

# Therapeutische Kompetenz für die Praxis der emotionsfokussierten Therapie



*Empowering*

Empowering Emotion-Focused  
Therapy practice in Europe

**EFT@EU**





Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

Die Unterstützung der Europäischen Kommission für die Erstellung dieser Veröffentlichung stellt keine Billigung des Inhalts dar, welcher nur die Ansichten der Verfasser wiedergibt, und die Kommission kann nicht für eine etwaige Verwendung der darin enthaltenen Informationen haftbar gemacht werden.

# Inhaltsverzeichnis



<b>Einführung .....</b>	<b>1</b>
<b>Abschnitt 1: Beziehungskompetenzen .....</b>	<b>3</b>
<b>Abschnitt 2: Wahrnehmungs- und konzeptionelle Fähigkeiten .....</b>	<b>11</b>
<b>Abschnitt 3: Interventionsfähigkeiten des/der EFT-TherapeutenIn.....</b>	<b>17</b>

Hinweis: Wenn Sie auf dieses Dokument verweisen möchten, sollten Sie die folgende Referenz verwenden:

Elliott, R., Auszra, L., Herrmann, I., Cunha, C. und das EmpoweringEFT@EU-Team (2021). Therapeutische Kompetenz Städte für die Praxis der Emotionsfokussierten Therapie (deutsche version). Verfügbar unter [Website-Link einfügen]. Abgerufen am [fügen Sie die ein Datum, an dem Sie es heruntergeladen haben].

# Einführung



In diesem Anhang werden die Therapeutenkompetenzen für die emotionsfokussierte Therapiepraxis zusammengestellt, wie sie von Robert Elliott, Lars Auszra, Imke Herrmann und Carla Cunha diskutiert und zusammengefasst wurden. Diese Bemühungen dienen als erster Ausgangspunkt für die Erstellung eines Schulungshandbuchs zur Schulung klinischer SupervisorInnen in EFT, dem Intellektuellen Output 2 (IO2) für das EmpoweringEFT@EU-Projekt.

Diese grundlegenden Kompetenzen werden auch den Ausgangspunkt für ein Schulungshandbuch zur Ausbildung von EFT-TrainernInnen als Intellektuellen Output 1 (IO1) für das EmpoweringEFT@EU-Projekt bilden, das von anderen Mitgliedern des EmpoweringEFT@EU-Teams vorgeschlagen wird.

Diese EFT-TherapeutenInnenkompetenzen sind in Beziehungskompetenzen (Abschnitt 1), Wahrnehmungs- und konzeptionelle Fähigkeiten (Abschnitt 2) und Interventionsfähigkeiten des/der TherapeutenIn (Abschnitt 3) unterteilt.

#### Danksagungen

Diese Veröffentlichung wurde im Rahmen des Projekts Empowering Emotion-Focused Therapy Practice in Europe, bekannt als EmpoweringEFT@EU-Projekt, entwickelt (Erasmus+-Projektreferenz: 2020-1-PT01-KA202-078724). Wir sind dankbar für die Finanzierung durch Erasmus+ KA2 – Kooperation für Innovation, die den Aufbau einer Partnerschaft zwischen diesen Institutionen zur Stärkung des Wissens und zum Austausch bewährter Praktiken in der emotionsfokussierten Therapie im Rahmen dieser Aktion ermöglichte (KA202 – Strategische Partnerschaften für die Berufsbildung).

Wir möchten auch die Bedeutung und das Fachwissen derjenigen anerkennen, die mit diesem Projektteam zusammengearbeitet haben, nämlich: den assoziierten Partnern des EmpoweringEFT@EU-Projekts, den Gründern und früheren/aktuellen Mitgliedern des ISEFT (International Society for Emotion Focused Therapy) -Vorstands sowie anderen weltweiten Experten in Emotionsfokussierte Therapie (EFT), die wertvolle Erkenntnisse für dieses Dokument lieferteN (durch die Teilnahme an den EmpoweringEFT@EU-Interviews mit EFT-Experten und/oder durch die Bereitstellung von Feedback oder wertvollem Input bei den verschiedenen Gelegenheiten, bei denen sie auf dieses oder andere Projektergebnisse stießen).

## Abschnitt 1: Beziehungskompetenzen

## Abschnitt 1: Beziehungskompetenzen

Rahmeneinführung: Zuerst definieren wir das Paradigma, den Standard für TherapeutenInnen und dann, was SupervisorInnen tun

### 1.1. Aufbau und Pflege der therapeutischen Beziehung

#### 1.1.1. Aufbau therapeutischer Präsenz durch frühe Kontakte in der Therapie

Eine aufrichtige, fürsorgliche und respektvolle Haltung gegenüber dem/der KlientenIn und seinem/ihrem Entwicklungstempo bieten (angemessener Blickkontakt, freundlicher Ausdruck/Benehmen, sanfte, warme Stimme und Toleranz).

Während der therapeutischen Sitzungen (ab der ersten Sitzung) einen Kontext zwischenmenschlicher Sicherheit schaffen, durch:

1.1.1.1. Einfühlsames Erfassen und Verfolgen des Erlebens des/der Klienten/in;

1.1.1.2. Vermittlung von Empathie, Fürsorge und therapeutischer Präsenz;

1.1.1.3. Aushandlung gemeinsamer Therapieziele (Therapieschwerpunkte);

1.1.1.4. Erleichterung der kollaborativen Beteiligung und des Engagements bei therapeutischen Aufgaben;

1.1.2. Gesamtstrategien für den Bündnisaufbau und die Lösung früher Beziehungsschwierigkeiten:

1.1.2.1. Gefühle klären, verstehen oder bestätigen: Rogerianische therapeutische Bedingungen: präzise Empathie, positive Beachtung und Authentizität;

1.1.2.2. Das beständige Neuaushandeln von Aufgaben und Zielen (unmittelbare Herangehensweise) ist besonders wichtig für die Allianzbildung, durch:

1.1.2.3. Etablierung eines gemeinsamen Engagements für die übergeordnete Arbeit der Exploration von Emotionen, der Vertiefung von Emotionen und des Zugänglichmachen und Ausdrückens von Emotionen / des Kernschmerz(es);

1.1.2.4. Einfühlen in die Schwierigkeiten der KlientenInnen und erlebensorientiertes Unterweisen/Formulieren;

## 1.2. Bewältigung späterer Bündnisschwierigkeiten

Schwerpunkt: Im Unterschied zu frühen Bündnisschwierigkeiten erfordern spätere Bündnisprobleme oder Beziehungsschwierigkeiten die beziehungsbezogenen Kompetenzen des/der TherapeutenIn: TherapeutenInnen müssen „den Gang wechseln“, um gemeinsam die Therapiebeziehung zu explorieren.

### 1.2.1. Allgemeine Strategien zur Lösung späterer Beziehungs-/Allianzschwierigkeiten:

1.2.1.1. Gefühle klären, verstehen oder bestätigen (Rogersche (Rogerianische) therapeutische Bedingungen: präzise Empathie, positive Beachtung und Echtheit);

1.2.1.2. Verhandlungs- und Kompromissbereitschaft hinsichtlich der Ziele und Aufgaben der Therapie äußern können (unmittelbare Herangehensweise);

1.2.1.3. Explorieren von erlebten Brüchen in der Allianz/Beziehungsschwierigkeiten: die Aufgabe des Allianzdialoges in der EFT

1.2.1.3.1. Basierend auf dem Selbstgewartsein des/der TherapeutenIn, eine ethische Haltung von Respekt, Empathie, Wohlwollen, Autonomie und Authentizität

1.2.1.3.2. In der Lage sein, ein Gleichgewicht zwischen dem Engagement für den/die KlientenIn und der Unterstützung seiner/ihrer Fähigkeit zu finden, die Therapie zu beenden oder fortzusetzen

1.2.1.3.3. In der Lage sein, ein offenes, direktes, kollaboratives, aber auch vorsichtiges, neugieriges und offenes Gespräch zu fördern

1.2.1.3.4. In der Lage sein, der Intensität der Anliegen und Beziehungsschwierigkeiten des/der KlientenIn gerecht zu werden

1.2.1.3.5. Fähigkeit zur Selbstregulierung angesichts der intensiven, geäußerten negativen Reaktionen der KlientenIn gegenüber dem/der TherapeutenIn/ dem therapeutischen Prozess

1.2.1.3.6. In der Lage sein, einen wechselseitigen Dialog zur Erforschung von Beziehungsschwierigkeiten anzuleiten, indem man sich auf die Anteile des/der KlientenIn und des/der TherapeutenIn an den Schwierigkeiten konzentriert

### 1.2.2. Die Aufgabe des Beziehungsdialoges in EFT (basierend auf psychotherapeutischer Forschung zu hinderlichen Ereignissen, Herausforderungen in der Beziehung und Brüchen in der Allianz)

1.2.2.1. Achten Sie auf häufige Marker-Subtypen für Allianzschwierigkeiten, die in einer Emotionsfokussierten Therapie vorkommen:

1.2.2.1.1. Befangenheit und Ablehnung von Aufgaben (eine durch Rückzug gekennzeichnete Schwierigkeit des/der KlientenIn): Der/die KlientIn weigert sich, die vorgeschlagene Aktivität oder Aufgabe auszuführen

1.2.2.1.2. Macht-/Kontrollprobleme: Sensibilität des/der KlientenIn, die zur Aufgabenverweigerung führt (eine durch Rückzug gekennzeichnete Schwierigkeit des/der KlientenIn)

oder Beschwerden des/der KlientenIn, weil er/sie sich kontrolliert, bedrängt und nicht angemessen berücksichtigt fühlt (eine durch Konfrontation gekennzeichnete Schwierigkeit des/der KlientenIn)

1.2.2.1.3. Bindungsprobleme/Schwierigkeiten bezüglich des therapeutischen Bandes: Überzeugungen des/der KlientenIn darüber, dass der/die TherapeutIn ihn/sie nicht mag (durch Rückzug oder Konfrontation gekennzeichnete Schwierigkeit des/der KlientenIn)

1.2.2.1.4. Verdeckte Rückzugsprobleme): Rückzug des/der (KlientenIn) aus dem Prozess (eine durch Rückzug gekennzeichnete Schwierigkeit des/der KlientenIn)

1.2.2.1.5. Bedinghiet der TherapeutInnen (TherapeutenInnenspezifischer Marker für Schwierigkeiten): starke negative Reaktionen auf den/die KlientenIn oder das KlientenInnenverhalten

1.2.2.1.6. Beeinträchtigung des/der TherapeutenIn (TherapeutenInnenspezifischer Schwierigkeitsmarker): Erschöpfung, Krankheit, Empathie Müdigkeit, Eingenommensein von eigenen Schwierigkeiten.

1.2.2.2. Allgemeine Aufgabenumgebung:

1.2.2.3. Ideale Abfolge von Schritten (muss noch durch Aufgabenanalyse bestätigt/überprüft werden):

1.2.2.3.1. Bestätigen des Markers

1.2.2.3.2. Aushandeln (Einleiten der therapeutischen Aufgabe

1.2.2.3.3. Dialektische Exploration wie jeder Beteiligte die Schwierigkeit wahrnimmt

1.2.2.3.4. Lösungsstufen: Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der Ursachen der Schwierigkeit (Teillösung); Exploration übergeordneter Probleme und praktischer Lösungen (Zwischenlösung); Aufrichtige Zufriedenheit der KlientInnen mit dem Ergebnis des Beziehungsdialogs; Erneute Begeisterung für die Therapie (Vollständige Lösung)

## **1.3. Vorbereitung des Therapieendes und der Beendigung der Beziehung**

Eine Beendigung kann die größte Herausforderung für die Beziehung sein, die es vorzubereiten und zu reparieren gilt.

### **1.3.1. Allgemeine Strategien für eine erfolgreiche Beendigung einer emotionsfokussierten Therapie:**

1.3.1.1. Die Beendigung der Therapie von Beginn an vorbereiten: Fristen zu Beginn der Therapie aushandeln; Von Zeit zu Zeit können TherapeutenInnen daran erinnern, wie viele Sitzungen bis zum Ende verbleiben. Durch das Vormerken (Bookmarking) der Beendigung der Beziehung wird die bevorstehende Trennung in den Raum gestellt.

1.3.1.2. Exploriere Sie wie das Therapieende erlebt wird: seien Sie auf die negativen und positiven Gefühle des/der KlientenIn im Zusammenhang mit dem Therapieende empa-

thisch eingestimmt sind: Verlust, Traurigkeit und/oder Enttäuschung vs. Optimismus, Erleichterung, Hoffnung und/oder Stolz; Stellen Sie Veränderungen als einen Prozess dar, der Verbesserungen und Rückschläge mit sich bringen kann.

1.3.1.3. Bewerten Sie den Therapieprozess: führen sie empathisch eine damals vs. heute Exploration der Fortschritte und Veränderungen im Selbst durch (Selbst wie heute vs. Selbst wie damals); besprechen Sie, was nicht erreicht wurde;

1.3.1.4. Besprechen Sie die Zukunft und explorieren Sie weiterführende Lebensprojekte: Diskussion zukünftiger Pläne der KlientInnen oder Wiederaufnahme vergangener, unterbrochener Lebensprojekte; Informationen zu anderen Ressourcen; bei Bedarf die Verfügbarkeit für die Wiederaufnahme der Therapie mitteilen;

1.3.1.5. Offenbaren des eigenen Erlebens des/der TherapeutenIn des Therapieprozesses mit diesem/dieser KlientenIn (Unmittelbarkeit): während Sie authentisch, kongruent und dem/der KlientenIn gegenüber wirklich unterstützend sind, offenbaren Sie persönliche positive und negative emotionale Reaktionen auf das Therapieende (z. B. Stolz auf die Veränderungen des/der KlientenIn, privilegiert, ihn/sie auf seiner/ihrer Reise begleitet zu haben, Trauer über die Trennung).

### **1.3.2. Selbsterzählung und Identitätsrekonstruktion in einer Konsolidierungsphase von EFT (hauptsächlich in den letzten EFT-Sitzungen)**

Exploration des Problems und seiner Entwicklung (Anfangsmarker)

1.3.2.1. Aktuelle Erfahrungen mit Schwierigkeiten des/der KlientenIn, wie zum Beispiel schmerzhaftes Erinnerungen/Episoden;

1.3.2.1.1. Hinweise auf negative, schmerzhaftes Emotionen, die durch diese Erfahrungen ausgelöst werden; Hinweise des/der KlientenIn auf Veränderungen oder persönliche Anstrengungen zur Bewältigung von Schwierigkeiten (Bewertung des Therapieprozesses)

1.3.2.2. Explizites Erkennen von Unterschieden in der Gegenwart und Schritten auf dem Weg der Veränderung: TherapeutenInnen erweitern diesen Prozess und stärken die Handlungsträgerschaft (agency) des/der KlientenIn

1.3.2.3. Entwicklung einer Metaperspektiv bezüglich des Unterschiedes zwischen dem gegenwärtigen Selbst und dem vergangenen Selbst: KlientInnen nehmen eine Metaperspektive (Beobachtersicht) ein, die eine Veränderung des Selbst abbildet: das Selbst „jetzt“ im Unterschied zum Selbst „damals“ (zu Beginn der Therapie); TherapeutenInnen erweitern diese Metaperspektive und heben Veränderungen des Selbst hervor; Der/die KlientIn löst sich von der früheren Selbsterzählung/Identität

1.3.2.4. Verstärkung Veränderungen des Selbst

1.3.2.4.1. KlientInnen gehen näher auf die Unterschiede zwischen Vergangenheit und Gegenwart ein; Vom/ von der TherapeutenIn hervorgehobene Unterschiede

1.3.2.5. Positive Wertschätzung von Veränderungen (positiver Affekt, z.B. Optimismus, Stolz); Gefühle von Ermächtigung, Kompetenz und Bewältigung: Bestätigung von Veränderungen und Ermutigung durch den/die TherapeutenIn

1.3.2.6. Verweise des/der KlientenIn auf noch bestehende Schwierigkeiten bzw. Exploration der noch bestehenden Schwierigkeiten (Validierung des Leidens durch den/die

TherapeutenIn und Normalisierung der Schwierigkeiten und der Veränderung als fortlaufende Arbeit); Betonung des Verlusts der zentralen Bedeutung des Problems im Leben des/der KlientenIn und der Einstimmung auf andere Dimensionen des Lebens

1.3.2.7. Wahrnehmung von Veränderungen als sich allmählich entwickelnder Prozess: KlientInnen zeigen deutliche Gelassenheit und sind nach vorne auf die Überwindung von Hindernissen (Validierung durch den/die TherapeutenIn) gewandt

1.3.2.8. Verweis auf oder Ausarbeitung neuer Pläne, Projekte oder Veränderungserfahrungen

### **1.3.3. Beendigung der Therapie und der therapeutischen Beziehung in der EFT**

1.3.3.1. Den/die KlientenIn als Handlungsträger betrachten

1.3.3.1.1. Die Entscheidung, die Therapie zu beenden, unterstreicht, dass der/die KlientIn der/die Hauptträger der Veränderung und daher der/die wesentlichen EntscheiderInnen für die Beendigung der Therapie sind: Die Beendigung ist ein gemeinschaftlicher Prozess

1.3.3.2. Veränderung als Prozess betrachten

1.3.3.2.1. Veränderung ist Teil eines fortlaufenden Wachstumsprozesses, der nach Beendigung der Therapie anhält: Positive Indikatoren für Veränderung beziehen sich auf die Verbesserung des/der KlientenIn, positive Therapiegewinne und/oder den Rückgang der Therapiemotivation des/der KlientenIn

1.3.3.3. Umgang mit Trennung und Verlust

1.3.3.3.1. Die Beendigung ist ein Trennungsprozess, bei dem Traurigkeit und das Erleben von Verlust entstehen können. Dies ist wiederum eine gute Gelegenheit, an den Schwierigkeiten des/der KlientenIn zu arbeiten, insbesondere wenn diese mit Verlust und Trennung, Isolation oder Abhängigkeit zusammenhängen

1.3.3.4. Den/die KlientenIn ermächtigen

1.3.3.4.1. Die therapeutische Beziehung wird gleichberechtigter und realer; TherapeutenInnen heben sich selbst vom Thron, zeigen mehr von sich selbst, auch als fehlbare Menschen (stärkere Betonung der Realbeziehung); Den/die KlientenIn als primäre/n AkteureIn der Veränderung anerkennen

1.3.3.5. Neue Bedeutungen festigen

1.3.3.5.1. Themen und rote Fäden der Therapie werden symbolisiert und wiederholt; ein aufkommendes neues Narrativ des Selbst und der Welt nach der Therapie wird konsolidiert; Es werden Probleme und erfahrungsbasierte Lösungen überprüft

1.3.3.6. Rückfall vorhersagen

1.3.3.6.1. Es ist wichtig, realistische Erwartungen hinsichtlich der Behandlungsgewinne und-ergebnisse zu schaffen, mögliche Enttäuschungen oder Misserfolge (Rückschläge) ansprechen; Veränderung als rekursiver, zyklischer Prozess, mit Rückfällen oder negativen Erfahrungen als vorhersehbar; Neuformulierung des Problems als Feststecken in diesen negativen Erfahrungen

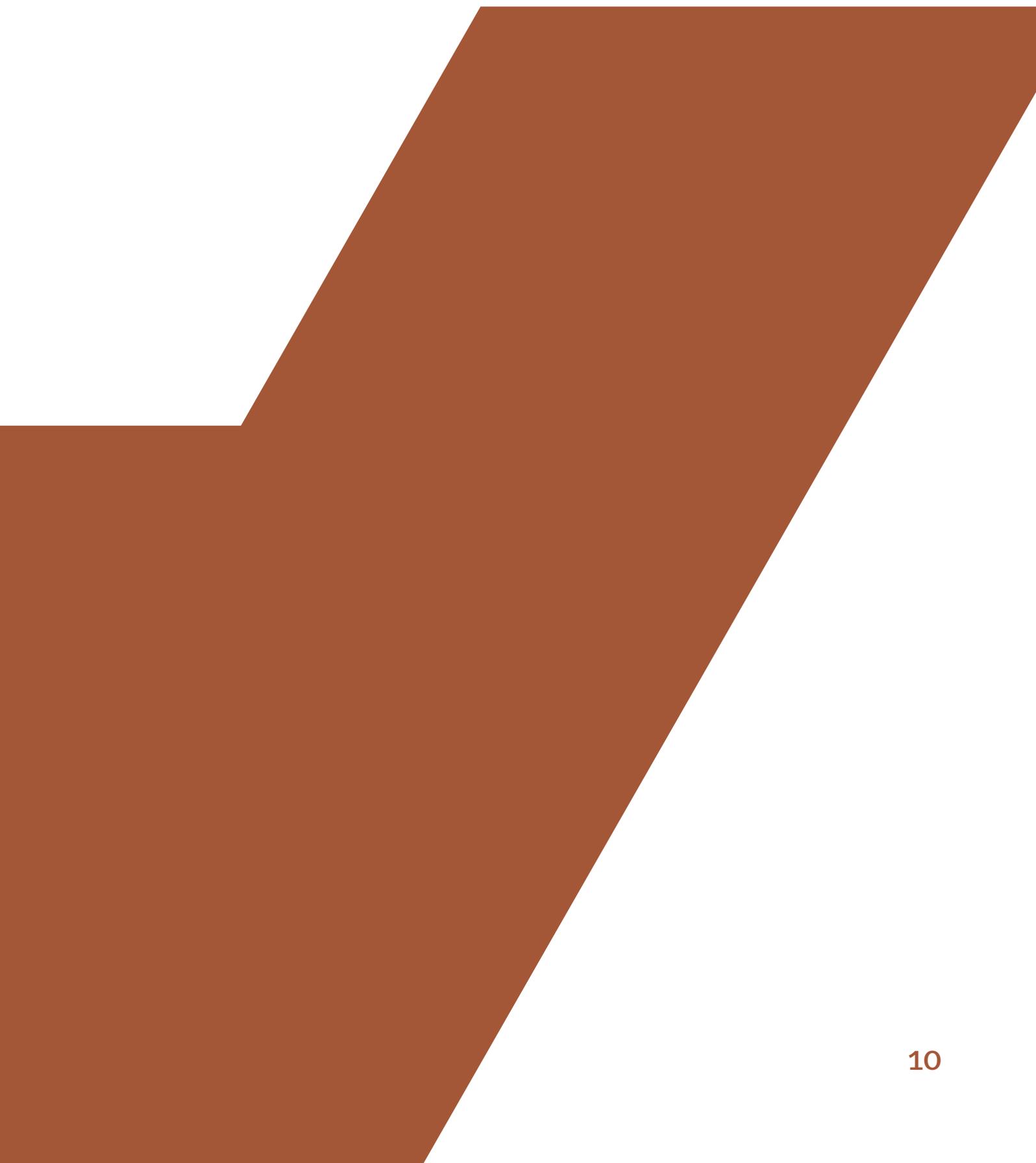
### 1.3.3.7. Stufenweise Reduktion der Sitzungen

1.3.3.7.1. Einen Plan für Folgesitzungen vereinbaren/aushandeln, der für den/die KlientenIn und den/die TherapeutenIn sinnvoll ist

### 1.3.3.8. Anbieten Möglichkeit einer Beziehung in der Zukunft

1.3.3.8.1. Zeigen Sie bei Bedarf die Bereitschaft zur Wiederaufnahme der Therapie/therapeutischen Beziehung in der Zukunft

1.3.3.8.2. Vermitteln Sie ein HausärztInnenmodell für laufende Konsultationen



## Abschnitt 2: Wahrnehmungs- und konzeptionelle Fähigkeiten

## Abschnitt 2: Wahrnehmungs- und konzeptionelle Fähigkeiten

Rahmeneinführung: Ganz allgemein formuliert muss ein/e EFT-TherapeutIn lernen, wie man emotionale Prozesse produktiv leitet.

### 2.1. Grundlegende Kompetenzen:

#### 2.1.1. Wissensbasis:

TherapeutenInnen kennen und verstehen die wichtigsten theoretischen Konzepte der EFT (Theorie menschlicher Funktionsweise und Dysfunktion – dialektischer Konstruktivismus; Emotionstheorie; emotionale Reaktionstypen; Prinzipien emotionaler Veränderung – Nutzung, Regulierung, Transformation; Modelle des Veränderungsprozesses/ Auflösungsmodelle in der EFT; Aspekte produktiver emotionaler Verarbeitung; Marker und Auflösungsmodelle für emotionale Verarbeitungsschwierigkeiten (Marker und Aufgaben); Merkmale einer produktiven Arbeitsallianz; Beziehungs- und Aufgabenprinzipien; Fallformulierung;) ZPD

#### 2.1.2. Interozeptive Basis:

Der/die TherapeutIn nutzt seinen/ihren eigenen Körper, um sich empathisch auf den felt sense des/der KlientenIn einzustimmen, beim/bei der KlientenIn und bei sich selbst präsent zu sein und ihn/sie als diagnostisches/Wahrnehmungsinstrument nutzen zu können. Der/die TherapeutIn hat die Fähigkeit, den/die KlientenIn in seinem/ihrer Kontext zu beobachten und gleichzeitig seinen/ihren eigenen Körper und seinen/ihre Reaktionen zu beobachten.

Der/die TherapeutIn nimmt seine/ihre eigenen emotionalen Blockaden (z. B. zu selbstkritisch zu sein, zu große Angst vor emotionaler Intensität zu haben usw.) und emotionale Reaktionen auf die Erzählung des/der KlientenIn im jeweiligen Moment wahr. Er/Sie muss in der Lage sein, zu unterscheiden, was Informationen über den Prozess des/der KlientenIn und was Informationen über seinen/ihren eigenen Prozess sind.

#### 2.1.3. Empathische Einstimmungsfähigkeiten:

Das Erleben des/der KlientenIn im Auge behalten und (subtile präzise) Einstimmung auf

die Emotion(en), die implizit oder explizit, ergreifend, schmerzhaft sind und sich entfalten; auf den hervortretenden (immer noch mehrdeutigen oder komplexen) sich entfaltenden Erlebensprozess hören.

## **2.2. Konzeptionelle/Wahrnehmungskompetenzen**

Der/die TherapeutIn ist in der Lage, Marker und Mikromarker in den folgenden Domänen zu erkennen:

### **2.2.1. Wahrnehmungskompetenzen in der Vorvertiefungsphase:**

2.2.1.1. Wahrnehmungskompetenzen bezogen auf den aktuellen Stand der therapeutischen Arbeitsbeziehung

2.2.1.1.1. Wie sicher fühlt sich der/die KlientIn mit/ dem/ der TherapeutenIn und mit den therapeutischen Interventionen?

2.2.1.1.2. Einigung über Ziele und Methoden zu deren Erreichung

2.2.1.1.3. Gewährsein für potenzielle oder tatsächliche Bündnisschwierigkeiten (z. B. Schwierigkeiten zu vertrauen, sich verletzlich zu fühlen, sich ausgesetzt zu fühlen, sich abhängig oder enttäuscht zu fühlen usw.;

2.2.1.1.4. Erkennung instrumenteller Emotionen

2.2.1.2. Wahrnehmungskompetenzen im Zusammenhang mit emotionaler Dysregulation (Über- und Unterregulation)

2.2.1.2.1. Erkennen dysregulierter Modi:

2.2.1.2.1.1. Überflutet: Überwältigt von nicht symbolisierten Emotionen; unorganisiert und chaotisch, wobei verschiedene andere Elemente unorganisiert vorhanden sind; überflutet von Wut, Angst, emotionalem Schmerz, Scham, Hoffnungslosigkeit;

2.2.1.2.1.2. Taubheit/Dissoziation: Abgeschnitten von schmerzhaften oder beängstigenden Gefühlen oder Erfahrungen

### **2.2.2. Wahrnehmungskompetenzen in der emotionalen Vertiefungsarbeit:**

2.2.2.1. Eindringlichkeit wahrnehmen = implizite, nicht aktivierte Emotionen/Schmerz

2.2.2.1. Fähigkeit, aktivierten emotionalen Schmerz des/der KlientenIn zu wahrzunehmen:

2.2.2.1.1. Schmerz „hören“ (um dem Schmerzkompass zu folgen) im Gesichtsausdruck des/der KlientenIn

2.2.2.1.2. „Hören“ unerfüllter Bedürfnisse und schmerzhafter Erfahrungen in der Erzählung des/der KlientenIn

2.2.2.3. Fähigkeit, die Intensität der emotionalen Aktivierung abzuschätzen: Erkennen, ob eine Emotion innerhalb eines Toleranzfensters für produktives Arbeiten ausreichend aktiviert ist

2.2.2.4. Den Reaktionstyp einer aktivierten Emotion im jeweiligen Moment beurteilen können (unter Verwendung von ECCS oder einem anderen Instrument):

In der Lage sein, primären adaptiven, primär maladaptiven, sekundären und instrumentellen emotionalen Ausdruck zu unterscheiden

2.2.2.5. Verarbeitungsmodus eines/einer KlientenIn zu beurteilen:

Produktive Modi:

Der/die KlientIn wendet sich der Emotion zu, symbolisiert sie und akzeptiert sie, sein/ihr Ausdruck ist kongruent, der/die KlientIn nimmt eine aktive Rolle ein und die Emotion differenziert sich mit der Zeit aus.

Arbeitsmodus (wird verwendet, um sich schmerzhaften Emotionen zuzuwenden und mit ihnen zu arbeiten):

Nach außen gerichtete Aufmerksamkeit: Achtsamer, aufnahmefähiger Fokus auf perzeptuelle Erfahrungen/Erinnerungen; emotional engagierte Erzählung

Körperorientiert: Behutsame Aufmerksamkeit für körperlich basiertes Erleben und gespürte Bedeutungen

Emotionsfokussiert: unmittelbare emotionales Erleben erlauben/zulassen

Aktiver Ausdruck: Wünsche/Bedürfnisse ausdrücken; starke Gefühle zum Ausdruck bringen

Reflexiv-Symbolisieren: Aktive Neugier und Reflexion über die Bedeutung, den Wert oder das Verständnis von Erleben

Modus ändern:

Neue/veränderte Wahrnehmung: Neue Dinge wahrnehmen, die zuvor nicht beachtet wurden, oder zuvor beachtete Dinge in einem anderen Licht sehen; neues Gewahrsein

Körperlich basierte Veränderung/Erleichterung: Sich selbst erlauben, die Entspannung vorheriger problembedingter Spannungen im Körper wahrzunehmen (gefühlte Veränderung oder Erleichterung)

Emotionale Transformation empfangen: Sich erlauben, neue, adaptivere Emotionen zu spüren

Selbstreflexion/Bedeutungsperspektive: Zurücktreten (von) erfolgreich verarbeitetem Erleben; Sich von früheren Annahmen lösen, um neue Möglichkeiten wahrzunehmen und eine neue Erklärung für die eigene Situation oder Gefühle zu finden

Handlungsplanung: Auf der Grundlage erfolgreich verarbeiteten Erlebens zum Handeln übergehen; problemlösungsorientiert, auf die Entwicklung produktiver Lösungen ausgerichtet

## Eingeschränkte Modi:

Eingeschränkte Verarbeitungsmodi/gewohnheitsmäßige dysfunktionale Modi im Umgang mit schmerzhaften Emotionen:

Externalisiert: sich ausschließlich mit anderen Menschen und externen Ereignissen beschäftigen

Somatisierung: Sich ausschließlich auf chronische Schmerzen oder Krankheitszeichen konzentrieren

Abstrakt/Rein konzeptionell: Dinge sprachlich oder rein konzeptionell formulieren, ohne Bezug auf konkretes Erleben

Impulsiv: sich ausschließlich auf Wünsche oder Handlungen konzentrieren; Ausagieren; getrieben, ohne Reflexion

Feststecken in sekundären/symptomatischen Emotionen

Hierbei handelt es sich um Skalen, die dem/der TherapeutenIn bei der Beurteilung von Verarbeitungsmodi helfen können (besonders relevant für die Supervision, da diese meist in der Supervision vermittelt werden):

emotionale Erregung (unter Verwendung einer grafischen Darstellung der Skala für emotionale Erregung)

Stimmqualität (z. B. unter Verwendung einer grafischen Darstellung der Stimmqualitätsskala) – externale, limitierte, fokussierte, emotionale und Kontaktstimmqualitäten (Pascual-Leone);

Erlebenstiefe (z. B. unter Verwendung einer grafischen Darstellung der Skala der Erlebenstiefe)

Produktivität der emotionalen Verarbeitung (z. B. unter Verwendung einer grafischen Darstellung der Produktivitätsskala (optional das CAMS))

Erzählprozess (z. B. unter Verwendung einer mentalen Repräsentation der Skala des Erzählprozesses)

### **2.2.3. Wahrnehmungskompetenzen im Zusammenhang mit therapeutischen Gelegenheiten innerhalb der Zone der proximalen Entwicklung des/der KlientenIn**

2.2.3.1. Wahrnehmungskompetenzen im Zusammenhang mit dem Erkennen von Aufgabenmarkern

2.2.3.2. Wahrnehmungskompetenzen im Zusammenhang mit dem Erkennen von Indikatoren für verschiedene Schritte innerhalb der einzelnen Aufgaben, z.B.

2.2.3.2.1. Wissen, wann man vertiefen, wann man folgen und wann man führen muss

2.2.3.2.2. Sich abzeichnende Lösungen erkennen und unterstützen bzw. nicht verhindern

2.2.3.2.3. Erkennen neuer Marker innerhalb von Aufgaben (z. B. Unterbrechung)

2.2.3.2.4. Sich auf das Wissen über den/die KlientenIn (Fallformulierung) stützen, um Mikroentscheidungen zu treffen (z. B. dem Schmerz oder der Wut folgen, je nachdem, was neu auftaucht oder üblicherweise schwer zugänglich ist)

## **2.2.4. Wahrnehmungskompetenzen im Zusammenhang mit der gemeinschaftlich mit dem/der KlientIn konstruierten Fallformulierung**

2.2.4.1. Das vorliegende Problem im Hinblick auf die zugrunde liegenden Emotionsprozesse (neu) formulieren.

2.2.4.2. Wahrnehmungen der Verarbeitungsweisen/des Stils des/der KlientenIn in die Fallformulierung miteinbeziehen.

2.2.4.3. Gemeinsam mit dem/der KlientenIn eine umfassendere Sicht auf den Fall (MENSIT) formulieren.

2.2.4.4. Was ist der Kernschmerz/ was sind die Kernschmerzen, was sind frustrierte Bedürfnisse, welche Themen zeigen sich, welche (typischen) Sekundäremotionen, welche Unterbrechungen (gewohnheitsmäßig/außerhalb der Sitzung und im Sitzungsprozess), welche Aufgabenmarker treten auf?

2.2.4.5. Erkennen Sie Verarbeitungsschwierigkeiten anhand der Fallformulierung, wenn sie im Moment auftreten, und spiegeln Sie diese dem/der KlientenIn zurück, um die Aufmerksamkeit auf relevante Prozesse zu lenken (z. B. „Es scheint, als ob Ihre Aufmerksamkeit abschweift, wenn wir etwas Schmerzhaftes berühren, stimmt das?“ Und es sieht so aus, als ob es für Sie wichtig wäre, einen Moment dort zu bleiben, um diesem Schmerz eine Stimme zu geben. Könnten Sie einen Moment bei diesem Schmerz bleiben?“

2.2.4.6. Passen Sie die Fallformulierung ständig an den aktuellen Prozess an.

2.2.4.7. Verwenden Sie die gemeinsam konstruierte Fallformulierung, um Fallformulierungsarbeiten zu machen: Reflektieren über das, was in der Sitzung passiert auf der Basis der Fallformulierung und flechten Sie es in die fortlaufende Fallformulierung ein.

## **2.2.5. Der/die TherapeutIn ist in der Lage, die Auswirkungen seiner/ihrer Handlung auf den/die KlientenIn wahrzunehmen**

(z. B. Mikromarker für Nachgiebigkeit (Abneigung gegen Meinungsverschiedenheit): Wenn der/die KlientIn „vielleicht“ sagt, bedeutet das in Wirklichkeit „nein“).

## Abschnitt 3: Interventionsfähigkeiten des/der EFT- TherapeutenIn

## **Abschnitt 3: Interventionsfähigkeiten des/der EFT-TherapeutenIn**

Rahmeneinführung: Was tun wir? Wann tun wir es? Wie tun wir es?

### **3.1 Fähigkeiten des/der EFT-TherapeutenIn im Reaktionsmodus: (einschließlich Mikromarkern: „Wann-Dann“-Reaktionsfähigkeit)**

#### **3.1.1. Reaktionen Empathischen Verstehens:**

Empathische Reflexion, empathisches Folgen, empathische Bestätigung

#### **3.1.2. Reaktionen empathischen Explorierens:**

Empathische Spiegelungen, evokative Spiegelungen (einschließlich Spiegelungen in der ersten Person), exploratives Spiegeln, Prozessspiegelungen, empathisches Vermuten, empathische Formulierungen, empathische Zurückfokussieren, explorative Frage, Frage zum Szenenaufbau, Passfragen

#### **3.1.3. Prozessleitende Reaktionen:**

Erlebensorientiertes Unterweisen, Prozessvorschläge (einschließlich des Vorgebens von Worten (feeding lines), Aufgaben strukturierende Reaktionen, Hausaufgaben zur Förderung des Gewahrseins

#### **3.1.4. Reaktionen auf erlebensbezogene Präsenz:**

Prozessoffenbarungen, persönliche Offenbarungen, Stimmqualität (wertschätzend, ausdrucksstark), Gesichtsausdruck (freundlich, empathisch spiegelnd, ausdrucksstark), zwischenmenschliche Art (Humor, freundlich, einnehmend, mutig, respektvoll), verbales Erlauben (respektvolles Schweigen, respektvolle Unterbrechung).

#### **3.1.5. Begrenzen und Kanalisieren von inhaltldirektiven Reaktionsmodi:**

Offenbaren gelegentlicher inhaltldirektiver Reaktionen (Interpretation, allgemeine Ratschläge, Expertenberuhigung, Meinungsverschiedenheit) auf vorsichtige, persönliche und spielerische Weise.

## **3.2. EFT-Aufgabenfähigkeiten (einschließlich Aufgabenmarker ; was der/die TherapeutIn im Allgemeinen tut; zentrale Veränderungsmomente; wichtigste Stufen Der Veränderung)**

### **3.2.1. EFT-Kernaufgabe:**

Emotionale Verarbeitung, Transformation von maladaptiven Emotionen zu adaptiven Emotionen durch Schaffung einer korrigierenden emotionalen Beziehung und einen emotionalen Vertiefungsprozess

### **3.2.2. EFT-Metaaufgaben:**

(Baseline-, über mehrere Sitzungen-, Aufgaben höherer Ordnung, die neben oder übergreifend und parallel zu anderen Aufgaben durchgeführt werden):

3.2.2.1. Beziehungsarbeit: Aufbau/Aufrechterhaltung/Reparaturarbeit/Beendigung der Therapie

3.2.2.2. Arbeit zur Emotionsregulation: Mäßigend; erhöhend: Zugang, Überwindung von Blockaden/Unterbrechungen des Zugangs zu Emotionen, Intensivierung (siehe Kommentar unten)

3.2.2.3. Kollaborative Fallformulierungsarbeit: Bereitstellung eines Rationals für den Emotionsfokus der Therapie; Spezifische aktuelle Probleme/Anliegen in EFT-Begriffen umformulieren; Formulierung von Kernschmerzen/zugrunde liegenden emotionalen Determinanten; Identifizierung von Aufgabenmarkern für zugrunde liegende Schwierigkeiten bei der Verarbeitung von Emotionen; Bereitstellung von aus der Fallformulierung abgeleiteten Rationalen für therapeutische Aufgaben; Aufmerksamkeit auf Mikromarker emotionaler Prozesse lenken und diese formulieren; Bedeutungserstellung nach der Aufgabe; gemeinsame Formulierungsarbeit am Ende der Sitzung; narrative Rekonstruktion emotionaler Veränderungen am Ende der Therapie

### **3.2.3. Spezifische EFT-Aufgaben (innerhalb der Sitzung):**

3.2.3.1. Hauptaufgaben von EFT: Systematisches evokatives Erschliessen; Focusing; Zwei-Stuhl Arbeit (für negativen Umgang mit dem eigenen Selbst)); Leere-Stuhl Arbeit; Selbstberuhigungsdiallog (transformierend)

3.2.3.2. Weitere EFT-Aufgaben: Allianzbildung; Allianzdialog; Empathisches Bestätigen; Kontaktarbeit; Freiraum Schaffen; Narratives Wiedererzählen (episodische Gedächtnisarbeit); Herstellen von Bedeutung

3.2.3.3 Verknüpfen, überlappen und ineinander einbetten von Aufgaben (basierend auf übergreifenden Prinzipien)

### **3.2.4. Differenzielle Reaktion innerhalb von Aufgaben (Reaktionsfähigkeit bei Auflösungs-mikromarkern innerhalb von Aufgaben):**

3.2.4.1. Aktives Suchen nach Markern

3.2.4.2. Aufgaben anbieten/eröffnen/ Rationale anbieten

3.2.4.3. Intensivieren der Emotionen bei Aufgaben

3.2.4.4. Emotionale Vertiefung in Aufgaben

3.2.4.5. Umgang mit Sackgasse/Steckenbleiben

3.2.4.6. Fördern wichtiger Veränderungspunkten

3.2.4.7. Abschluss der aktiven Phase der Arbeit/Bookmarking

3.2.4.8. Gemeinsames Prozessieren der Veränderung/Herstellen von Bedeutung (Flechte das Geschehene in die Fallformulierung/Anpassung der Fallformulierung ein, um einen roten Faden zu schaffen)

### **3.3. Fähigkeiten im Sitzungsmanagement:**

2.3.1. Sitzungen eröffnen

2.3.2. Einen Fokus für die Sitzung festlegen

2.3.3. Episoden therapeutischer Arbeit strukturieren

2.3.4. Sitzungen schließen (insbesondere, wenn Aufgaben nicht gelöst sind, der/die KlientIn weiterhin aktiviert ist)

### **3.4. Fähigkeiten im Behandlungsphasenmanagement:**

2.4.1. Beginn der Therapie (Fokus auf Emotionen schaffen, Rationale geben, Allianz-  
bildung)

2.4.2. Bewältigung der frühen und späteren Arbeitsphase der Therapie (Schaffung  
eines roten Fadens rund um den Zugang zu und die Transformation von Kernschmer-  
zen)

2.4.3. Konsolidierung der Veränderung/Beendigung der Therapie

# Emotion-Focused Therapy Training

Erasmus+Project N.º2020-1-PT01-KA202-078724

CO-FUNDED



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

Creative Commons



PARTNERS

