

Campbell Purton, Personzentrierte Therapie. Der Focusing-orientierte Ansatz.

Einführung

Übersetzung: Christiane Geiser

Dieser Text ist meine Übersetzung der Einführung zu Campbell Purtons bahnbrechendem Buch **person-centred therapy. the focusing-oriented approach**, das 2004 bei Palgrave erschienen ist. Brian Thorne, Emeritus Professor of Counselling, University of East Anglia und langjähriger Kollege Purtons, schreibt über das Buch:

„This book is a 'tour de force'. Campbell Purton deploys his extensive experience as a therapist, philosopher and educator to provide a scholarly and gently provocative study of the evolution of person-centred therapy from the perspective of Eugene Gendlin, the originator of Focusing and the most influential and challenging of all Carl Rogers' early associates. Gendlin emerges from these pages as a figure of immense stature whose contributions can enrich the practice of therapists of all orientations while offering both inspirational and practical encouragement to those seeking to foster the creative and spiritual aspirations of contemporary men and women. The book has the additional merit of being beautifully written.“

Einführung (Introduction, p.1-10)

Personzentrierte Therapie nimmt im breiten Angebot der heute zur Verfügung stehenden psychologischen Therapien eine einzigartige Position ein. Worin diese Einzigartigkeit besteht, möchte ich im Laufe dieses Buchs zeigen, und zwar vor allem durch die Erforschung der Arbeit von Eugene Gendlin, einem engen Kollegen von Carl R. Rogers.

Ich erhoffe mir, dass das Buch für BeraterInnen, TherapeutInnen und AusbilderInnen von Belang ist und auch für all diejenigen, die auf irgendeine Art mit personenzentrierter Therapie zu tun haben. Es soll auch Menschen ansprechen, die daran interessiert sind, die Ideen von Carl Rogers auf eine neue Art und Weise zu betrachten. Rogers selber hat ja immer Theorien - seine eigenen eingeschlossen - als vorläufige Konstruktionen angesehen, die angesichts späterer Erfahrungen modifiziert werden müssen.

Gendlins Werk kann als einer der Wege angeschaut werden, auf denen Rogers Ideen vorangetragen (*carried forward*) werden können. Obwohl Gendlins Ansatz aus der Arbeit mit Rogers hervorgegangen ist, ist er doch von grosser Relevanz für *jede* Art von Beratung und Therapie. Er legt eine Art und Weise des Nachdenkens über Therapie vor, die von Interesse für diejenigen sein sollte, die ihre Arbeit als „eklektisch“ oder „integrativ“ bezeichnen, denn er stellt plausibel dar, dass diese Art zu arbeiten keineswegs als oberflächlich oder unzusammenhängend anzusehen ist.

Ich hoffe auch, dass dieses Buch für Menschen von Bedeutung sein kann, die zwar vor allem an Gendlins bekanntem „Focusing“-Verfahren interessiert sind, aber die bis jetzt noch nicht zu schätzen wissen, was für ein Reichtum an Denken hinter dem Verfahren liegt. Dann hoffe ich zum Schluss auch, dass das Buch dazu anreget, einen Blick auf eine wirklich neue Art und Weise zu richten, wie man sich einer Reihe von Themen widmen kann, die an den Rändern der Psychotherapie liegen: Themen, die mit Ethik zu tun haben, mit Kreativität, Spiritualität und mit der Beziehung zwischen Psychotherapie, Wissenschaft und heutiger Kultur.

Mein Ziel ist es, von der „personenzentrierte Therapie“ von Carl Rogers auszugehen und sie aus der Perspektive, die Gendlin entwickelt hat, zu betrachten. Gendlins Arbeit ist weniger bekannt als die von Rogers, aber ich hoffe zeigen zu können, dass sie ein dringend benötigtes Fundament für die Praxis der Personzentrierten Therapie liefert. Obwohl seine Perspektive keine radikalen Veränderungen der personenzentrierte Praxis mit sich bringt, so zeigt sie doch diese Praxis in einem neuen Licht. Sie schlägt auch einen neuen Weg vor, wie die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Therapie“schulen“ angeschaut werden können und erklärt so die bemerkenswert durchgängigen Untersuchungsergebnisse, dass nämlich die Praxis *aller* Schulen gleich effektiv sei.

Personzentrierte Therapie stellt in der therapeutischen Arbeit den individuellen Klienten auf eine sehr deutliche Art und Weise in den Mittelpunkt, die aber nicht so einfach in Worte zu fassen ist. Anfänglich bezeichnete Carl Rogers die Art und Weise der Therapie, die er gerade entwickelte, als „nicht-direktiv“. Dieser Begriff greift vor allem den Gedanken heraus, dass es in dieser Form der Therapie nicht die Aufgabe des Therapeuten ist, den Klienten zu Zielen hinzulenken, die der Therapeut selbst als gut oder erfüllend ansieht. Es sollen vielmehr die Bemühungen des Klienten unterstützt werden, eigene Ziele zu finden, die in ihrem *eigenen* Erleben begründet sind. Es ist auch nicht die Aufgabe des Therapeuten, den Klienten einen Weg entlang zu führen, von dem der Therapeut annimmt, er sei der beste zu den Zielen des Klienten. Vielmehr geht es darum, die Bewegungen zu unterstützen, die der Klient auf seinem eigenen von ihm gewählten Weg unternimmt. Darüber hinaus ist es auch nicht die Aufgabe des Therapeuten, dem Klienten Denkweisen über ihre Situation zu unterbreiten, sondern er sollte den Klienten darin unterstützen, auf seine eigene Art über die Situation nachdenken zu können.

Das waren damals, als Rogers sie formulierte, revolutionäre Ideen. Und obwohl es viele Orte gibt, an denen sie noch nicht aufgenommen sind, kann nicht bezweifelt werden, dass der Einfluss von Rogers tiefgreifend war. „Personzentrierte Therapie“ war über viele Jahre hinweg einer der Haupt-Zugänge zu Beratung und Psychotherapie in England. In den Vereinigten Staaten ist er unter diesem Namen nicht mehr so bekannt, aber die 4. Ausgabe des Amerikanischen „*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*“ (Bergin and Garfield, 1996) verleiht der experienziellen Psychotherapie - also den Therapieformen, die „die fortlaufende Wahrnehmung des eigenen Erlebens durch den Klienten als den primären Messwert für den Therapieprozess“ (Seite 509) ansehen - den Status eines „Hauptansatzes“, zusammen mit kognitiven, verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Ansätzen.

Ich denke, dass die therapeutischen Prinzipien, die Rogers formuliert hat, von bleibender Bedeutung sind. Sie haben allerdings eine Einfachheit, die man als Mangel an Tiefe missverstehen kann. Personzentrierte Therapie wird oft so verstanden, als ob es ihr an theoretischer Raffinesse fehle, und während einige Praktiker darüber erfreut sind, sind andere beunruhigt und versuchen oft sogar, theoretische Prinzipien aus anderen Therapieschulen in personenzentrierte Modelle zu integrieren. Dabei gibt es ja bereits *innerhalb* des Personzentrierten Ansatzes einen gut entwickelten Bestand an Theorie! Es ist die von Gendlin entwickelte „Theorie des Erlebens“ (*theory of experiencing*), die, davon bin ich überzeugt, für die personenzentrierte Praxis ein solides Fundament zur Verfügung stellen kann. In diesem Buch geht es mehr um die Praxis als um die Theorie, aber ich hoffe, ich kann etwas von der Relevanz aufzeigen, die diese Theoriebildung für die Praxis haben kann.

Rogers bemerkte in der Frühzeit seines Ansatzes, dass ein sehr einfacher, aber höchst effektiver Weg, den Veränderungsprozess der KlientInnen zu unterstützen, der war, lediglich das widerzuspiegeln, was sie gesagt hatten.

Für Rogers war das eine Möglichkeit zu überprüfen, ob er die Bedeutung des von KlientInnen Gesagten auch wirklich verstanden hatte. Ein weiterer Aspekt dieses Verfahrens - den Gendlin dann vor allem hervorhob - war, dass die *KlientInnen*, wenn sie ihre Worte noch einmal hörten, überprüfen konnten, ob sie wirklich das gesagt hatten, was sie sagen wollten. Wenn sie in der Lage gewesen waren, das auszudrücken, was ihnen vorher unmöglich erschienen war, konnten sie einen Schritt weitergehen.

Dieses einfache Methode, zuzuhören und zurückzuspiegeln, die Barrett-Lennard (1998) „nicht-direktive widerspiegelnde Psychotherapie („*non-directive reflective psychotherapy*“) nannte, ist im Personzentrierten Ansatz, seit Rogers sie eingeführt hat, immer bedeutsam geblieben.

Selbstverständlich beeinflusst der Therapeut die therapeutische Sitzung auf eine bedeutsame Art und Weise, wenn er zuhört und zurückspiegelt. *Was auch immer* ein Therapeut tut, wird den Klienten beeinflussen, und personzentrierte Therapeuten wollen, wie alle Therapeuten, auf eine Art und Weise Einfluss nehmen, die hilfreich für den Klienten sein kann. Ob diese bewusste Einflussnahme auf den Therapieprozess „Direktiv-sein“ genannt werden soll, ist ein Thema, dem wir uns später widmen müssen.

Ich denke, dass es angemessen ist, in der personzentrierten Therapie zumindest von einer Art Ermutigung zu einer bestimmte Art von Prozessen zu sprechen, und zwar zu solchen, die dazu dienen, den Klienten ihren eigenen Weg vorwärts finden zu lassen. Der personzentrierte Therapeut glaubt, dass der Klient sich in einem solchen Prozess „selber findet“, - also wäre es absurd, als Therapeut etwas, das diesen Prozess begünstigt, nicht zu tun!

Es kommt mir also vor, dass der Begriff „nicht-direktiv“ nicht ganz die Praxis von Rogers beschreibt, - er selber hat später dem Begriff „klientenzentriert“ den Vorzug gegeben. Die Bedeutung des neuen Begriffs lag darin, dass der Therapeut nicht versuchen sollte, die Erfahrungen oder Ziele der KlientInnen in Begriffen einer ihnen fremden Theoriebildung zu formulieren. Wichtig für den Therapeuten ist es, sich mit den KlientInnen in ihrem *eigenem* Bezugsrahmen aufzuhalten und dabei behilflich zu sein, dass sie ihre Anliegen auf ihre eigene Art und Weise artikulieren können. „Klientenzentriert“ ist also im Wesentlichen ein Kontrast zu „theoriegeleitet“, - obwohl es wichtig ist zu sagen, dass das keine Schmälerung von Theorie nach sich zieht: wenn der Klient zum Beispiel seine Erfahrungen in Konzepten beschreibt, die von Freud übernommen sind und diese Konzepte eine experienzielle Bedeutung für sein Erleben haben, dann soll der klientenzentrierte Therapeut sein Bestes tun, um die „Freudianische Welt“ des Klienten zu betreten. „Klientenzentriert“ bedeutet nicht ein Zurückweisen von Theorien (schliesslich sind alle Arten von Theoriebildungen in unseren Erfahrungen verkörpert, sogar in dem, was wir „gesunden Menschenverstand“ nennen!). Aber es bedeutet, die theoretischen Annahmen der *KlientInnen* in den Mittelpunkt zu stellen und nicht die der TherapeutInnen.

Eine weitere begriffliche Änderung in der Entwicklung von Rogers Arbeit war der Wandel von „klientenzentriert“ zu „personzentriert“. Dieser Wechsel berücksichtigte die Tatsache, dass der Ansatz von Rogers auch auf menschliche Probleme über die Grenzen der Psychotherapie hinaus angewendet wurde. Rogers begann zum Beispiel zu denken, dass in grossen Gruppen die grundlegenden Zuhör-Verfahren der klientenzentrierten Therapie für das gegenseitige Verständnis hilfreich sein könnten. In dieser Art Kontext wäre es nicht

angemessen, von „Klienten“ zu reden, und so wurde der Begriff „personzentriert“ verwendet, um zu vermitteln, dass die Zuhörenden auf die Welt und das Erleben der anderen *Person* ausgerichtet bleiben sollen. Die Unterscheidung klientenzentriert /personzentriert markiert eine Unterscheidung im Bereich der Anwendung von Rogers Ideen, aber nicht in ihren grundlegenden Inhalten.

Eine eigenartige Entwicklung war, dass Rogers und seine Nachfolger, obwohl der Ansatz ja als „klientenzentriert“ bezeichnet wurde, den Haltungen des Therapeuten weit mehr Aufmerksamkeit geschenkt hat als dem Erleben des Klienten. Diese Besonderheit wurde mit der Zeit realisiert (Mearns and Thorne, 2000, Seite 193), und Gendlins Arbeit kann auch als grundlegende Bemühung angesehen werden, dieses Gleichgewicht wiederherzustellen.

Rogers hat die therapeutischen Haltungen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz – die man als die „Basisbedingungen“ („*core conditions*“) der Therapie kennt – als die wesentlichen Bestandteile der Wirksamkeit seines nicht-direktiven Spiegel-Verfahrens angesehen. Er entwickelte anschliessend eine Theorie, *warum* dieses Verfahren wirksam ist. Kurz gefasst deshalb, weil psychische Störungen aus dem Introjekt von Wertvorstellungen bedeutsamer anderer Personen entstehen. Rogers betrachtete Menschen als Wesen mit einem tiefen Bedürfnis nach Respekt und Wertschätzung durch andere, ein Bedürfnis, das oft mit den anderen Wünschen kollidiert, die eine Person empfindet. Dieser Konflikt allein lässt keine psychische Störung entstehen, so Rogers, aber sie entwickelt sich, wenn eine Person ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse verleugnet oder verdreht und ein Selbstbild entwickelt, das in die Wertvorstellungen („*conditions of worth*“) der Menschen um sie herum passend gemacht wird. Der therapeutische Prozess besteht dann darin, diese Bewertungen rückgängig zu machen: wenn der Therapeut authentisch und empathisch den Klienten so akzeptiert, wie er ist, lösen sich diese Wertvorstellungen auf.

Ausgehend von der beobachteten Wirksamkeit des klientenzentrierten Ansatzes bewegten sich Gendlins Gedanken in eine andere Richtung. Bevor er mit der Gruppe um Rogers in Chicago zu tun bekam, hatte er an einer philosophischen Theorie des Erlebens gearbeitet. Grundlegend für diese Theorie ist die Idee, dass gelebte Erfahrung („*lived experiencing*“) sich unterscheidet von den *Konzepten*, mit deren Hilfe wir versuchen, unser Erleben zu erstehen.

Die Art und Weise, in der wir die Welt wahrnehmen, ist zum Teil festgelegt durch die konzeptuellen Muster der Kultur, in der wir gross geworden sind – aber gleichzeitig beharrt Gendlin darauf, dass ein Mensch nicht einfach ein weisses Blatt ist, auf das einfach irgendwelche alten Muster geschrieben werden können. Die Konzepte und Prinzipien, die wir aus unserer Kultur übernehmen, sind modifiziert durch unser eigenes Erleben. Wir sind nicht vollständig darin gefangen, die Welt so zu sehen, wie man sie uns überliefert hat. Etwas in uns ist da, das sich in Beziehung setzt zu den Konzepten und dann bestimmt, ob sie für uns brauchbar sind oder nicht. Darauf - auf unsere erlebte Erfahrung der Welt - können wir unsere Aufmerksamkeit richten, und von dort aus sind all unsere Ideen und Gedanken beantwortbar.

Ich werde die Hauptlinien von Gendlins Denken später diskutieren. Für den Anfang brauchen wir nur eine erste Ahnung davon, um verstehen zu können, was passierte, als er der Arbeit von Rogers am Beratungszentrum der Uni Chicago begegnete. Gendlin war von der Tatsache überrascht, dass es da eine Gruppe Menschen gab, die dabei war, genau in dem Grenzbereich zwischen gelebter Erfahrung und konzeptuellem Verstehen zu arbeiten, der auch ihn zutiefst interessierte. In der klientenzentrierten Therapie gibt es ja häufig Momente, in denen der

Klient versucht, *das auszudrücken, was er erlebt*. Begriffe, die wir auf Lager haben, reichen dazu oft nicht aus.

Ein Beispiel:

*Was ich empfinde, wenn ich mit ihm zusammen bin, ist nicht genau Verwirrung – es ist eine Art Verlegenheit, ich fühle mich ungelenkt – es ist, als ob etwas „eingezogen“ wäre, wenn ich mit ihm bin - ich kann gar nicht richtig ich selbst sein – es ist ein sehr spezielles, sehr typisches Gefühl, das nur in diese Situation gehört – obwohl – ein bisschen vertraut ist es mir schon – ja, es fühlt sich ein bisschen an wie damals um meinen Onkel herum, als er mir seine Hilfe angeboten hat beim Modellflugzeug-Bauen. Ah ja, genau, **das** Gefühl ist es (tiefer Atemzug).*

Hier hören wir, wie jemand einen Ausdruck, eine Form für sein Erleben sucht. Wenn die Form gefunden ist, gibt es ein Gefühl von Erleichterung – „ah ja, genau, das war es!“ – manchmal gefolgt von einem etwas tieferen Atemzug oder einem Seufzen oder ein paar Tränen. Das ist es, was Rogers (1956, 1961, Seite 130) einen „Moment der Bewegung“ („*moment of movement*“) nennt und Gendlin einen „shift“ oder einen „Veränderungsschritt“ („*change step*“). In diesen Momenten bewegt sich physisch ein bisschen etwas, und in einem gewissen Sinne „bewegt sich“ die Person vorwärts.

Gendlin und Rogers sehen diese Bewegungen als charakteristisch für den therapeutischen Prozess an, obwohl sie natürlich auch in nicht-therapeutischen Kontexten vorkommen. Es ist wichtig zu realisieren, dass das, was hier beschrieben wurde, etwas recht Vertrautes /Bekanntes ist. RomanautorInnen beschreiben es manchmal. Alison im „Glaspalast“ („*The Glass Palace*“, Gosh, 2001, Seite 328) sinnt nach, als sie mit Dinu unterwegs ist:

„Nun, wenn ich am Morgen aufwache, fallen mir diese Dinge wieder ein, wie sie immer waren – ich muss dieses oder jenes tun, für Ma oder für Pa. Dann erinnere ich mich wieder. Nein, ich muss gar nichts mehr tun von all diesen Dingen, es gibt keinen Grund mehr dafür. Und auf eine seltsame Art und Weise ist das, was du dann fühlst, nicht wirklich Traurigsein, sondern eine Art Enttäuschung. Und das ist auch schrecklich, du sagst zu dir selber - ist das Beste, was ich tun kann? Nein: das ist nicht gut genug. Ich sollte vielleicht weinen - alle sagen, es sei gut zu weinen. Aber dieses Gefühl innendrin ist nicht so einfach zu beschreiben: es ist nicht genau Schmerz, auch nicht Kummer – nicht in diesem Moment. Es fühlt sich eher so an, als ob Du Dich ganz schwer in einen Sessel fallen lässt: der Atem strömt aus Deinem Körper heraus und Du fühlst dich wie geknebelt. Es ist schwer zu verstehen - überhaupt etwas zu verstehen. Du möchtest, dass der Schmerz einfach ist, gradlinig – Du möchtest nicht, dass er Dich jeden Morgen so unverstänglich heimsucht, wenn du eigentlich aufstehen möchtest, um etwas einfaches zu tun - Zähneputzen oder dein Frühstück essen..“

Das Auto rutschte plötzlich auf die Seite der Strasse. Dinu griff nach dem Steuerrad, um es ruhig zu halten. „Alison! Pass auf! Fahr langsamer.“

Sie fuhr den Wagen auf das Grasstück, das die Strasse begrenzte, und hielt unter einem Baum an. Sie hob die Hände und berührte ungläubig ihre Wangen: „Schau,“ sagte sie, „ich weine.“

Gendlin kam durch die empirischen Studien, an denen er als Mitglied der Rogers-Gruppe beteiligt war, zu der Überzeugung, dass diese Art von Prozess, der in der klientenzentrierten Therapie vor sich ging, prinzipiell derselbe war wie der in anderen Therapieformen, *wenn*

diese therapeutisch effektiv waren. In allen therapeutischen Verfahren schien der wesentliche Faktor der zu sein, dass der Klient sich in wirksamer Weise auf sein eigenes Erleben beziehen konnte. KlientInnen, die ihre Sitzungen damit verbrachten, äussere Ereignisse zu diskutieren, machten tendenziell nicht solche Fortschritte. Das galt auch für diejenigen, die ihre Probleme auf eine rein intellektuelle Weise lösen wollten oder solche, die sich lediglich von ihren Gefühlen beherrschen liessen.

Diejenige Art zu sprechen, die offensichtlich therapeutisch effektiv war, hatte zu tun mit dem Rogerschen Verfahren von zuhören und zurücksagen. Es ermutigt eine Art zu sprechen, in der man sich als Klient aufmerksam seinem inneren Erleben zuwenden kann und versucht, einen Ausdruck dafür zu finden.

Im Laufe des Buches werden wir noch viele Beispiele für diese Art des Sprechens antreffen.

Die Unterschiede zwischen Rogers und Gendlin liegen weniger in der klinischen Praxis als in der Theorie, die dieser Praxis zugrunde liegt. Für Rogers ist der entscheidende Punkt der, dass durch das Verkörpern der Grundeinstellungen die TherapeutInnen eine annehmende, nicht bewertende Umgebung bereit stellen, die sozusagen als Gegenmittel dient gegen die Wertvorstellungen, die der Klient in sich trägt. Rogers bebildet Therapie oft mit Metaphern aus der Landwirtschaft: Menschen sind wie Pflanzen, die nur dann gedeihen können, wenn sie die angemessenen Wachstumsbedingungen erhalten. So wie Pflanzen Sonnenlicht und Wasser brauchen, brauchen Menschen aufrichtige Akzeptanz und Verstandenwerden. Wir werden später noch auf die Brauchbarkeit dieser Metapher zurückkommen. Aber mittlerweile ist im personzentrierten Denken auch anerkannt, dass es einen anderen Aspekt im Denken von Rogers gibt, der nicht so gut mit der Landwirtschaftsmetapher in Einklang zu bringen ist. Dieses zweite Thema ist der Nachdruck, den Rogers auf die therapeutische Beziehung legt. In der Praxis stellen ja personzentrierte TherapeutInnen *nicht einfach nur* ein empathisches und akzeptierendes Klima zur Verfügung. In der Praxis *interagieren* sie mit ihren Klienten. Sie treten in Beziehung, sie sagen zurück, was ihre KlientInnen gesagt hat, manchmal stellen sie Fragen, und manchmal sagen sie etwas über ihre eigenen Gefühle.

Wie wir noch sehen werden, hat sich die Praxis der personzentrierten Therapie Mitte der 60er Jahre nach den Erfahrungen, die Rogers mit seinen Kollegen im gross angelegten Wisconsin-Projekt mit schizophrenen PatientInnen gemacht hat, entscheidend verändert. Statt das Gewicht auf nicht-direktives Reflektieren zu legen, veränderte sich der Fokus dahingehend, wie die Therapeuten sich zu ihren Klienten *in Beziehung setzten*. Die Basisbedingungen (*core conditions*) wurden nicht mehr als blosser Haltung gesehen, sondern als Art und Weise, sich in Beziehung zu begeben. Für Gendlin, der das Wisconsinprojekt geleitet hatte, passte diese Betonung der Therapeut-Klient-Beziehung gut zu seinem Verständnis des menschlichen Lebens als ständiger Interaktion zwischen dem gefühlten Erlebensstrom und etwas anderem. Dieses „andere“ konnte etwas sein, das jemand gesagt oder getan hatte oder vielleicht etwas, das jemand gelesen hatte, oder der Nachhall eines Traums ins Erwachen hinein oder das Lesen des eigenen Tagebuchs oder das Betrachten eines Sonnenuntergangs oder das Hören eines Musikstücks und so weiter. Für Gendlin ist menschliches Leben immer ein Interaktionsprozess zwischen gefühltem Erleben (*felt experiencing*) und all dem, was auf unser Erleben einen Einfluss hat. Es ist diese Interaktion, durch die sich unser Erleben verändert.

Gendlin nimmt an, dass psychologische Störungen dadurch entstehen, dass in diesem Interaktionsprozess, der das menschliche Leben ausmacht, Schwierigkeiten auftreten. Solche Schwierigkeiten entstehen oft, wenn unsere spontanen Antworten zurückgehalten werden aus Furcht davor, was andere Leute sagen könnten – aber der wichtigere Punkt ist, dass dann dort *eine Blockierung, eine Sperre, eine Blockade im fortlaufenden Interaktionsprozess* ist. Das

Bereitstellen der Basisbedingungen kann oft tatsächlich dazu verhelfen, den blockierten Prozess wieder zu befreien – aber seine Erfahrung mit schizophrenen Patienten hatten Gendlin davon überzeugt, dass es mehr als das brauchte. Auch im Fall von nicht so massiven Störungen scheint es so zu sein, dass manchen KlientInnen durch empathisches Zuhören mehr geholfen werden kann als anderen – und deshalb ist es wichtig herauszufinden, warum das so ist!

Gendlin ist der Ansicht, dass viel vom *Klienten* abhängt – eine Sicht, die durch Outcome-Forschungen immer wieder bestätigt wurde (z.B. Orlinsky et al., 1994). Manche KlientInnen sind schon zu Beginn an einem Ort, an dem sie so auf die Interventionen des Therapeuten antworten können, dass ein blockierter Prozess sich auflöst. Für den Therapeuten sind das die angenehmen KlientInnen. Aber es gibt andere, die offensichtlich das, was ihnen angeboten wird, nicht effektiv nutzen können.

Sie verwenden z.B. eine ganze Sitzung dafür, über die Ereignisse der vergangenen Woche zu sprechen, ohne sich darauf zu beziehen, was an diesen Ereignisse ihnen aufgefallen ist oder wie sie sich in Bezug auf diese Ereignisse gefühlt haben oder was diese Ereignisse für sie für eine Bedeutung hatten. Manche Klienten spekulieren über die Ursache ihrer Probleme, eventuell analysieren sie ihre Schwierigkeiten sogar mit Hilfe psychologischer Theoriebildungen. Andere wiederum sind versunken in ihre Ängste und Depressionen und können sich nicht darauf *beziehen*. In den Jahren nach dem Wisconsin-Projekt untersuchten Gendlin und seine Kollegen Tausende von Aufnahmen mit Klientensitzungen und waren oft in der Lage, *schon von Beginn an* diejenigen Klienten auszumachen, die höchstwahrscheinlich keine bedeutsamen Fortschritte machen würden. Das war eine verstörende Entwicklung, weil das bedeutete, dass viele therapeutische Bemühungen nicht wirklich hilfreich waren.

Aufgrund dieser Studien überlegten sich Gendlin und seine Kollegen Möglichkeiten, auch diejenigen KlientInnen zu erreichen, die sonst nicht zu erreichen waren. Das Focusing-„Verfahren“ war eine solche Möglichkeit: man konnte KlientInnen *beibringen*, sich mit ihrem Erleben so zu befassen, wie es die erfolgreichen KlientInnen von selber taten. Andererseits kann es sich ungut auswirken, wenn der Therapeut die Rolle des Lehrers übernimmt. Im personenzentrierten Ansatz geht es darum, dass KlientInnen ihre eigenen Ressourcen entdecken, statt auf das Wissen von „Experten“ zu vertrauen. Es entsteht hier also eine Spannung, die ich in verschiedenen Zusammenhängen in diesem Buch immer wieder explorieren werde. Es ist die Spannung zwischen dem Wissen, dass therapeutische Veränderung voraussichtlich dann entsteht, wenn der Klient sich auf sein *eigenes* Erleben bezieht – und der Tatsache, dass man in vielen Fällen den Klienten dabei helfen muss, zu realisieren, dass es so ist. In der personenzentrierten Therapie führen wir den Klienten nicht einen Weg entlang, von dem wir denken, dass er der beste für ihn ist, sondern wir unterstützen ihn darin, ihrem eigenen Pfad zu folgen. Aber was ist, wenn der Klient gar nicht auf *irgendeinem eigenen* Weg ist? Was, wenn er Regeln folgt, die andere Leute aufgestellt haben oder wenn er Wege beschreitet, die mit längst irrelevant gewordenen Begebenheiten zusammenhängen, oder wenn sie nur allgemeine theoretische Dinge von sich geben? Können wir dann wirklich zu ihnen sagen: „Hör auch *dich*, nimm nur dein *eigenes* Erleben wahr, so wie es *jetzt* gerade ist? Beachte nicht einmal mich, ausser wenn das, was ich sage, in Dir einen Nachhall findet?“ Ob diese sehr spezielle Form therapeutischer „Direktivität“ dem personenzentrierten Ansatz fremd ist, wird eines der Themen dieses Buches sein.

Im **Kapitel 1** werde ich die Theorien der personzentrierten Therapie darstellen/vorstellen, wie Rogers sie entwickelt hat und auch die hauptsächlichlichen Weiterentwicklungen in den Jahren nachdem R. aufgehört hat, über Therapietheorie zu schreiben.

In **Kapitel 2** werde ich einige Bereiche der personzentrierten Theoriebildung diskutieren, die mir problematisch erscheinen. Später im Buch hoffe ich zeigen zu können, dass viele dieser Schwierigkeiten gelöst werden können, wenn wir Gendlins Ansichten über Therapie übernehmen.

In **Kapitel 3** werden wir zeigen, wie Focusing sich in Bezug zur frühen Entwicklung der klientenzentrierten Therapie entwickelt hat.

In **Kapitel 4** werde ich dann einen kurzen Überblick geben über Focusing als Lehrmethode (und werde immer „Focusing“ großschreiben, wenn ich mich auf diese Methode beziehe) Wenn wir Focusing auf diese Art und Weise verstehen, ist es der Teil von Gendlins Arbeit, der am bekanntesten geworden ist, und es würde sehr ungewöhnlich sein, dieses Kapitel nicht einzufügen. Trotzdem denke ich, und hoffe, dass im Verlauf des Buches klar werden wird, dass es wichtig zu sehen ist, dass Focusing als Lehrmethode nur EINE Anwendung einer ganzen Art und Weise ist, wie man über Therapie und über viele andere Aspekte des Lebens nachdenken kann.

In **Kapitel 5** will ich dann ausführlich darüber sprechen, wie Gendlins Ideen die therapeutische Praxis prägen können. Dieses Kapitel ist nicht eigentlich in sich selbst eine Handanweisung für die Praxis, aber ich hoffe, dass es genügend Material bereitstellt, damit einige Therapeuten sich angeregt fühlen, Gendlins Ansatz weiter zu erkunden und das, was sie ohnehin tun, mit ihm anzureichern.

Diese Kapitel werden sicherlich auch Fragen und Einwände in einigen Lesern hervorrufen, und in **Kapitel 6** werde ich mich damit befassen, was aus meiner Sicht die hauptsächlichlichen Schwierigkeiten in Gendlins Ansatz sind, vor allem, wenn man durch die Augen eines eher orthodoxen personzentrierten Praktikers schaut.

Die Implikationen von Gendlins Ansatz für Ausbildung und Supervision werden in **Kapitel 7** dargestellt werden - zumindest in Bezug auf eine Ausbildung, die nahe am Standard der personzentrierten Trainings ist. Wie wir sehen werden, beinhaltet Gendlins Ansicht von Therapie ein radikales Überdenken der Beziehung zwischen dem personzentrierten Ansatz und anderen therapeutischen Schulen. Die Frage ist, ob nicht das, was für die personzentrierte Therapie zentral ist, zu jeder Art wirksamer Therapie gehört. Alle Verfahren und alle Therapieschulen können „experienzialisiert“ werden oder sich wenigstens an den Focusing-orientierten Prinzipien orientieren – so dass also Gendlins Arbeit für *alle* Formen von Therapie von Bedeutung ist. In diesem Buch will ich mich allerdings zumeist auf die Diskussion der Beziehung zwischen Focusing-orientierter Therapie und dem mehr klassischen Personzentrierten Ansatz beschränken.

In **Kapitel 8** werde ich einen Versuch unternehmen, die philosophische Unterfütterung von Gendlins Blickwinkel darzulegen. Oft ist gesagt worden, dass der Personzentrierte Ansatz nur eine „dünne“ Theoriebildung hat – aber ich glaube nicht, dass irgendjemand, der Gendlins Theorie gelesen hat, diese Meinung aufrechterhalten kann. Gendlins Ansichten gründen in philosophischen Überlegungen, die ein gründliches Neu-Überlegen vieler Annahmen über unsere moderne „wissenschaftliche“ Weltansicht erfordert. Deshalb hat sein Denken Implikationen, die weit über das Feld von Psychotherapie hinausreichen. Dieser Aspekt von

Gendlins Arbeit wird nicht jeden interessieren, deshalb habe ich ihn in einen Anhang verwiesen (Appendix A). Trotzdem bin ich der Meinung, dass diese weitgehenden Schlussfolgerungen eine wichtige Auswirkung auf die Therapie haben – denn wenn wir Gendlins Denken in Bezug auf andere Bereiche erhellend finden, dann werden wir seine Überzeugungen noch ernster zu nehmen, wenn wir unsere Aufmerksamkeit auf die Psychotherapie selber lenken.

Während bislang Gendlins Beitrag üblicherweise in der Entwicklung seines Verfahrens „Focusing“ gesehen wurde, hoffe ich, dass dieses Buch zeigen wird, auf welche tiefe Weise die Focusing-Orientierte Psychotherapie (FOT) den Geist des personenzentrierten Ansatzes verkörpert. Ich hoffe auch, dass dieses Buch den Appetit des Lesers auf ein weitergehendes Erkunden einer zutiefst originären Weltsicht anregt, die weit über den Rand der Psychotherapie hinausgeht, während sie gleichzeitig eine Erklärung dafür anbietet, was Psychotherapie ist und weshalb sie wirken kann.