wichtigsten Interventionsstrategien erläutert und anhand von Beispielen illustriert. Im dritten Teil werden Wirksamkeitsnachweise emotionsfokussierten Arbeitens vorgestellt und Einblick in Forschungsstrategien gegeben, die in Deutschland noch wenig genutzt werden.

Für die Flexibilität und die Geduld in der Begleitung dieses Projektes möchte ich mich herzlich beim Hogrefe Verlag bedanken. Dem Ausbildungsinstitut Berlin der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) danke ich für die Kooperation und für das Interesse an gemeinsamer Forschung sowie die Gelegenheit für persönliche Gespräche am Rande von Workshops mit Steven Hayes (Acceptance and Commitment Therapy) und Jeffrey Young (Schema Therapy). Mein Dank gilt dem Team der Psychologischen Beratung an der Freien Universität Berlin, dem Leiter Hans-Werner Rückert, der mir ermöglichte, im Rahmen einer Kooperation mit dem Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie der Freien Universität Berlin über mehrere Jahre kontinuierlich Beratungsgespräche durchzuführen und Gruppentrainings anzubieten.

Da die Liste von Einzelpersonen einfach zu lang wäre, die mein Interesse und meine Beschäftigung mit dem Thema beeinflusst haben, möchte ich hier auf zwei Fachverbände eingehen, die mir langjährige und kontinuierliche persönliche Kontakte mit Kolleginnen und Kollegen weltweit auf Tagungen und Kongressen ermöglichten: die Society for Psychotherapy Research (SPR) und der Weltverband der Personzentrierten und Experientziellen Psychotherapie – World Association for Person Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (WAPEPC).

Ein besonderer und ganz persönlicher Dank gilt Leslie Greenberg, meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Klinischen Psychologie und Psychotherapie der Freien Universität Berlin, allen voran Anna Auckenthaler sowie meiner Familie und meinen Freunden.

Ich hoffe, dass das Buch dazu beiträgt, die Arbeit mit Emotionen zu fördern und weiterzuentwickeln, denn „the fundamental insights and relational methods of humanistic therapies are too important to lose“ (Watson, Goldman & Greenberg, 2011, p. 166).

Berlin, Mai 2013

Jeannette Bischkopf

2 Grundlagen der Emotionsfokussierten Therapie

Die Emotionsfokussierte Therapie versteht sich als integrativer Ansatz, der aus unterschiedlichen Einflüssen erwachsen ist. Diese Entwicklungslinien sollen zunächst kurz nachgezeichnet werden, um das emotionsfokussierte Arbeiten in der Psychotherapielandschaft verorten und einschätzen zu können. Dabei soll besonders der Frage nachgegangen werden, ob sie sich durch ein einheitliches Theoriegebäude auszeichnet oder ob sie ihre praktische Anwendung aus unterschiedlichen theoretischen Bausteinen begründet.

In den Veröffentlichungen zur Emotionsfokussierten Therapie werden besonders folgende Säulen genannt, auf welchen die Störungs- und Veränderungstheorie des Ansatzes beruht:

- der Humanismus bzw. Neohumanismus,
- eine konsequente Prozessorientierung, d. h. eine Orientierung an Mikroprozessen im Therapiegesehen,
- eine aus der klinischen Praxis heraus entwickelte Emotionstheorie und
- der dialektische Konstruktivismus.

Diese Grundlagen der Emotionsfokussierten Therapie sollen nach einem kurzen Einblick in die Umstände und historischen Entwicklungslinien ihrer Entstehung vorgestellt werden.

2.1 Entwicklung der Emotionsfokussierten Therapie

Die Emotionsfokussierte Therapie versteht sich als integrativer³ Ansatz, der historische Entwicklungslinien aus der humanistischen Tradition mit aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen zur Rolle von Emotionen für therapeutische Veränderung und eigenen Prozessmodellen vereint. Das Interesse an Abläufen hatte Leslie Greenberg u. a. aus seinem ingenieurwissenschaftlichen Studium in Südafrika mitgebracht, bevor er

³ Psychotherapieintegration ist ein eigener definierter Bereich, auf den aber in der Literatur zur Emotionsfokussierten Therapie nicht Bezug genommen wird. Es wird zwischen verschiedenen Ansätzen der Integration unterschieden, z. B. ob auf methodischer Ebene (Eklektizismus) oder auf theoretischer Ebene Ansätze zusammengeführt werden (Integration). In letzterem Falle wird weiter unterschieden, ob sich ein Nebeneinander von Bausteinen oder etwas völlig Neues ergibt. Als Beispiel für theoretische Integration wird oft die Kognitive Verhaltenstherapie angegeben, die sich im Zuge der kognitiven Wende in den 1970er Jahren aus der Verhaltenstherapie und der Kognitiven Therapie entwickelte und heute durch eine Vielzahl von Ausprägungen existiert, die ihrerseits als Beispiele für die sogenannte „assimilative Integration“ gelten können, in der Bestandteile anderer Ansätze gewissermaßen „einverleibt“ werden, z. B. im Falle der Achtsamkeit im Zuge der dritten Welle der Verhaltenstherapie in die sogenannte MBCT (mindfulness-based cognitive therapy), dt. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie.

nach Kanada auswanderte und in der Klinischen Psychologie Fuß fasste. Personell entstand die Emotionsfokussierte Therapie aus den Arbeiten der Forschergruppe um Laura Rice, die ihrerseits bei Carl Rogers ausgebildet war und die Klientenzentrierte Therapie vertrat (Watson & Wiseman, 2010). Zu dieser Gruppe stieß auch Leslie Greenberg und Laura Rice war seine erste und wichtigste Mentorin (Greenberg, 2000). Mit ihr gemeinsam entwickelte er das neue Forschungsparadigma innerhalb der Psychotherapieforschung: den prozessorientierten Ansatz (Rice & Greenberg, 1984; Greenberg, 1986). Ein Grundgedanke ist, dass der Klient der Experte seines Erlebens (also Inhaltsexperte), der Therapeut jedoch Prozessexperte sei. Die relevanten therapeutischen Prozesse sollten detailliert beschrieben und untersucht werden, dabei gestand Laura Rice dem Therapeuten mehr Einflussmöglichkeiten auf den tatsächlichen Prozess des Klienten zu als es zum damaligen Zeitpunkt in der klientenzentrierten Community angenommen wurde.

Rice führte in die Klientenzentrierte Therapie den Gedanken der Prozessaufgaben ein und damit einhergehend auch das Interesse an der Erforschung dieser Prozesse. Greenberg kommentiert rückblickend auf die Entwicklungen, dass er als Prozessforscher startete, die Entwicklung der Emotionsfokussierten Therapie jedoch maßgeblich durch versorgungspolitische Rahmenbedingungen bedingt war – wie der Zersplitterung der Psychotherapielandschaft in Einzelansätze, die gegeneinander antreten, dem absehbaren Verschwinden humanistischer Ansätze und der Profilierung therapeutischen Arbeitens in therapeutischen Schulen. In diesem Kontext musste die Emotionsfokussierte Therapie sich manualisiert präsentieren (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) und relativ rasch Ergebnisse zeigen, um wahrgenommen zu werden. Neben der ursprünglichen Idee, emotionale Prozesse als veränderungsrelevante Prozesse zu untersuchen, die über alle Richtungen hinweg gelten können (Prozess-Outcome-Forschung), wurde bald traditionelle vergleichende Outcome-Forschung einbezogen, über die Forschungsmittel rekrutiert werden konnten und sich das so entwickelnde Arbeiten mit anderen Herangehensweisen vergleichen ließ.

Die Entwicklung der Emotionsfokussierten Therapie wurde daher entscheidend durch zwei geförderte Forschungsprojekte an der York University in Toronto, Kanada, beeinflusst, die auf die Behandlung von Depressionen bezogen waren (York I und York II Depressionsstudien) (vgl. Kap. 4). Der Vergabe von Forschungsgeldern für die Entwicklung störungsspezifischer Ansätze (und Manuale) ist es geschuldet, dass sich die meisten Ergebnisse zur Emotionsfokussierten Therapie bislang auf Depression beziehen. Die Emotionsfokussierte Therapie ist aufgrund dieser Datenlage als evidenzbasierte Psychotherapie für die Depressionsbehandlung von der APA anerkannt (APA, 2008). Dies ist maßgeblich durch die vergleichende Studie der Arbeitsgruppe um Jeanne Watson an der University of Toronto, Kanada zurückzuführen, bei der die Wirksamkeit der Emotionsfokussierten Therapie mit der Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie verglichen wurde (Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003).

In der Prozessforschung hingegen geht es nicht um kontrollierte Ergebnisstudien, sondern um ein Verständnis der Mikroprozesse des tatsächlichen therapeutischen Geschehens. Rice war maßgeblich daran beteiligt, Prozessmaße zu definieren und Operationalisierungen für den Klientenprozess zu finden. So entwickelte sie z. B. ein Kodierschema für die Stimmqualität, welches Erlebensnähe oder -ferne stimmlich abbildet. Eine suchende, stockende Stimme des Klienten war z. B. mit größerer Erlebnistiefe (gemessen

mit der Experiencing Skala) verbunden, eine externe, dozierende eher mit geringerer Tiefe (Bernholtz & Watson, 2011). Da größere Erlebnistiefe mit besserem Therapieerfolg verbunden ist, gilt die Stimmqualität auch als wichtiger Indikator für das praktische therapeutische Vorgehen, Prozessstufen zu erkennen und zu beeinflussen.⁴

Auf die Arbeiten von Rice geht auch das Grundprinzip des Emotionsfokussierten Arbeitens zurück: dass der Therapeut prozessleitend ist, eine Funktion, die sie „the evocative function of the therapist“ (Rice, 1974) nannte (etwa: „die hervorbringende Funktion des Therapeuten“) sowie die Definition von therapeutischen Aufgaben, für die Anzeichen im Klientenprozess vorhanden sind (z. B. Merkmale der stimmlichen Qualität). Hinzu kamen wegweisende Übersichtsarbeiten zur Rolle von Emotionen in der Therapie (Greenberg & Safran, 1989) sowie die Ausarbeitung und empirische Überprüfung einer manualisierten Emotionsfokussierten Paartherapie (Greenberg & Johnson, 1988). Damit war das Grundgerüst des emotionsfokussierten Denkens, wie es heute besteht, bereits in den 1980er Jahren ausgearbeitet.

Wie groß das Verdienst von Rice für die Entwicklung der Emotionsfokussierten Therapie war, lässt sich dem Rückblick von Greenberg auf seine Zeit in ihrer Gruppe entnehmen.

Ich hatte meine erste Ausbildung bei Laura Rice, einer Schülerin von Rogers, und ich sah in Rogers meine Leitfigur. (...) Ich lernte bei Harvey Friedman, der zum engeren Kreis um Perls gehörte, eine klassische Form von Gestalt, die den Prozess des Gewährwerdens betonte, aber auch die Arbeit mit Stühlen. (...) Ich sehe mein Werk als Integration beider Traditionen auf der Ebene der Praxis: die empathische Grundlage, dazu die Überlegungen zu Experiment und Stuhlarbeit von der Gestalt, Gewährsein von beiden. Der Vorrang der Beziehung kommt von Rogers und die Bedeutung von Stimulation und aktivem Experimentieren von Perls. (Feuerstein, 2007, S. 145)

Die Einflüsse der Gestalttherapie auf die Entwicklung der Emotionsfokussierten Therapie zeigen sich v. a. in umfangreichen Studien zur Stuhltechnik⁵, die von Greenberg und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt wurden (vgl. Strümpfel, 2006). Die Emotionsfokussierte Therapie ist historisch aus beiden Einflüssen gewachsen. Sie verbindet die Beziehungsgestaltung und den Vorrang der Beziehung der Klientenzentrierten Psychotherapie mit prozessdirektiven erlebnisaktivierenden Elementen aus der Gestalttherapie. Hinzu kommen Einflüsse anderer Richtungen, der Emotionsforschung

⁴ Im deutschen Sprachraum sind die Arbeiten von Rice bislang wenig rezipiert und ihr Potenzial für die Ausbildung von Therapeuten ist zu wenig genutzt. International wird derzeit an einer Weiterentwicklung der Skalen zur Stimmqualität gearbeitet und sie werden in vergleichenden Untersuchungen eingesetzt. So fand man in kognitiven Verhaltenstherapien auch auf Therapeutenseite eine mehr externe, dozierende Stimmqualität als in klientenzentrierten Therapien (Bernholtz & Watson, 2011), was einen Einfluss auf den Klientenprozess und damit vermittelt auch auf den Therapieausgang haben dürfte.

⁵ Die Stuhltechnik geht auf das Stehgreiftheater und später die Arbeiten im Psychodrama zurück und wird heute in vielen Kontexten und in unterschiedlichen Formen eingesetzt (Kellog, 2004). Demzufolge bestehen auch verschiedene Begrifflichkeiten wie: Stuhlarbeit, Stuhltechnik, Stuhlexperimente u. a. Gemeint ist, dass ein innerer oder äußerer Konflikt durch den Einsatz eines oder mehrerer Stühle bearbeitbar wird (vgl. Kap. 3).

und der empirischen Psychotherapieforschung. Um die Emotionsfokussierte Therapie besser einordnen zu können, soll an dieser Stelle ein Exkurs die Entwicklungen des Klientenzentrierten Ansatzes allgemein nachzeichnen.

Exkurs zur Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie und des Personzentrierten Ansatzes⁶

Die Bezeichnung „personenzentrierter Ansatz“ ist der (vorläufige) Endpunkt der langen Suche nach einer Bezeichnung des Ansatzes, der auf Carl R. Rogers zurückgeht und im Laufe der Entwicklung mit den Begriffen: Nicht-direktive Beratung, Klientenzentrierte Therapie, schülerzentrierter Unterricht, gruppenzentrierte Führung versehen war.

Die Vielzahl der Namen steht nicht nur für verschiedene Anwendungen, sondern auch für verschiedene Entwicklungen, die dieser Ansatz seit seiner Entstehung erfahren hat. Rogers resümiert, dass ihm 1940 nach einem Vortrag an der Universität Minnesota erstmalig bewusst geworden sei, wie weit er sich von den damals gängigen Auffassungen bereits entfernt hatte. Später wird man von einem Paradigmenwechsel, einer radikalen Neuorientierung sprechen und ihn ob der scheinbaren Einfachheit seines Ansatzes und seines zurückhaltenden Wesens wegen einen „stillen Revolutionär“ nennen (Kirschenbaum & Henderson, 1989).

Die psychosoziale Praxis am Beginn des letzten Jahrhunderts war – grob skizziert – von der traditionellen Psychiatrie, der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie dominiert. Die traditionelle Psychiatrie begann sich von dem Bild der Anstaltspsychiatrie zu lösen und setzte ihre Hoffnungen auf die gerade beginnende Entwicklung von Psychopharmaka. Während Anhänger der Psychoanalyse die triebhafte Natur des Menschen betonten, propagierten Anhänger der Verhaltenstherapie die Rationalität und die Erziehbarkeit des Menschen. Ein Hilfesuchender sah sich demnach in jedem Fall einem Experten gegenüber, einem Experten für das richtige Medikament, die richtige Deutung oder das richtige Lernprogramm.

Demgegenüber hatte Rogers in seiner Arbeit in einer Erziehungsberatungsstelle die Erfahrung gemacht, dass Hilfesuchende ihren eigenen Weg finden, wenn er jede „Expertenattitüde“ ablegte und versuchte, die Sichtweise des Gegenüber zu verstehen und ihm nicht urteilend und nicht lenkend gegenübertrat. Er bezeichnete seinen Ansatz zunächst als „non-direktive Beratung“, um diese Art des Umgangs mit anderen zu kennzeichnen. Diese Form der Beratung implizierte, dass der Hilfesuchende als Experte seiner selbst betrachtet wurde. Rogers sprach daher nicht von Patienten, sondern von Klienten (in Anlehnung z. B. an Anwaltsklienten). Mit der Ablehnung des Patientenstatus betonte er die Selbstbestimmung des Klienten. Der Klient ist Experte für sich selbst.

Die zentrale Frage für Rogers lautete: Was sind die Merkmale einer hilfreichen Beziehung und wie können sie in der Praxis realisiert werden? Als hilfreich wurde eine Bezie-

⁶ Basiert auf einem eigenen Text, der in der GwG Infomappe zum Personzentrierten Ansatz erschienen ist, Abdruck mit freundlicher Genehmigung der GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V.

hung angesehen, die die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen fördert. Auch hier wird die radikale Abkehr von damals vorherrschenden Auffassungen deutlich: Im Mittelpunkt steht nicht die Lösung von Problemen, sondern die persönliche Entwicklung, die ihrerseits zu Problemlösungen führen wird. Es gibt daher so viele Probleme und ihre Lösungen, wie es Menschen gibt. Dieses positive und individualistische Menschenbild im Ansatz von Rogers trifft auch auf Resonanz in der Roosevelt-Ära („New Deal“) zu Beginn des letzten Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten. Der Ansatz entwickelte sich demnach im kreativen Zusammenspiel von Zeitgeist, philosophischen Strömungen, der Lebensgeschichte und den persönlichen Begegnungen von Rogers und vor allem durch seine praktischen Erfahrungen in Therapie und Beratung. Der Ausgangspunkt für die Entwicklung dieses Ansatzes war Rogers' tatsächliche Erfahrung in der therapeutischen und beratenden Praxis und ihre systematische Reflexion und Erforschung.

Für die Beantwortung der Frage nach den Merkmalen einer hilfreichen Beziehung zeichneten Rogers und seine Mitarbeiter, damals noch mit z. T. sehr aufwendigen technischen Mitteln, Gespräche auf und analysierten sie. Sie kamen zu dem Schluss, dass besonders die Gesprächspassagen positive Veränderungen anstießen, in denen der Therapeut sich nicht lenkend oder manipulativ verhielt. 1942 fasst Rogers die Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen und theoretischen Überlegungen in seinem Buch „Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice“ [deutsche Veröffentlichung: „Die nicht-direktive Beratung“ (1972)] zusammen. Der darin enthaltene Fall des Herbert Bryan kann als erstes vollständig aufgenommenes, transkribiertes und veröffentlichtes Gespräch in der Geschichte der Psychotherapieforschung gelten. Rogers kommt somit das Verdienst zu, erstmals öffentlich und der Forschung zugänglich gemacht zu haben, was in einer Psychotherapie passiert. Weiterhin ebnete die Gesprächsaufnahme und Gesprächsanalyse neue Wege in der Ausbildung und Supervision von Psychotherapeuten.

Die Betonung von non-direktivem Therapeutenverhalten erwies sich jedoch schon bald als missverständlich und als willkommener Angriffspunkt gegen diese radikal neue Sichtweise in der Psychotherapie und Beratung. Non-direktiv barg die Gefahr, als passiv und inaktiv missverstanden zu werden, Therapeutenäußerungen wurden als bloße Wiederholung des vom Klienten Gesagten karikiert. Das Verstehen der Sichtweise des Klienten wurde z. T. auf das Spiegeln der Gefühle des Klienten reduziert. Der radikal neue Ansatz barg somit die Gefahr, als neue Methode verkauft und gelehrt zu werden. Es scheint eine Ironie der Geschichte, dass der Ansatz, der das Verstehen in den Mittelpunkt rückte, selbst sowohl von seinen Anhängern als auch von seinen Gegnern so oft falsch verstanden worden ist. Diese Missverständnisse auszuräumen, war letztlich eine der Quellen, aus der die Suche nach dem Namen für diesen Ansatz gespeist war.

Im Ergebnis umfangreicher Forschung und theoretischer Auseinandersetzung wurden in den Fünfzigerjahren des letzten Jahrhunderts die Grundlagen des Ansatzes ausgearbeitet und der Begriff „klientenzentriert“ geprägt. Das bedeutet, dass der Klient und seine Sichtweise im Mittelpunkt stehen. In einem Artikel von 1957 beantwortet Rogers die Frage nach den Merkmalen einer hilfreichen Beziehung, indem er sechs Bedingungen beschrieb. Mit dem Buch „On Becoming a Person“ (1961) [deutsche Veröffentlichung „Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten“ (1973)] wurde Rogers auch einer breiten Öffentlichkeit bekannt. Dies lag nicht zuletzt

an einem gesellschaftlichen Klima der Aufklärung, welches Selbsterfahrung und Selbstbestimmung propagierte und förderte.

Die Betonung der Selbsterfahrung und der vom Zeitgeist getragenen Suche nach dem Selbst führte in den Sechziger und Siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts zum Entstehen der sogenannten Encounter-Bewegung, die maßgeblich von Rogers beeinflusst war. Der Begriff Encounter steht für eine intensive Begegnung, wie sie hauptsächlich in Gruppen erlebt wurde. Der Film „Journey into the self“ (1968), der Rogers' Arbeit mit einer Encounter-Gruppe zeigt, wurde als Dokumentarfilm ausgezeichnet. Die Erfahrungen mit der Leitung von Großgruppen führten zu einer dritten Umbenennung des Ansatzes. Hatte Rogers schon immer betont, dass es ihm um die Merkmale hilfreicher Beziehungen allgemein ging, so erweiterte die Encounter-Bewegung endgültig die Grenzen von Therapie und Beratung. Die Philosophie des Ansatzes wurde nicht nur als hilfreich in Therapie und Beratung, sondern auch in Erziehung, Management, Politik und Familie angesehen. Im Mittelpunkt stand der Dialog im Sinne einer Begegnung und Beziehung von Person zu Person („person to person“). Angesichts der breiten Anwendung seines Ansatzes erschien es Rogers nun am treffendsten, vom personenzentrierten Ansatz zu sprechen.

In Deutschland wurde der Ansatz in den 1960er Jahren als Gesprächspsychotherapie bekannt und verbreitet. Dies ist maßgeblich Reinhard Tausch und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Westdeutschland und Johannes Helm und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Ostdeutschland zu verdanken. Die Gesprächspsychotherapie war über ihre gesamte Geschichte hinweg eng mit der universitären Lehre und Forschung verbunden. Besondere Forschungstraditionen bestehen in Hamburg und in Berlin. Der personenzentrierte Ansatz wird heute nicht nur in der Psychotherapie und der psychosozialen Beratung angewendet, sondern auch in Schulen, in der Erwachsenenbildung, Personal- und Organisationsentwicklung, im Coaching, im Management und in der Supervision.

In den letzten Jahrzehnten hat es eine Reihe von Weiterentwicklungen des personenzentrierten Ansatzes gegeben. Einige seiner Vertreter erforschten, wie spezifische Situationen und spezifische Störungen die Anwendung des Ansatzes verändern. Dies hat zum Teil zu Neuformulierungen der theoretischen Grundlagen geführt. Eine Entwicklungsrichtung des personenzentrierten Ansatzes ist demnach durch eine „störungsspezifische“ Sichtweise gekennzeichnet.

Eine andere Entwicklungsrichtung ist durch die Förderung des Erlebens des Klienten charakterisiert („Experiential Psychotherapy“). Deren Vertreter konzentrierten sich darauf, genauer zu untersuchen, wie der Klient immer mehr seiner Erfahrungen zulassen und akzeptieren kann. Dies war mit der Frage verbunden, wie der Therapeut diesen Prozess gezielter oder aktiver unterstützen kann. Diese „erlebensbezogene“ Sichtweise hat zu einer Reihe von mittlerweile zum Teil eigenständigen Verfahren geführt wie der Emotionsfokussierten Therapie (vgl. Tabelle 1).⁷

⁷ Einen unterhaltsamen und informativen Überblick zu den Entwicklungen des Personenzentrierten Ansatzes bietet Kirschenbaum (2012).

Tabelle 1: Weiterentwicklungen der Klientenzentrierten Psychotherapie

Konzept/ Dimensionen	Grundlage des Vorgehens/ Störungstheorie	Zentraler Prozess auf Klientenseite	Zentraler Prozess auf Thera- peutenseite/Therapie Theorie	Ergebnis
Klientenzentrierte Therapie nach Rogers	Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung	Selbstexploration	Realisierung der 6 hinreichen- den und notwendigen Bedin- gungen für Persönlichkeitsän- derung 1. Kontakt 2. Anzeichen für Inkongruenz beim Klienten 3. Kongruenz 4. Wertschätzung 5. Empathie 6. Wahrnehmung durch den Klienten	Integration von Erfah- rung ins Selbstkon- zept bewirkt Entwick- lung in Richtung mehr Selbstbestimmung/ Erfahrungsoffenheit/ Beziehungsfähigkeit
Störungsspezifische Weiterentwicklungen				
Differenzielle Klientenzentrierte Therapie nach Tscheulin	Typologisierung auf Grundla- ge der Theorie der subjekti- ven vs. objektiven Selbstauf- merksamkeit (Aktions- vs. Selbstbezogenheit)	Änderungen des Modus der Selbstaufmerksam- keit	Differenzielles therapeutisches Vorgehen: Aktivitäts- vs. Erlebnissteige- rung	Änderungen in Selbstbewertung/ Selbstachtung, Kon- troll- und Motivations- gewinn s. o. Rogers
Störungsspezifi- sches Vorgehen nach Binder und Binder	Störungswissen, Modell der störungsspezifischen Empa- thieentwicklung	Selbstexploration	s. o. Rogers, aber störungsbe- zogene Empathie	s. o. Rogers
Prä-Therapie nach Prouty	Störungen der Kontakt- aufnahme, besonders bei schweren Störungen und geistiger Behinderung	Kontaktverhalten: affektiv, kommuni- kativ, realitätsbe- zogen	Kontaktreflexionen: situational, mimisch, wörtlich, körperlich, wiederholend	Herstellen oder Aufrechterhalten von psychologischem Kontakt