

# Wenn wir es „Psychotherapie“ nennen ...

von Eugene T. Gendlin

Ein großes Thema im Hinblick auf Psychotherapie macht mir seit vielen Jahren Kopfzerbrechen. Ich möchte jeden, der bereit ist, darüber nachzudenken, um Hilfe bitten. Was ich schon habe, ist ein Vorschlag, der aus zwei Teilen besteht, aber er ist noch vage.

Eine Seite des Themas ist klar: Ich praktiziere Psychotherapie, und es liegt mir am Herzen, ein Ausbildungskonzept für unserer Focusing anwendende Therapie zu entwickeln. Daran habe ich keinen Zweifel. Ich bin nicht gewillt, das Gebiet der Therapie oder den Namen „Therapie“ preiszugeben.

Die andere Seite des Problems ist, dass ich immer, wenn ich mich außerhalb klientenzentrierter Kreise bewege, größte Schwierigkeiten mit dem habe, was so viele Leute auf der Welt immer noch unter „Therapie“ verstehen. Wie können wir klar machen, dass unsere Therapie keine „Therapie“ in *deren* Sinne sein wird?

Die klientenzentrierte Ausbildung berücksichtigt einige meiner Sorgen. Sie enthält eine Menge über die Rolle der Therapeutin<sup>1</sup> und über Grundhaltungen. Rogers hat Therapie *total* in Begriffen der therapeutischen Haltungen definiert. Dennoch verwenden wir viel Zeit auf die Genauigkeit des Zuhörens, auf unsere Focusing-Instruktionen und auf andere Prozeduren, während „Haltungen“ noch immer vage und allgemein bleiben. Seit dreißig Jahren erlebe ich, dass jede neue Ausbildungsgruppe am Anfang mit Fragen kommt wie: „Wie kann ich ‘kongruent’ sein und gleichzeitig, ‘wertschätzend’, wenn einiges an einem Klienten wirklich nicht liebenswert ist?“ Eine genaue Begrifflichkeit für die Haltungen hat sich bisher nicht entwickelt.

Bezeichnenderweise gibt es eine Menge Kurse über „Interventionen“, aber vermutlich noch nicht einmal einen einzigen Kurs über Haltungen. Und Kurse über Vertrauenswürdigkeit und Ethik sind oft langweilig, weil man die allgemeinen Inhalte, die da angeboten werden, schon kennt.

Therapieliteratur *kann* klientenzentrierte „Interventionen“ mit denen anderer Verfahren vergleichen; aber die klientenzentrierten Grundhaltungen und Grundannahmen sind so vage, dass sie über die tiefe Kluft zwischen dem klientenzentrierten Begriff von Therapie und dem, was die Welt unter Therapie versteht, hinweg *nicht* verglichen werden *können*. Es gibt keine Brücken, keinen gemeinsamen Nenner, auf dem solche Vergleiche stattfinden könnten.

Zum Beispiel teilt mir ein Leser meines kürzlich erschienenen Therapiebuches<sup>2</sup> mit, der Therapeut, den ich beschreibe, komme ihm „servil“ vor. Es gibt keinen einfachen einzelnen Schritt, mit dem man die Kraft erklären könnte, die darin liegt, Schritte aus dem Inneren der Klientin kommen zu lassen. *Aber ohne das - gibt es wirklich so etwas wie Therapie? Und wenn nicht, was ist dann das, was die Welt „Therapie“ nennt? Und wenn es in der Welt dieses leere Ding ist, wie können wir dann unserer Sache diesen Namen geben?*

Freud war der Meinung, der Analytiker sollte eine Deutung aufgeben, wenn sie durch nichts, was aus dem Unbewussten des Patienten aufsteigt, bestätigt wird. Im *Wolfsmann* berichtet er, dass er von seiner Deutung abrückte, aber erst, nachdem er neun Monate lang auf ihr beharrt hatte! Selbstverständlich vergeben wir Pionieren. Aber im Moment gibt es eine intensive Kontroverse zwischen denen, die sexuell missbrauchten Kindern Gehör verschaffen wollen, und denen, die denjenigen Menschen zu ihrem Recht verhelfen wollen, die fälschlicherweise von Kindern beschuldigt werden, deren Therapeuten sie gedrängt haben, sich an Szenen und Material zu „erinnern“, das von den „Therapeuten“ induziert worden war (in einem Fall soll 14 Jahre lang gedrängt worden sein, bevor es „saß“). Man muss natürlich mit beiden Sorten von Opfern Mitgefühl haben. Aber wie kann man den riesigen Unterschied übersehen zwischen einem respektvollen Prozess, der darauf angelegt ist, ausschließlich Inhalte aus dem Innern

---

<sup>1</sup> Personen- und Rollenbezeichnungen sowie Pronomina werden im Singular meistens weiblich übersetzt.

<sup>2</sup> Focusing-Oriented Psychotherapy. A Handbook of the Experiential Method. Guilford, New York 1996; deutsch: Klett-Cotta, Stuttgart 1999)

aufsteigen zu lassen, und einem, in dem *als Regel und Methode* Inhalte und Ideen von außen aufoktroziert werden? Die Welt jedoch nennt beides „Therapie“. Ich meine nicht, dass wir keine Fehler machen; nur nennen wir sie nicht Therapie.

Der erste Teil meines Vorschlages ist folgendes: Können Ausbilder und Lernende einen großen Teil der Ausbildungszeit darauf verwenden, die Grundlagen dessen, was wir bereits haben, zu formulieren, anzureichern und zu erweitern? Das hätte den immensen Vorteil, dass damit auch ein anderer Aspekt berücksichtigt würde, für den Rogers in seinen Ausbildungen zu sorgen pflegte: Anstelle von vorgefertigtem und eingetrocknetem Material bot er die Methode als eine an, die noch in der Entwicklung ist. Dadurch war es sehr spannend, zusammen zu arbeiten, einen eigenen Beitrag zu leisten und an den Rändern dessen entlang zu denken, was schon bekannt ist. In jedem Kurs verteilte er eine lange Liste des vorhandenen Materials und lud uns ein zu entscheiden, was davon wir benutzen wollten, wo wir beginnen und wie wir weitergehen wollten. Das ermöglichte uns, die Art Prozess, die er lehrte, selbst zu erfahren.

Wenn alle sich daran beteiligen würden, die grundlegenden Charakteristika unserer Haltung gegenüber Therapie zu entwickeln, und wenn diese Arbeit einen großen Teil unseres Ausbildungsprogrammes einnehmen würde, könnte das der Anfang einer Lösung des Problems sein. Die Ergebnisse würden uns auch ermöglichen, uns mit Kollegen aus anderen Therapieschulen zu verständigen. Und das wäre etwas, was dreißig Jahre lang sehr gefehlt hat.

Lassen Sie mich das Problem weiter erörtern. Rogers hat die allgemeinen Prinzipien und Haltungen sehr gut formuliert; und ich bin sicher, wir werden *das alles* in unser Curriculum integrieren. Selbstverständlich werden wir Teil einer klientenzentrierten Bewegung, einer klientenzentrierten Entwicklung sein. Wir wollen doch das ganze Werk von Carl Rogers und seinen Leuten, so weit es reicht, als Grundlage mitnehmen.

Um eine Konzeption von „Therapie“ darzulegen, die so vollkommen anders ist, musste Rogers all die alten Wörter rausschmeißen. Er musste Begriffe benutzen, die für Menschen, die „Therapie“ in der üblichen Weise betrachten, nicht unmittelbar verständlich sind.

Wir alle haben versucht, unsere sehr andere Sicht von Therapie solchen Leuten zu erklären. Ich muss damit allerdings immer sehr schnell aufhören, weil ich so viele Dinge erklären müsste und meine Gefühle zu diesem Thema so heftig sind, dass ich all das einem freundlichen Menschen, der halt zufälligerweise Therapie auf die übliche Art betrachtet, unmöglich zumuten kann.

Rogers schaffte das Couch-Setting ab, bei dem die Therapeutin - für die Patientin - unsichtbar hinter ihr sitzt, und er schaffte das medizinische Modell ab, aber „Therapie“ neigt dazu, beides beizubehalten. Er schaffte den Arzt, der eine andere Sorte Mensch ist als der „Patient“, ab; er beseitigte die Diagnose, die „Behandlung“, die Anamnese, das Notizenmachen - all die Grundannahmen und die gesamte Struktur, die überall anders noch immer in kraft sind.

Aber sogar in der klientenzentrierten Therapie, die soviel häufiger wirkungsvoll ist, lebbarer und wirklicher, praktizieren viele Kollegen eine Art „formalen Tanz“: Sie sagen nur bestimmte Dinge und verstecken sich auf kompetente Weise - nicht hinter einer Couch, aber immer noch hinter einer gut funktionierenden Routine. Und so kommt das alte Gefälle zwischen Arzt und Patient durch die Hintertür wieder herein. Jetzt gibt es auch noch Focusing-Ausbilder, die sich unter dem Schutz ihres zertifizierten Wissens über Focusing-Instruktionen derselben alten Arzt-Patient-Struktur schuldig machen.

Ich bin kein Vertreter von „alles ist erlaubt“; ich will weder Therapie mit Freundschaft gleichsetzen, noch will ich sie ihrer klaren Strukturen und Grenzen berauben. Ich bin der Meinung, dass die Struktur und die Grenzen einen zentralen Schutz für die Klientin bedeuten. Die Therapeutin trägt eine bestimmte Verantwortung, während die Klientin mehr Freiheit hat als in anderen Settings. Alle Gefühle werden willkommen geheißen, aber die möglichen Handlungen sind deutlich eingeschränkt. Die Beschränkung des Handelns ermöglicht die Tiefe des Erlebens. Die Beziehung in der Breite zu begrenzen (man könnte sagen: nach rechts und links einzuzäunen), schafft eine Art Kanal zwischen Klientin und Therapeutin, auf dem sie in einer tieferen und wirklicheren Weise miteinander in Beziehung treten können, als es uns in unseren bedürftigen und verstrickten persönlichen Beziehungen üblicherweise möglich ist, in unseren Beziehungen, in denen wir einander so wenig hören und in denen soviel von dem, was wir sagen und fühlen, Projektion ist.

Dieser schmale aber wirklichere Kanal ist oft missverstanden und noch nicht zufriedenstellend beschrieben worden. Therapie ist eine wirkliche und lebendige Beziehung zwischen zwei Menschen und nicht irgendein Ersatz oder eine nur symbolische Repräsentation einer Beziehung. Es ist wahr, dass hier

auch die Defizite der Kindheit auftauchen und wirksam werden, aber das tun sie nur auf dem Boden des realen Kontaktes.

Aber was die Welt unter „in Therapie gehen“ versteht, bedeutet häufig, sich in die Hände von jemanden zu begeben, der zuständig ist - unter der Annahme, dass eine solche Zuständigkeit, nämlich für die Veränderung einer anderen Person, überhaupt möglich ist. Es bedeutet, die Kommentare und Ratschläge der zuständigen Person höher zu bewerten als die eigenen und die anderer Leute. Es bedeutet, „in Behandlung“ zu sein, mit der Annahme, dass die bloße Doktor-Patient-Struktur etwas *ist*.

Lassen Sie mich eine Geschichte dazu erzählen: Eine gut ausgebildete und mit Intuition begabte Therapeutin, die ich sehr gut kenne, hat ihre kleine Tochter in „Therapie“ geschickt und erzählt mir von einigen hässlichen Dingen, die der Therapeut gesagt hat, und von invasiven Behandlungsweisen, die er vorgeschlagen hat, und die sie gerade noch abwenden konnte. Dabei höre ich nichts von dem, was die kleine Tochter über ihr Problem sagt. „Wie geht es *Janie* damit, hörst *Du* ihr nicht zu? frage ich. „Also man soll doch nicht sein eigenes Kind behandeln“, sagt sie - ganz richtig, natürlich. Aber warum nicht zuhören? Wo sie doch so begabt ist. Danach kann ich sie nicht fragen. Die tiefe Kluft, die stundenlange Erklärungen erfordern würde, um überbrückt zu werden, lässt mich verstummen. Natürlich kann meine Mutter nicht meine Therapeutin sein. Ich stimme ihr zu, dass sie einen Therapeuten finden muss, der helfen kann. Aber sie sucht keinen sie gibt sich mit diesem zufrieden! Was fällt ihr ein, so einen Menschen mit ihrem Kind rummachen zu lassen? Antwort: Er ist Therapeut, und sie glaubt an „Therapie“! Sie antwortet: Naja, Janie braucht eben Therapie“.

Ich sehe, dass sie findet, irgendeine Therapie sei besser als gar keine, es gebe ein Ding, das Therapie heiße und es bestehe darin, zu jemandem zu gehen, der „Therapeut“ genannt wird. Also sag ich ihr: „Guck mal, es gibt so ein Ding Therapie nicht! Außer wenn es nicht funktioniert, dann ist es Therapie.“ Dann konnte ich nichts mehr sagen.

Natürlich habe ich oft das Gegenteil geschrieben: dass wir es nur dann „Therapie“ nennen sollten, wenn ein hilfreicher Prozess stattfindet, und nicht, nur weil zwei Menschen in einem Raum sind und einer von ihnen beansprucht, Therapeut zu sein. Aber als ich merkte, dass sogar diese gute Therapeutin das Wort „Therapie“ für die leere Hülle der Doktor-Patient-Behandlung benutzte, war mir danach, es auch auf diese Weise zu verwenden. (bzw. hatte ich das Gefühl, dass ich dieses Wort auch so wie die anderen benutze.) Der hilfreiche Prozess ist so anders und schließt so eindeutig diese externale Arzt-Patient-Struktur aus. Ich war soweit, zu sagen, dass *dieses* leere Ding nur existiert, wenn der hilfreiche Prozess nicht stattfindet. Aber ist das nicht die allgemein übliche Bedeutung von „Therapie“?

Das alles war für mich zuviel, um es sagen zu können, und deshalb schwieg ich. Aber es ist *genau das*, was wir ausformulieren müssen, wenn wir nicht diese selbstzufriedene Rolle wollen, die in der Mitte leer ist.

Nein, ich will das Wort „Therapie“ nicht aufgeben. Aber ich glaube nicht, dass wir das Problem mit ein paar allgemeinen Prinzipien und Haltungen lösen können. Wir brauchen viele Kurse über spezifische Einzelheiten, nicht nur umfassende Prinzipien wie „dem Klienten vertrauen“ oder „die Klientin entscheiden lassen“. Vielleicht können wir die Grundlagen formulieren, indem wir *vielen* Stränge allgemeiner Prinzipien zusammen mit *vielen* Verhaltensweisen, die jene verkörpern, benutzen.

Es braucht die Art von Spezifizierung, wie die, die ich fürs Focusing gemacht habe. Ich habe etwas genommen, das vielen bekannt war, aber nur vage, und ich habe viele seiner Stränge ausdifferenziert: die körperliche Achtsamkeit, die Haltungen, die Schritte und viele Unterscheidungen und Details bei jedem Schritt. Es wird Zeit brauchen und mehr als eine Person, dasselbe für dieses Thema zu tun.

Ich kann, als Beispiel, zwei Dimensionen des Problems unterscheiden: eine betrifft die Haltungen. Wie ich die andere nennen soll, weiß ich noch nicht, vielleicht die „administrative Rolle“. Ich fang' mal mit der letzteren an.

War etwas Therapie, *weil* die Person eine ausgebildete Therapeutin war, oder war es Therapie, *weil* es der Klientin besser geht? Wenn beispielsweise ein Gericht ein Urteil fällt, gilt dieses Urteil, *weil* ein rechtmäßig ernannter Richter es gesprochen hat. Sogar wenn dieser Richter als unfähig bekannt ist, sogar wenn die Entscheidung offensichtlich falsch erscheint, gilt das Urteil *wegen der rechtmäßigen Rolle des Richters*. Und das ist richtig so, weil die Gesellschaft irgendeine Festlegung, wie mit solchen Problemen umzugehen ist, braucht.

Viele Menschen, auch viele TherapeutInnen, betrachten auch „Therapie“ in dieser Weise. Eine Therapeutin weiß, wie die Gesellschaft mit Problemen, die auftreten, umgeht. Eine Therapeutin benutzt die richtigen Worte, hat eine anerkannte Ausbildung, kennt die Rolle, kann Menschen diagnostisch einord-

nen, kann Krankenkassenformulare unterschreiben, Menschen in die Klinik einweisen und die ganze administrative Maschine bedienen. Ich denke, dies ist eine rechtmäßige Realität, die deutlich gemacht werden und einen Namen haben sollte. Es ist die administrative Rolle der Therapeutin.

Viele TherapeutInnen und andere denken, das sei alles, was an TherapeutInnen und Therapie dran ist. Sie haben niemals den inneren Prozess von kleinen Schritten des Bessergehens erlebt, der für uns Therapie ist. Ich bin der Meinung, er sollte einen neuen Namen bekommen, weil alle üblicherweise benutzten Begriffe mit der Rolle assoziiert werden.

Was die Haltungen betrifft, finde ich, sollten wir eine lange Liste *verbindlicher Prinzipien* machen und jedes bis ins Einzelne verfolgen. Dann könnten wir eine alte Forschungsmethode, die ich kenne, anwenden und viele Leute bitten, unsere Beschreibungen zu lesen und zu sagen, was sie glauben, das sie bedeuten.

Lasst uns auch eine Liste *vieler verschiedener falscher Aspekte der Therapeutenrolle* machen, solcher, die u. E. eben gerade nicht zur Rolle gehören, etwa immer recht haben zu müssen. Das könnte AusbildungsteilnehmerInnen helfen zu erkennen, wie unrealistisch diese Aspekte sind.

Drittens sollten wir *viele Beispiele für Verhaltensweisen* sammeln und auflisten, die den KlientInnen ermöglichen zu erkennen, dass wir die Unwirklichkeit nicht wollen.

Hier eine allgemeine Feststellung als Beispiel: Zu jeder *wirklichen* Beziehung gehört „*Gleichrangigkeit*“ (*inherent equality*). Jedes Gefälle geht auf das Konto der Rolle. Wenn man die Rolle des Therapeuten, der Lehrerin, der Eltern etc. hat, muss man die Ungleichrangigkeit der Rolle voll zur Kenntnis nehmen (und auch, wie notwendig sie manchmal sein mag), aber im Hinblick auf Beziehung ist sie nicht wirklich.

Als „Professor“ beispielsweise kann ich keine wirkliche Beziehung zu Studenten aufnehmen. Wie können wir eine wirkliche Interaktion haben, wenn ich die Macht darüber habe, ob der Student sein Examen besteht? Das Diplom gibt einer Person Macht über andere, und die Gesellschaft verleiht mir die Rolle sicherzustellen, dass diese Macht nicht beliebig jedem übergeben wird. Dabei handelt es sich um eine gesellschaftlich notwendige Rolle, die von jemandem übernommen werden muss. Aber ich brauche Studenten, um merken zu können, dass ich den falschen Respekt, der mir angeblich zusteht, verabscheue. Ich mag über manche Dinge mehr wissen, aber wir brauchen nicht so zu tun, als ob ich mehr über das Thema wüsste, dem die Studentin sich gerade zwei Jahre gewidmet hat. Ich brauche StudentInnen, um merken zu können, dass ich nicht vorsichtig behandelt werden muss, wenn ich in einem Streitgespräch unterliege. *Unwirkliche Rollenbeziehung ist so eine Verschwendung von Lebenszeit! Das, worum es da geht, existiert überhaupt nicht wirklich.* Warum sollten wir für etwas Unwirkliches hart arbeiten? Da könnten wir doch besser am Strand liegen! Wirkliche Beziehung ist gleichrangig. Man muss wissen, *dass jemand da drinnen ist*, ein anderes Wesen, das ein Leben in einer Weise führt, die ich nie ganz erfassen kann. Also muss ich warten; was von da kommt, kann ich nicht kontrollieren oder verändern. Wenn ich das übergehe, bin ich allein und die Verbindung ist nur als-ob.

Ich habe gerade einen Strang unserer therapeutischen Grundlagen beschrieben, der „Echtheit“ oder „Wirklichsein“ heißen könnte. Ich habe auch einige Beispiele und Verhaltensweisen hinzugefügt. Aber wenn Sie das alles nicht schon gewusst und gefühlt hätten, hätte ich es vermitteln können?

Ein anderes Beispiel: Die allgemeine Haltung könnte „Bereitschaft, sichtbar zu sein“ heißen. Auf der Verhaltensebene finde ich es falsch, der Klientin oft Zeit wegzunehmen, um meiner Person Ausdruck zu verleihen. Außerdem will ich Übertragung nicht dadurch zwingend verhindern, dass ich dem Klienten realistische Wahrnehmungen meiner Person aufdränge. Auf der anderen Seite will ich sichtbar sein als der unidealisierbare Mensch mit Stärken und Schwächen, der ich bin. Also verstecke ich mich einfach nicht. Ich habe daran gearbeitet, auf die alten Masken zu verzichten, die ich früher automatisch benutzt habe. Das hat bei den meisten KlientInnen zur Folge, dass sie meine Begrenzungen bald ziemlich klar erkennen.

Noch ein Beispiel: Neue KlientInnen unterbrechen sich und werden abgelenkt, wenn ich sie missverstehe. Sie halten inne, weil sie nicht wissen, wie sie mich auf mein Missverständnis aufmerksam machen können, oder weil sie nicht einmal sicher sind, dass es eines war. Sie entfernen sich von ihrem Erleben und versuchen, dem zu folgen, was ich (falsch) verstanden habe. Oder sie verbringen Zeit damit zu erklären, warum es nicht ganz richtig war. Da es für uns notwendig ist, dass die KlientInnen uns Schritt für Schritt korrigieren, während wir sie begleiten, ergreife ich diese Gelegenheit und sage ziemlich oft ausdrücklich: „Oh, ich merke, dass das, was ich gerade gesagt habe, falsch war (und ich wische es mit der Hand beiseite). Das soll uns nicht im Weg sein. Sagen Sie es doch noch einmal ...“ Das zeigt den

KlientInnen, dass ich nur Dinge sagen *will*, die ihnen helfen, Zugang zu dem zu bekommen, was sie spüren und ausdrücken wollen. Wenn ich sie dann wieder einmal missverstehe, wischen sie bald meine Worte mit der Hand weg, während ich noch mitten im Satz bin; sie können unabgelenkt bei ihrem Erleben bleiben, bis sie es auf eine andere Weise ausdrücken können. Das hilft dem Prozess, aber hier dient es mir auch dazu, Gleichrangigkeit auszudrücken.

Wenn ich ernsthafte Fehler mache, gebe ich sie offen zu. Das fühlt sich im Moment nicht gut an, aber es hält die Beziehung wirklich und sauber. Wenn ich sie verschleierte, und die Klientin auch so tut, als wäre alles in Ordnung, ist unsere Interaktion nicht real. In dem Augenblick, wo sie nicht real ist, kann ich nicht weiterarbeiten, weil es nutzlos wäre. Da das, was da passiert, nicht wirklich existiert, können daraus keine neuen Schritte kommen. Dann gibt es keine Hoffnung. Aber wenn ich für das, was passiert ist oder passiert, geradestehe, wird der Beziehungsprozess in der Folge so vertieft, dass wir beide froh über meinen Fehler sind.

Von unseren eigenen TherapeutInnen bekomme ich zu dieser Einstellung oft sehr erfreute Resonanz. Dass ich diese Dinge laut sage, erleben sie als Unterstützung. *Ich sehe, dass die falsche Vorstellung von „Therapie“ viele TherapeutInnen unterdrückt, die alles wissen, was ich hier gesagt habe, aber meinen, sie müssten versuchen, die Fassade des „Therapeuten“ zu zeigen, um überhaupt praktizieren zu können.*

Ein weiteres allgemeines Prinzip ist „wirklicher Kontakt“. In der Welt der Erwachsenen fehlt er sehr, aber Kindern ist er auf natürliche Weise zu Eigen. Im Restaurant, zum Beispiel, dreht sich ein kleines Mädchen vom Nachbartisch um, um dich anzusehen. Es ist ein offener Blick, unmittelbar von ihr - zu dir. Sie weiß nicht, dass es sich für Fremde nicht gehört, in Kontakt zu treten, also lässt sie ein solches Wissen auch nicht zwischen euch kommen. Es ist nichts dazwischen. Du schaust zurück. Ihre Eltern sagen ihr, sie soll sich umdrehen und sich hinsetzen. Aber dann, als sie aufbrechen, dreht sie sich an der Tür um, um noch einmal zu schauen. Schließlich seid ihr euch begegnet, du und sie; da kann sie doch nicht einfach weggehen.

In der Schule gucken die Kinder die Lehrerin suchend an, offen und zugewandt. Die Lehrerin ist mit den acht Stufen des Lesenlernens beschäftigt und guckt nicht zurück. Aber sie könnte.

Lassen nur Kinder nichts dazwischen treten? Oder können Erwachsene das auch? Wir können es, aber für uns ist es etwas Besonderes.

Wenn Sie mich jetzt besuchen kämen, würde ich Sie wahrscheinlich nicht auf diese Weise anschauen, und vielleicht würde ich nicht merken, wenn Sie es täten. Sie würden mich in einer bestimmten Stimmung mit meinen privaten Schwierigkeiten antreffen. Außerdem bin ich damit beschäftigt, dies hier zu schreiben. Wenn Sie plötzlich hereinkämen, würde noch ein dritter Faktor wirksam: Das soziale Schema, wie man jemanden ordentlich begrüßt. Aus dem heraus würde ich auf Sie reagieren. Oder wenn Du ein alter Freund bist, würde ich wahrscheinlich aus dem uns beiden vertrauten Muster heraus reagieren. Wenn Du dann auf eine frische, tiefe Weise mit mir in Beziehung treten wolltest, würde es vermutlich eine Minute dauern, bis ich unser gewohntes Schema zur Seite gestellt hätte, meine Gedanken von diesem Text hier gelöst und meine Stimmung abgeschüttelt hätte, so dass ich nicht mehr in ihr gefangen wäre. Dann wäre ich hier, ohne etwas zwischen uns zu lassen. Aber es wäre leichter, hinter all dem verborgen zu bleiben und mich meinen Gewohnheiten zu überlassen.

Wenn ich wirklich bei dir sein will, lasse ich nichts dazwischen. Natürlich weiß ich, dass ich mich auf meine Gewohnheiten zurückziehen kann. Und wenn es nötig ist, kann ich mich auch verteidigen. Selbstverständlich habe ich meine Ressourcen. Aber all das will ich nicht zwischen uns haben. Wenn ich nichts dazwischen lasse, kannst Du in meine Augen sehen und mich finden. Es könnte natürlich sein, dass Du nicht guckst. Aber wenn Du es tust, werde ich mich nicht verstecken. Dann kannst Du eine sehr unzulängliche Person sehen. Aber das ist in Ordnung, weil für Kontakt nicht eine besondere Sorte Mensch benötigt wird. Diese Tatsache macht rundherum friedlich. Ich kann da sein, ich kann spüren, wie Du Dich innerlich abmüht, und ich kann darauf warten, dass wir in Kontakt treten, wann immer das möglich sein wird.

Die von mir genannten Verhaltensbeispiele bezogen sich auf drei einander überlappende allgemeine Prinzipien: Gleichrangigkeit (auf der Ebene Person zu Person), Sichtbarkeit und Wirklichkeit der Beziehung zu dem, was ich „der Jemand da drinnen“ nenne. Ich habe auch versucht, eine Art der Unwirklichkeit zu beschreiben und warum wir sie ablehnen. *Wenn wir ein spannendes gemeinsames Projekt mit dem Ziel hätten, viele Stränge unserer therapeutischen Grundhaltungen, viele Verhaltensbeispiele und viele Beispiele für Unwirklichkeit zu formulieren und zu sammeln - könnte das den Teil der Ausbildung ausmachen, den ich vorschlage? Das ist der erste Teil meines Vorschlags.*

Jetzt der zweite: Zu Beginn meiner Ausbildungen leite ich die Grundprinzipien mit dem Wort „natürlich“ (*of course*) ein. Ich sage bestimmte Dinge wie „Natürlich würden Sie es respektieren, wenn ein Klient ein Thema nicht weiter verfolgen will“, oder „natürlich würden Sie nicht mit der Klientin über deren Erfahrung argumentieren“, und dann füge ich hinzu: Hier geht es nicht darum, was getan oder nicht getan werden soll, sondern es geht um das „natürlich“. Vielleicht wissen Sie jetzt noch nicht, warum ich „natürlich“ sage, aber wenn Sie dieses „natürlich“ nicht ziemlich bald fühlen, habe ich versagt.

Jetzt, wo ich darüber nachdenke, merke ich, dass ich noch nicht einmal in meinen Kursen in der Lage bin, das, worum es mir geht, genauer auszudrücken. Ich bin darauf angewiesen, dass es bei den StudentInnen auf indirekte Weise ankommt. Ich bin nicht imstande, das Grundprinzip auszudrücken. Es besteht nicht in den Inhalten, die ich mitteile, sondern in dem, was sie „natürlich“ sein lässt.

Ich denke, dass Worte vielleicht nicht ermöglichen, zu dem „natürlich“ zu kommen. Wahrscheinlich ist es nötig, sich in der Praxis zu engagieren, und vielleicht nicht nur in der üblichen Praxis, sondern in einer speziellen Suchbewegung, damit man dieses „natürlich“ findet.

Also ist der zweite Teil meines Vorschlags folgendes: *Können wir eine Tätigkeit entfalten, einen offiziell bekannten und mit einem Namen versehenen Prozess (vielleicht „Ver-Wirklichen“ oder so ähnlich), als die vorrangige Vorgehensweise, um die wir uns bemühen, die wir diskutieren und über die wir beraten. Und könnte das ein großer Teil unserer Praxis und Ausbildung sein?* Ich weiß, mein Vorschlag ist noch vage. Es ist nur ein Denkanstoß.

Ich finde Ausbildung sehr wichtig. Aus der Erfahrung allein kann eine einzelne Person nicht das herausfinden, was die gesamte Menschheit in dem diesem Jahrhundert seit Freud herausgefunden hat. Aber wenn wir wählen müssten: entweder die gewöhnliche Ausbildung ohne die Grundprinzipien oder die Prinzipien ohne jede Ausbildung, müssten wir meiner Meinung nach das letztere wählen. Mit den Grundlagen ausgestattet, würde eine Therapeutin allmählich eine Menge aus der Erfahrung schöpfen. Aber ohne jene würde selbst die beste Ausbildung nur dem Schein dienen - günstigenfalls.

Ich habe ein Postskriptum: In der Therapie ist die „Beziehung“ (die Person da drinnen) von vorrangiger Bedeutung, dann kommt das Listening und erst als drittes die Focusing-Instruktionen. Wenn etwas in der Beziehung nicht stimmt, muss man sich sobald wie möglich mit ihr beschäftigen, und alles andere muss warten. Und ohne Listening ist man nicht wirklich in kontinuierlichem Kontakt mit einer Person.

Focusing ist kein „intrapsychischer Prozess“ im Sinne einer Abgrenzung zu Beziehung. Eine solche Unterscheidung vernachlässigt die Tatsache, dass wir in unseren Situationen und Beziehungen zu anderen leben, und zwar körperlich. Was finden wir, wenn wir fokussieren? Ist es nicht die Art, in der wir jetzt gerade in der Welt leben? Man kann allein fokussieren, aber wenn man es in Anwesenheit einer anderen Person tut, ist es tiefer und besser, *wenn* diese Beziehung dazu angetan ist, den körperlich ablaufenden Prozess zu vertiefen und zu verbessern. Wenn nicht, schränkt die Beziehung den Focusing-Prozess ein. Was immer in der Beziehung nicht in Ordnung ist, taucht vermutlich im Focusing wieder auf, und wenn es beiseite geschoben wird, wirkt es sich auf die gesamte innere Qualität des Focusing aus.

Vor langer Zeit habe ich geschrieben, Focusing sei der Motor der Therapie. Sage ich jetzt, dass es erst an dritter Stelle komme? Was ich sagen will, ist, dass Focusing-*Instruktionen*, in welcher Form auch immer, als drittes kommen. Therapie als Ganzes verlangt, mit dem, was konkret da ist, Verbindung aufzunehmen; und Focusing rückt diesen Vorgang ins Bewusstsein und ermöglicht, ihn gezielt zu fördern, so dass die Therapie viel wirksamer wird.

Focusing impliziert bestimmte Haltungen gegenüber dem Felt Sense und dem, was innen auftaucht. Das sind beziehungsmaßige Haltungen, weitgehend diejenigen, die eine klientenzentrierte Therapeutin gegenüber einer Klientin hat. Focusing verlangt diese Haltungen und gleichzeitig hilft es, sie zu entwickeln, wenn sie vorher nicht da waren.

Unter Focusing verstehe ich folgendes: Zeit mit dem zunächst unklaren Körpergefühl zu einem Problem zu verbringen, so dass neue Schritte kommen. Focusing ist eine kleine Tür. Viele Leute wollen alles, was sie hinter dieser Tür finden, „Focusing“ nennen. Das ist ein Fehler. Focusing ist die schlichte Aufmerksamkeit für das sehr gewöhnliche körperliche Unbehagen, das mir ein Problem bereitet. Bitte lasst es so einfach, damit die Menschen es finden können. Aber wir können versuchen, hier etwas sehr Großes und Tiefes in Begriffe zu fassen: die grundlegenden Prinzipien dessen, was wir „Therapie“ nennen, in unserem Sinne verstanden.

Würdet ihr bitte zu dem Gesagten Vorschläge, Hinzufügungen, Ausarbeitungen, Änderungen oder Gegenmeinungen anbringen, damit etwas Gutes und Praktikables aus meinem Vorschlag, wie dieses Problem gelöst werden könnte, entsteht.

*(Aus: Focusing-Journal Nr. 2, 1999)*