

Johannes Wiltschko

Focusing: Empathie

Über die vielfältigen Haltungen und Handlungen, die zur „Empathie“ verallgemeinert werden

Focusing: Empathy

About diverse attitudes and practices which are generalized as „empathy“

*„Bitte verstecke Dich nicht hinter allgemeinen Begriffen.
Nur wenn du die Details genau formulierst, können andere das,
was wirklich vorgeht und das, was du in einer konkreten Situation wirklich tust,
verstehen, anwenden und weiterentwickeln.“*
Eugene Gendlin¹

Das Wort „Empathie“ kann zu der Annahme verleiten, es würde ein separierbares Phänomen bezeichnen, das als solches tatsächlich existierte. In diesem Artikel wird versucht zu zeigen, dass der generalisierende Begriff der Empathie eine ganze Reihe von konkreten Haltungen und Verhaltensweisen „überschirmt“. Diejenigen Haltungen und Verhaltensweisen, die im Focusing in besonderer Weise relevant sind, werden im Detail dargestellt. Dabei wird auch deutlich, dass Focusing mehr ist als ein Set von therapeutischen „Techniken“: Es kommt von einem philosophischen Zugang her, der unter anderem die Professionalisierung landläufiger Psychotherapie in Frage stellt.

Schlüsselwörter

Achtsamkeit, Absichtslosigkeit, Körper und Situation, Beziehung und Resonanz, Ego und Ich, strukturgebundene Prozesse, Manipulation, Helfer-Paradoxon

The term „empathy“ could lead to the assumption it would indicate a real existing, separable and phenomenological unit. The attempt is made to show that the generalizing concept of empathy contains a large range of concrete attitudes and practices. Those attitudes and actions which are especially relevant for “Focusing” are presented in detail. By doing this it turns out that Focusing is more than a set of therapeutic techniques. Focusing is the result and in the same time the vehicle of an elaborated philosophical access, which calls the increasing professionalization of popular psychotherapy into question.

Keywords

mindfulness, non-intentionality, body and situation, relationship and resonance, ego and I, structure-bound processes, manipulation, helper-paradox

„Interaction first!“

Wenn Psychotherapie nicht darin besteht, KlientInnen zu belehren – ihnen Meinungen, Ideen, Überzeugungen, also *Konzepte des Therapeuten* einzureden, zu suggerieren, aufzuzwingen, dann ist das *Einfühlen in die Person* Klient der einzige Weg hin zu Prozessen, die in eine für KlientInnen und TherapeutInnen gleichermaßen gewünschte Richtung führen und daher den Namen Therapie verdienen.²⁾

Focusing gründet unter anderem auf der Einsicht, dass „das Neue“, das schulenunabhängig für jeden nachhaltigen therapeutischen Prozess gebraucht wird, nicht von außen (von TherapeutInnen, von Ratgebern etc.) kommen kann, sondern nur von innen: Das Neue formt sich in der Person des Klienten, in seinem „Körper“, der *immer schon und fortwährend Interaktion ist*, Interaktion mit und in sich selbst, Interaktion mit seiner Umwelt, z. B. mit dem Therapeuten.

Interaktion zwischen KlientInnen und TherapeutInnen meint nicht den Austausch von Meinungen, Standpunkten, Wissen (also verbal ausdrückbaren Inhalten). Das Wort Interaktion steht hier für ein Wechselspiel, ohne das Lebendiges nicht möglich wäre, ohne das ein Lebewesen nicht existierte. Diese Wechselwirkungen sind subtil und komplex, sie bestehen nicht (nur) im Austausch von Formen (etwa verbaler und nonverbaler Kommunikations-„Einheiten“). Vielleicht umschreibt der Ausdruck „implizite Resonanz“ einigermaßen, was hier gemeint ist.

Diese Resonanz geschieht. Sie geschieht unabhängig von eigenem Wollen, eigenen Absichten (wenngleich diese die implizite Resonanz selbstverständlich beeinflussen würden). Lebewesen (ein Klient, ein Therapeut) *sind* Resonanz, *sind* Interaktion; KlientIn und TherapeutIn sind in Beziehung, noch ehe sie „eine Beziehung aufgebaut“ haben. Gendlins Losung „interaction first“ drückt aus: zuerst Beziehung, zuerst Interaktion, zuerst Wechselwirkung – und nur in und mit ihr lässt sich der Einzelne, das Individuum, verstehen.³⁾

Die lebensfördernde Richtung

Eine für Klient und Therapeut gleichermaßen gewünschte Richtung des therapeutischen Geschehens könnte man, unabhängig von den jeweils unterschiedlichen KlientInnen-Themen und therapeutischen Methoden, mit poetischen Worten beschreiben wie heraufgehend, energiegelbend, zu sich selbst kommend, . . . – kurz: *lebensfördernd*. Sowohl Klient als auch Therapeut können *spüren*, wenn die Richtung stimmt. Sie spüren es körperlich. Und sie spüren, wenn die Richtung nicht stimmt. „Spüren“ ist ein subtiles und konkretes Wahrnehmen unterhalb oder jenseits der Worte, nicht mit Worten einzufangen.

Focusing setzt auf die Beobachtung und Erfahrung, dass sich Lebensprozesse von sich aus, aus sich selbst heraus (wohlverstanden im Sinn kontinuierlicher Interaktionen) fortsetzen (carrying forward) – fortsetzen in die Richtung des Lebenserhalts, des Weiterlebens. Diese hier als Postulat formulierte Aussage wird von Eugene Gendlin in vielen seiner Veröffentlichungen und besonders in seinem Opus Magnum „Ein Prozess-Modell“ gut begründet. Leben entfaltet sich in einer „Fortsetzungsordnung“ (order of carrying forward⁴⁾). Therapeutische Prozesse ebenfalls, zumindest focusingtherapeutische.

Focusing ist ...

Focusing, sagt Gendlin⁵⁾, ist eine kleine Zeit (Sekunden, Minuten), in der man *mit* etwas *ist*, das man schon spürt, aber noch nicht weiß und noch nichts darüber sagen kann. Dieses Schon-Gespürte-aber-noch-nicht-Gewusste nennt Gendlin „Felt Sense“. Ein Felt Sense kann sich zu *jedem* Thema bilden: zu einem Problem, zu einer Person, zu einem Traum, zu einem Symptom, zu vergangenen Erlebnissen, zu einer theoretischen Fragestellung, zu einem kreativen Projekt usw.

Das Sein mit einem Felt Sense, das mit ihm Verweilen, bringt Schritte, neue Schritte. Diese Schritte bilden den Prozess der Veränderung, den therapeutischen Prozess. Sie führen in eine lebensfördernde, konstruktive, therapeutische Richtung, *wenn* ...

- wenn der Klient „einfach“ mit dem Felt Sense *achtsam* da ist – ohne ihn zu beschreiben, ohne ihn zu analysieren, ohne ihn zu bewerten,
- wenn der Klient dabei möglichst *absichtsfrei* bleibt: vom Felt Sense nichts will, nicht in ihn hinein will, aber sich von ihm auch nicht ganz entfernt, sondern mit ihm „in Tuchfühlung“, in *Resonanz* bleibt,
- wenn der Klient dem Felt Sense mit freundlicher Aufmerksamkeit begegnet; ihn, was immer es ist, da sein lässt und ihm einen wohlwollenden Raum gibt,
- wenn sich der Klient bemerken lässt, wie sich der Felt Sense in meist kleinen, subtilen Schritten verändert, entfaltet, expliziert, symbolisiert (in Bewegungsimpulsen, körperlichen Veränderungen, Emotionen, inneren Bildern, frischen Worten).

Wenn sich ein Klient *in dieser Weise* einem Felt Sense zu einem beliebigen, aber gewählten Thema zuwendet und mit ihm verweilt – achtsam, absichtslos, akzeptierend – kann ein Prozess vor sich gehen, der therapeutisch relevant ist, ein Focusing-Prozess. Die Bedingungen für sein Zustandekommen haben, wie man sieht, mit einer bestimmten Haltung und mit spezifischem Verhalten zu tun. Diese focusing-spezifischen Haltungen und Verhaltensweisen kann man unter die Überschrift *Selbst-Empathie* stellen.⁶⁾ Sie zu realisieren ist nicht einfach. Deshalb ist es hilfreich, eine Begleitperson zu engagieren, wenn man Focusing praktizieren will. Diese Begleitperson kann ein focusingkundiger „Laie“ (Partnerschaftliches Focusing⁷⁾) oder ein in Focusing ausgebildeter Psychotherapeut (Focusing-Therapie⁸⁾) sein.

Da sein und Antworten

Focusing-TherapeutInnen sind während ihrer Arbeit mit ihrem eigenen Erleben verbunden, besonders mit dem Felt Sense der augenblicklichen konkreten therapeutischen Situation, deren wichtigster Aspekt die gespürte Resonanz zur Klientenperson ist. Sie sind selbst-empathisch. Indem sie auf ihr eigenes implizites Erleben (Felt Sense, Resonanz) empathisch achten, erfahren sie nicht nur etwas über sich selbst, sondern auch und vor allem *über die Situation*, die sie in ihrer Wechselwirkung mit dem Klienten gemeinsam sowohl kreieren als auch „bewohnen“. Ohne diese Selbstaufmerksamkeit wären TherapeutInnen nicht da, nicht präsent, ohne sie könnten sie auf KlientInnen nicht antworten. Da sein und Antworten sind aus focusingtherapeutischer Sicht aber die beiden essentiellsten Aspekte des Therapeutenseins.

Die therapeutische Situation besteht (meistens) in der Anwesenheit von zwei Personen in unterschiedlicher Funktion in einem Raum: KlientIn und TherapeutIn im Arbeitszimmer

des Therapeuten. Sonst nichts. Der Klient gibt mit seinem Anliegen, mit seinen Themen, mit seinem Erleben den Ton an, *der Therapeut antwortet darauf mittels seiner Resonanz*. Obwohl, wie man sagen könnte, die Stunde dem Klienten gehört (er bezahlt sie auch), ist der Therapeut *paritätisch anwesend* (auch wenn er quantitativ nicht gleich viel redet und kein eigenes Thema einbringt). Was „tun“ also focusingorientierte TherapeutInnen? Sie sind da (sie lassen sich vom Klienten so sehen, wie sie gerade sind) und sie antworten auf die Person des Klienten, auf die Situation, in der sie mit ihm sind (Gendlin, 1968). Das focusingtherapeutische Antworten kann in drei Kategorien unterteilt werden: in Listening, in Guiding und in Responding.⁹⁾ Diese Kategorien des Antwortens sind sowohl als Haltung als auch als Handlung konkrete Manifestationen dessen, was „Empathie“ genannt wird.

Listening

„Lebensprozesse setzen sich von sich aus, aus sich selbst heraus (wohlverstanden im Sinn kontinuierlicher Interaktionen) fort“, „das Neue formt sich in der Person des Klienten, in seinem situationalen, interaktiven Körper“ ... – der Therapeut leistet dabei Gesellschaft und begleitet dies, indem er *Listening* praktiziert.

Die *Haltung* des Listening ist: Während der Therapeut selbstempathisch mit sich, mit seinem impliziten Erleben in Kontakt ist, ist er dem Klienten zugewandt: zuhörend, interessiert, wohlwollend, keine heimlichen Absichten verfolgend. Er versucht, die achtsame, absichtslose und akzeptierende Haltung nicht nur in Bezug zu sich selbst, sondern auch in Bezug zum Klienten einzunehmen und zu leben.

Das Listening-*Verhalten* hat mit der Aufmerksamkeitslenkung zu tun. Die Aufmerksamkeit des Therapeuten pendelt: hinüber zum Klienten (äußeres Achtsamsein), zurück in sich selbst (inneres Achtsamsein). Der Therapeut ist zugleich (oder abwechselnd) empathisch und selbstempathisch. Listening ist nicht bloßes Zuhören, äußeres Achtsamsein ist nicht dasselbe wie Beobachten. Listening schließt Hinschauen (zum Klienten) und Hinspüren (zu sich selbst) ein, äußeres Achtsamsein ist defokussiert: Alles, was die Person des Klienten zeigt, ausdrückt, erscheinen lässt, erreicht und erfasst das Erleben des Therapeuten. *Dort*, im Erleben des Therapeuten, findet das statt, was man *Verstehen*, Verstehen der *Bedeutung* nennen könnte. Empathie und Selbstempathie, äußere und innere Achtsamkeit fällt im Listening zusammen zu *einem* erlebten Vorgang (des In-Beziehung-Seins, des Verstehens, des Begleitens).

Als Listening-*Techniken* haben sich herausgebildet: Listening I, Listening II, Partialisieren, Markieren.¹⁰⁾ Diesen Techniken ist gemeinsam, dass sie die Selbstempathie des Klienten unterstützen wollen und damit dazu beitragen, das, was er implizit in sich „hat“ (spürt, fühlt, ahnt), mehr und mehr hervorzubringen, auszudrücken, zu verstehen, in Interaktion zu bringen und dazu zu stehen. Dieser einer Geburt ähnliche Vorgang wird *Explizieren* genannt: implizit Gespürtes wird zu explizit Gewusstem, zu Sagbarem und Tubarem.

Listening I

Ein vollständiges Listening I klingt etwa so: „Ich möchte Ihnen zurücksagen, was ich gerade von Ihnen gehört habe, um zu überprüfen, ob ich richtig verstanden habe, was Sie meinten. Und Sie könnten nachspüren, ob Sie auch schon genau und alles gesagt haben, was Sie sagen möchten.“

Vielleicht würde man das niemals genauso, quasi alles auf einmal, sagen. Aber in dieser Formulierung wird die Funktion von Listening I deutlich:

- Es *verlangsamt* den Rede- und Erlebensfluss des Klienten. Es lädt den Klienten ein, für eine kurze Weile im gegenwärtigen Moment seines Erlebens und Ausdrückens zu bleiben.
- Es signalisiert, dass es *dem Therapeuten* wichtig ist, den Klienten genau und möglichst vollständig zu verstehen. Es ermöglicht dem Therapeuten sein Verstehen zu überprüfen (und Fehlinterpretationen zu vermeiden).
- Es lädt den Klienten dazu ein, das, was er schon gesagt hat mit dem zu *vergleichen*, was er implizit spürt (was er meint, was er eigentlich sagen möchte). Und das kann der Beginn eines Focusing-Prozesses sein: die *unmittelbare Bezugnahme* (direct reference) *zu dem, was schon gespürt, aber noch nicht gewusst wird und noch nicht gesagt werden kann, aber gesagt werden möchte*.
- Es ermuntert den Klienten, *mehr* zu sagen, weitere Aspekte des Gemeinten auszudrücken, also den Prozess des Explizierens, des Vorantragens des Erlebens- und Ausdrucksprozesses in Gang zu halten.

Listening I ist immer dann angebracht, wenn der Klient dem Therapeuten *etwas erzählt*: eine Begebenheit, die er erlebt hat oder sich in der Zukunft vorstellt. Das Allermeiste von KlientInnen Geäußerte hat (zunächst) diese Charakteristik: Der Klient schildert Umstände, Situationen, Erlebnisse, Symptome, Träume ...; seine Aufmerksamkeit, häufig auch sein Blick, ist dabei deutlich auf den Therapeuten gerichtet. Der Therapeut spürt, dass der Klient etwas von ihm erwartet, z.B. Aufmerksamkeit, Verständnis, vielleicht auch eine Diagnose, einen Ratschlag, irgendeine therapeutische Expertenantwort. Die Gesprächssituation ist *dialogisch*, der Klient ist im *Alltagsbewusstsein*: eher nach außen gerichtet, eher ergebnisorientiert. Er ist wenig oder gar nicht selbstempathisch. Listening I eröffnet dem Klienten die Möglichkeit, selbstempathisch zu werden.

Listening II

Listening II ist ebenfalls ein „Zurücksagen“, aber bloß ein Zurücksagen einzelner ganz bestimmter Wörter.

Der Therapeut praktiziert es dann, wenn der Klient sich mehr auf sich selbst als auf den Therapeuten bezieht, wenn er also bereits mit seinem gegenwärtigen Erleben in Kontakt ist und *innerlich achtsam* geworden ist. Die Gesprächssituation ist jetzt eher monologisch, die Stimme des Klienten ist leiser, sein Sprechen tastender geworden, die Augen sind eher defokussiert, der Blick nach innen gerichtet, die Augen können immer wieder einmal geschlossen sein.

Da gegenwärtiges Erleben nur zu einem kleinen Teil so explizit geformt ist, dass es ohne Mühe ausgedrückt werden kann, und da das, was bereits klar genug ist, um gesagt werden zu können, *immer von einem „Hof“ implizit Gespürtem* umgeben ist, wird der Klient jetzt – selbstempathisch – nach Worten suchen müssen, und dann, wenn sich entsprechende Worte einstellen, wird er sie häufig gleichsam zur Probe aussprechen.

Diese Wörter, die gegenwärtiges Erleben neu und frisch symbolisieren, werden im Listening II dem Klienten zurückgesagt. In der Regel sind dies Adjektive und/oder Verben. Der Therapeut kann diese relevanten Wörter sowohl aufgrund ihrer Bedeutungsgeladenheit *erkennen* als auch aufgrund ihrer Wirkung auf seine körperliche Resonanz unmittelbar *erspüren*.

Er sagt dann z. B. „hm, traurig“ oder „ja, richtig aufregend“ oder „ja ja, das ist noch nicht ganz klar“ oder „mhm, weggelaufen“ – jeweils mit am Ende offenem Tonfall. Denn: Es geht nicht um Bestätigung, Verstärkung, sondern darum, dem Klienten das von ihm gefundene Wort, welches seinen soeben noch impliziten Erlebensaspekt jetzt symbolisieren möchte, zurückzugeben mit der Einladung, es mit dem, wovon es spricht (dem Felt Sense, dem gespürten „Sinn“) *abzugleichen*. Dieses aufmerksame Pendeln von implizit Gespürtem zu explizit Gesagtem und wieder retour hält den Focusing-Prozess aufrecht und ermöglicht somit einen weiterführenden Schritt nach dem anderen. *Der Focusing-Prozess setzt sich selbst fort*, er ist „selfpropelled“.

Die Kürze des Listening II ist notwendig, damit der Klient in seinem Aufmerksamsein auf seinen Erlebensfluss nicht durch längere Wortmeldungen des Therapeuten gestört wird. Aus demselben Grund ist es unbedingt erforderlich, beim Zurücksagen *genau dasselbe Wort* zu verwenden, welches der Klient gefunden hat. *Der Klient* soll bemerken dürfen, wenn das Wort noch nicht ganz passt; er bemerkt es durch das vorhin erwähnte Abgleichen; das Suchen, das Entstehenlassen von passenderen, ergänzenden, weiterführenden Worten macht ja gerade den sich selbst vorantragenden Prozess aus. Synonyme Wörter oder gar Deutungen würden den Klienten zwingen, seine Prozess-Spur zu verlassen und sich mit den vom Therapeuten hinzugefügten Wörtern (und ihren jeweiligen, eventuell nicht zum Klienten passenden Bedeutungshöfen) auseinanderzusetzen. Damit wären Selbstempathie und der dem Klienten eigene Focusing-Prozess verloren. Listening II hingegen „schmiert den Prozess“ und hält ihn aufrecht.

Listening II kann auch dann sinnvoll sein, wenn der Klient noch oder wieder im Alltagsbewusstsein ist. Wenn der Therapeut aufmerksam zuhört und zugleich mit seiner Resonanz in Verbindung steht, kann er diejenigen Wörter aus den Klientensätzen heraushören, die auf das gegenwärtige Erleben des Klienten hinweisen, diese zurücksagen und damit den Klienten in das gerade erlebte Hier und Jetzt hineinziehen. Dort befindet sich dann wieder ein „Eingang“ zum Focusing-Prozess.

Partialisieren

Um Empathie konkret zu realisieren, ist ein Subjekt erforderlich, das sich einem Objekt in bestimmter Weise zuwendet.¹¹⁾ Das Subjekt ist beispielsweise ein Klient, das Objekt ist ein Erlebensinhalt (Gefühl/Empfindung/Gedanke/inneres Bild/Felt Sense ...), den dieser Klient hat und zu dem er Beziehung aufnehmen kann.

Wenn ein Klient sagt „Ich *bin* einsam“, dann könnte dieser Sprachgebrauch darauf hindeuten, dass er (Subjekt) mit einem Erlebensinhalt (Objekt) *identifiziert* ist. Ein mit einem Erlebensinhalt identifiziertes Subjekt habe ich „Ego“ genannt.¹²⁾ Es kann sich dem Erleben nicht zuwenden, da es sich nicht separiert von ihm wahrnimmt. Beziehung ist nicht möglich, folglich ist auch Empathie keine relevante Kategorie.

Intrapersonales empathisches Verhalten ist dem interpersonalen empathischen Verhalten analog: Identifikation in zwischenmenschlichen Beziehungen macht diese obsolet, Empathie perdu.

Ein *partialisierendes* Antworten klingt folgendermaßen: „Hm, *etwas* in Ihnen ist einsam“ oder „Da ist *etwas*, das sich einsam fühlt“. In dieser Form zu antworten, ermöglicht drei für Focusing bedeutsame Perspektiven:

- (1) Der Erlebensinhalt wird als ein Etwas (also als umgrenztes Objekt, als Gegen-Stand) angesprochen, von dem der Klient schon *explizit* weiß und sagen kann, dass dieses Etwas einsam ist.

- (2) Dieses Etwas hat (enthält, besteht aus, ist,) aber auch noch unbestimmt viele *implizite* Bedeutungsaspekte, und *auf die* kann der Klient jetzt seine Aufmerksamkeit lenken. *Von dort* werden neue, weiterführende Schritte kommen und den therapeutischen Prozess fortsetzen.
- (3) Die Ausdrucksweise „etwas in Ihnen“ lässt deutlich werden, dass das soeben Erlebte nur ein Teil des Klienten ist und ihn daher nicht ganz ausfüllt: *ein Teil*, der „entgegen steht“, gegenüber ist. Dadurch kann der Klient eine Identifizierung aufheben bzw. sie erst gar nicht entstehen lassen.

Die Befreiung des Egos aus der Identifizierung ist natürlich zugleich ein Instandsetzen des Ich als Subjekt, indem es ihm die Regie über den Umgang mit seinen Erlebensinhalten (zurück)gibt. Gelingt dies, ist das fast immer mit Erleichterung, mit Zurückgewinnen von Freiraum verbunden.

Die Disidentifizierung ermöglicht nun eine empathische Beziehungsaufnahme, die unterstützt werden kann durch den Vorschlag („Guiding“), mit dem, was da „einsam“ ist, *zu sein*: es da sein zu lassen, ihm einen wohlwollenden Platz zu geben und quasi neben ihm Platz zu nehmen, mit ihm in Tuchfühlung zu sein. Nun kann jene „Zwiesprache“ (Interaktion, Resonanz) zwischen Subjekt und Objekt geschehen, die Focusing genannt wird und die sich in und aus sich selbst heraus fortsetzt (wenn sie vom Therapeuten nicht behindert oder gestört wird).

Mit einem partialisierten Lebensobjekt kann der Klient mithilfe geeigneter Guiding-Vorschläge auch neue „Umgangsformen pflegen“, zum Beispiel:

- es anspüren, beatmen, antasten, rundherum gehen ...
- es befragen, z. B. was es braucht; es personifizieren („Wenn es eine Person wäre, ...?“)
- es körperlich ausdrücken (in einer Gebärde, Skulptur)
- mit ihm still verweilen
- etc.

Aber, wie gesagt: Bitte nicht den Prozess durch zu viele Vorschläge stören oder erst gar nicht entstehen lassen. Die Eleganz des Prozess-Begleitens liegt in der Sparsamkeit!

Markieren

Markieren meint, die Aufmerksamkeit des Klienten auf etwas zu lenken, das er ausdrückt, sich dessen aber möglicherweise nicht gewahr ist. Dies sind hauptsächlich die sein Sprechenden begleitenden körperlichen Vorgänge, die für den Therapeuten sichtbar oder hörbar sind: Veränderungen der Körperhaltung, des Atmens, der Stimme, der Blickrichtung, ferner willkürliche und unwillkürliche Bewegungen, Gesten, Mimik, kurz das gesamte Repertoire nonverbalen Ausdrucksverhaltens.

Markieren ist dem Listening II ähnlich: Es nimmt nur das auf, was der Klient selbst einbringt, der Therapeut fügt also keinerlei eigene Inhalte, Bedeutungen hinzu. Es lädt den Klienten ein, etwas ihm Eigenes wahrzunehmen und dessen meist noch implizite Bedeutungsaspekte zu erspüren.

Markieren geschieht durch schlichtes Ansprechen des konkreten nonverbalen Ausdrucksverhaltens ohne jegliche Deutung: „Ihr rechter Fuß...?“ (wenn er sich etwa rhythmisch zu bewegen beginnt), „Sie haben sich gerade anders hingesetzt?“ (wenn sich der Klient z. B. im Sessel aufrichtet, vorbeugt oder zurücklehnt), „Mir ist gerade aufgefallen, dass sich Ihre Stimme verändert hat ...?“. Markieren ist auch möglich durch „Spiegeln“, also durch Imitieren z. B. einer bedeutsam erscheinenden Geste, eines deutlichen Ausatmens etc.

Markieren ist wie Listening II ein Versuch, den Klienten in den gegenwärtigen Moment einzuladen: zu bemerken, was in und mit ihm gerade vorgeht – *mehr* zu bemerken als das, was er absichtsvoll sagt, mehr als das, was im Mittelpunkt seiner Aufmerksamkeit ist. Markieren zieht die Aufmerksamkeit an den Rand des Erlebens (edge of experiencing). Wenn der Klient an diesem Rand ein wenig verweilt, kann dort Neues auftauchen und sich formen: Implizites expliziert sich, wodurch es sich wandelt und den Prozess voranträgt. Markieren kann sehr einfach und leicht eine Tür zu diesem Prozessgeschehen öffnen. Es kann aber auch dazu führen, dass sich der Klient ertappt oder kontrolliert fühlt und in ihm Peinlichkeit oder Ärger hervorrufen. Dies wäre nicht beabsichtigt, ist aber auch kein großes Unglück: Durch Listening der jeweiligen (auch unerwünschten) Wirkungen des Markierens und eventuell durch Responding I kann sofort wieder versucht werden, empathischen Kontakt zum Klienten herzustellen.

Responding

Im Responding teilt der Therapeut etwas von *seinem* eigenen Erleben dem Klienten mit. Ist der Therapeut in der jeweils konkreten augenblicklichen Situation persönlich *präsent*, also mit sich selbst (mit seinem Erleben) verbunden *und* gleichzeitig auf die Person des *Klienten* ausgerichtet, wird diese Situation als implizite Resonanz im Therapeuten spürbar. Die „äußere“ Situation (Klient, Raum, Uhrzeit etc.) ist aber nicht einfach das „Gegebene“, das dann vom Therapeuten in seinem „Inneren“ gespürt wird. Auch der Therapeut beeinflusst fortwährend die „äußere“ Situation durch die Art und Weise, wie er da ist, und das wiederum hat damit zu tun, was er „in seinem Inneren“ erlebt. Dasselbe gilt natürlich auch für die Person des Klienten. In Kurzform heißt das: *Die Situation ist im Körper und der Körper ist in der Situation* – indem sich Körper (Person, Erleben,) und Situation in einem fort wechselseitig kreieren.

Hier zeigt sich erneut, dass in einer (therapeutischen) Situation (Fremd-)Empathie und Selbst-Empathie nicht zu trennen sind, jedenfalls insofern, als der Therapeut sein „Einfühlen in den Klienten“ nur in der Selbstempathie erfährt.

In der Präsenz des Therapeuten, verstanden als permanente Fremd-/Selbst-Empathie, wird sein aus der impliziten Resonanz sich *explizierendes* Erleben, also Erleben, das auch gewusst und ausdrückbar ist, etwas über die Situation, v.a. über die Beziehung zum Klienten, „enthalten“. Aus der unmittelbaren Bezugnahme zur impliziten Resonanz formen sich Worte, Bilder, Gefühle, Empfindungen, die der Therapeut dem Klienten dann mitteilen *kann*.

Aus praktischen Gründen empfiehlt sich die Unterscheidung zwischen Responding I und Responding II.

Responding I

Im Responding I teilt der Therapeut mit, wie es ihm mit dem Klienten, bzw. mit dem, was der Klient gerade ausdrückt, geht, welches Erleben es in ihm hervorruft. Damit ist ausdrücklich nicht gemeint, dass der Therapeut das vom Klienten Geäußerte bewertet oder interpretiert. Auch geht es nicht darum, Feedback zu geben. Responding I ist, wie man mit Thomas Gordon auch sagen könnte, eine „Ich-Botschaft“ des Therapeuten. Beispiele dafür sind: das Ausdrücken von Freude, wenn der Klient einen Fortsetzungsschritt (carrying forward, Felt Shift) erlebt (nicht im Sinn eines Lobes oder einer Verstärkung,

sondern als Ausdruck des sich Mitfreuens bei lebensfördernden Ereignissen), oder das Ausdrücken von Nichtverstehen / Betroffenheit / Verwunderung in Bezug auf vom Klienten soeben Geäußertes.

Responding I ermöglicht dem Therapeuten, auf seinem Erleben nicht sitzen zu bleiben. „Sitzen bleiben“ meint hier, längere Zeit und gegen den eigenen Willen in eigenen Gedanken und Gefühlen hängen zu bleiben und dadurch Präsenz einzubüßen und Kontakt zum Klienten zu verlieren. Im Responding I zeigt sich der Therapeut auch als Mensch, als jemand, der hinter dem steht, was KlientInnen ohnehin subtil und zumindest implizit an ihm wahrnehmen, und der nicht so tun muss, als ob er gänzlich neutral, absolut souverän, rein sachlich wäre. Focusing-Therapeuten sind, so ein Diktum Gendlins, „parteiisch für das Leben“. Einen Response I wird der Therapeut nicht häufig geben, schon deshalb nicht, weil die Aufmerksamkeit des Klienten nicht unnötig auf den Therapeuten gezogen werden sollte. „Wir wollen dem Klienten die Stunde nicht wegnehmen“ hat diesbezüglich Gendlin einmal gesagt.

Responding II

Auch im Responding II drückt der Therapeut etwas von *seinem* Erleben aus. Während er empathisch auf den Klienten hin orientiert ist, können sich in ihm Gefühle, Empfindungen oder Fantasien bilden, von denen er vermuten kann, dass sie eventuell etwas *vom Klienten* zeigen (da sie ja aus der Resonanz auf die mit *dem Klienten* geteilte Situation stammen). Dieses Resonanzphänomen entspricht vielleicht am ehesten dem, was landläufig mit Empathie bezeichnet wird. Aber Vorsicht: Was immer da im Therapeuten entstehen mag, Anspruch auf Wahrheit hat es nicht!

Aber es kann dem Klienten als *Vermutung des Therapeuten* zur Verfügung gestellt werden. Der Klient sollte danach unbedingt dazu eingeladen werden, sich auf diese Vermutung zu beziehen und gefragt werden, ob sie etwas *für ihn* Relevantes hervorruft oder nicht. Wie bei Responding I bedarf es also auch hier einiger Achtsamkeit, dass sich Interpretationen und Deutungen nicht doch wieder durch die Hintertür Eintritt verschaffen. Responding I und II sollten immer als *subjektive* Mitteilungen ohne Gültigkeitsanspruch deklariert werden und die Klienten bloß anregen, ihre eigenen Bedeutungen weiter zu explizieren.

Guiding

Mit Guiding sind *Vorschläge* gemeint, die der Therapeut dem Klienten machen kann. Dabei handelt es sich um Prozessvorschläge, nicht um Vorschläge, die den Inhalt des von Klienten Geäußerten betreffen (das wäre dann meistens wieder Besserwisseri in Form von Bewertung und Interpretation). *Prozessvorschläge* gelten im Großen und Ganzen dem Lenken der Konzentrationsrichtung des Klienten, z. B. von außen nach innen, vom Schildern zum Erleben des Geschilderten, vom Reden zum Spüren, vom Spüren zum Imaginieren oder zum Finden des passenden Abstandes zum Erlebten (um z. B. länger anhaltendem Dissoziieren oder Identifizieren entgegenzuwirken).¹³⁾

Da Guiding mit dem hier gestellten Thema nicht allzu viel zu tun hat, gehe ich darauf nicht weiter ein – außer im Folgenden darzustellen, *wie* sowohl Responding als auch Guiding so angewendet wird, dass es die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess nicht behindert.

Der Beziehungsraum – metaphorisch

Psychotherapie, Focusing-Therapie allemal, findet statt als Beziehungsgeschehen. Sogenannte „innere“ Prozesse sind immer auch Beziehungsprozesse, intra- und interpersonale Vorgänge sind nicht voneinander trennbar, auch wenn es für die Praxis manchmal sinnvoll sein kann, sie getrennt voneinander zu betrachten. TherapeutInnen tun gut daran, dem „Beziehungsraum“ immerfort Aufmerksamkeit zu schenken und weder die jeweiligen Kliententhemen noch die Klientenprozesse als beziehungsunabhängig, also losgelöst vom Dasein als TherapeutIn, losgelöst von der mit dem Klienten gemeinsam gestalteten Situation aufzufassen. Focusing-TherapeutInnen trachten danach, den Beziehungsraum sauber zu halten und für frische, klare Luft zu sorgen. Dies geschieht in erster Linie durch das Aufrechterhalten möglichst durchgängiger *Absichtsfreiheit*. Erst dann ist es möglich, Trübungen im Beziehungsraum zu bemerken und mit ihnen umzugehen.

Den Beziehungsraum nicht mit eigenen Absichten, Konzepten und eigenen (strukturgebundenen) Erlebensinhalten einzutrüben, ist gar nicht so einfach. Folgende Hilfsmittel bewähren sich: „Werkzeugkiste“, „Bücherregal“, „Kindergarten“, „Korbchen“ und „Tischchen“. Die Worte zeigen: Wir befinden uns hier in einer metaphorischen Wirklichkeit. Sie, liebe Leserin, lieber Leser, können diese Worte durch Ihnen passender erscheinende ersetzen, sobald Sie deren Funktion und Bedeutung erfüllt haben.

„Werkzeugkiste“, „Bücherregal“ und „Kindergarten“

Als Therapeut sitze ich, mein Gewicht spürend, auf *meinem Platz*. Neben mir, sagen wir auf der rechten Seite, befindet sich meine „Werkzeugkiste“ und mein „Bücherregal“. Dort habe ich meine therapeutischen tools (Methoden, Interventionen, Techniken etc.) und meine Konzepte (Erfahrungswissen, schulspezifisches Wissen, Erklärungsmodelle, Diagnosen, Therapiepläne, Krankengeschichten etc.) geparkt. All diese Methoden und Konzepte sind rechts neben mir, griffbereit. Sie sind nicht zwischen mir und meinem Klienten. Zwischen ihm und mir bleibt die Luft klar und durchsichtig, nicht verstellt durch meine Methoden und Konzepte. Dass die alle *neben mir* ihren guten Platz haben, lässt mich immer wieder aufs Neue erkennen, dass meine Werkzeuge und Konzepte nicht das Wesentliche, nicht das Eigentliche sind. Mein Wissen und Handeln als Therapeut sind zwar keineswegs beliebig und unwichtig, vorrangig und essentiell ist aber, dass ich als Mensch mit dem Klienten bin, ihm in seinem Sein Gesellschaft leiste.

Neben mir auf der linken Seite dürfen sich alle meine „inneren Kinder“, meine in die Therapiestunde mitgebrachten Ärgernisse und Unpässlichkeiten etc. versammeln. Ich will sie nicht aus meinem Therapiezimmer verbannen und mich anstrengen, sie draußen vor der Tür zu halten. Stattdessen richte ich für sie unmittelbar neben mir ein „Laufstättchen“, einen „Spielplatz“ oder einen „Kindergarten“ ein. Sie dürfen und sollen in meiner Nähe bleiben (ich will sie ja bemerken, wenn sie sich, aus welchem Grund auch immer, angesprochen fühlen und rühren), aber sie sollen nicht auf meinem Schoß sitzen und mir die Sicht auf den Klienten nicht versperren.

Ich sitze also auf *meinem Platz*, flankiert und gesichert durch das, was ich *links* und *rechts* von mir abgestellt habe, und nehme meinen Klienten in all seiner Ausdrucksvielfalt und mich selbst mit all dem, was in mir geschieht, wahr – in einem freien Raum klarer Luft, in einem *Beziehungs-Freiraum*. Was vom Klienten sozusagen durch diesen Raum zu mir herüberspaziert, nehme ich auf, lasse es durch mich hindurch und gebe es als *Listening* an den Klienten zurück. Dies ist meine hauptsächliche Tätigkeit.

„Körbchen“ und „Tischchen“

Währenddessen bemerke ich alles Mögliche, das mir unverständlich erscheint, merkwürdig vorkommt, unangenehm ist... Ich möchte es nicht unter den Tisch fallen lassen, aber auch nicht sofort ausdrücken oder ansprechen. Ich nehme es (in die Hand) und lege es ins „Körbchen“, einem imaginären Behälter, den ich immer in meiner Nähe habe. So bleibt es in meinem Gewährsein, ohne dass ich damit etwas tun muss.

Das Wissen um mein „Körbchen“ lässt mich sehr viel gelassener da sein. Es befreit mich vom Druck, immer sofort wissen zu müssen, was zu tun ist. Was immer ich bemerke, es kann warten, es hat Zeit, ausgebrütet zu werden. Dann, wenn es mir in seiner Funktion und Bedeutung klar genug ist und mir der Augenblick geeignet erscheint, hole ich es aus dem „Körbchen“ und lege es aufs „Tischchen“. Ab und zu bemerke ich auch etwas, das sofort aufs „Tischchen“ kommt.

Das „Tischchen“ ist ebenso wie das „Körbchen“ ein imaginärer Einrichtungsgegenstand. Es befindet sich etwa auf halber Strecke zwischen mir und meinem Klienten, nah genug, so dass ich mit einer Bewegung meiner Hand etwas daraufstellen kann. Und es steht ein wenig abseits, so dass es zusammen mit der Sitzposition des Klienten und meiner eigenen ein Dreieck bildet. Es ist eine Art Präsentationstisch. Statt dem Klienten meine Guidings und Respondings ins Gesicht zu sagen oder ihm vor die Nase zu halten, lege ich sie auf das „Tischchen“ als mein Angebot, als *meinen* Vorschlag, und ich lade ihn ein, zu meinem Vorschlag *Stellung zu beziehen*: ihn aufzugreifen, zurückzuweisen, abzuändern, kurz, Beziehung zu ihm aufzunehmen und zu bemerken, was er erlebensmäßig bewirkt. Das „Tischchen“ gewährleistet, dass mein Guiding und mein Responding immer weniger wichtig ist als die *Personen* „KlientIn“ und „TherapeutIn“. Weder will ich mich hinter meinen großartigen Einfällen verstecken und bloß als souveräner Experte erscheinen, noch möchte ich durch das aufdringliche Mitteilen meines eigenen Erlebens dem Klienten die Stunde aus der Hand nehmen. Und ich möchte auch nicht, dass der Klient meine „Interventionen“ einfach hinnimmt, sie per se für wichtiger hält als seine eigenen Ideen oder sich heimlich gegen sie wehren muss.¹⁴⁾

Das „Tischchen“ hilft mir auch, in mir aufkommende Absichten nicht unbemerkt wirksam werden zu lassen. Wenn ich Absichten bemerke, kann ich sie ins „Körbchen“ legen und damit aus dem Verkehr ziehen oder ich kann sie „auftischen“, also gegenüber dem Klienten veröffentlichen und dadurch entschärfen.

Und noch etwas ermöglicht mir das „Tischchen“: Fragen, die von mir als TherapeutIn vermeintlich eine Entscheidung verlangen, kann ich auf den Tisch legen und so Klienten an diesen Entscheidungen beteiligen. „Was meinen Sie: Sollen wir uns dem flauen Gefühl im Bauch zuwenden oder der Spannung, die Sie in Ihren Schultern spüren?“ Meine inneren „Fragezeichen“ zu veröffentlichen, schützt mich vor Manipulationsversuchen und fördert die Zusammenarbeit mit den Klienten ungemein, da sie sich dadurch wertgeschätzt und ebenbürtig fühlen können.

Eine Weiterführung des „Tischchen“-Prinzips ist, den Klienten zu bitten, eine vom Therapeuten aufs „Tischchen“ gelegte Frage „nach innen“ zu nehmen, sie an seinen von innen gefühlten Körper (an das implizite Erleben) zu stellen und zu warten, ob und welche Antworten *von dort* kommen. Fragen bekommen dadurch eine ganz andere Funktion als im üblichen Frage-Antwort-Dialog. Ein Beispiel dafür sind die sogenannten Joker-Fragen (Wiltschko, 1996): Den Klienten zu fragen „Was wäre jetzt gut / stimmig?“ oder „Was würde jetzt helfen / einen guten nächsten Schritt bringen?“ macht natürlich nur dann Sinn, wenn diese Fragen nicht als Aufforderung an den Klienten gemeint sind, er müsste

das wissen und als guter Klient brav beantworten. Nimmt er diese Frage und schickt sie (wie eine Sonde) in sein „Inneres“, können von dort unerwartete Antworten kommen, die den Prozess vorantreiben und den Klienten erfahren lassen, dass er selbst „Lösungen“ generieren kann. Dieses Vorgehen fördert Selbstempathie – nicht nur als Einfühlen in schon Vorhandenes, sondern als Mitwirken am Entstehen von Neuem.

So einfach ist es nicht!

Wer bis hierher gelesen hat, könnte meinen, dass Psychotherapie und besonders Focusing-Therapie eine simple Sache wären. Als TherapeutIn bräuchte man, kurz gesagt, bloß auf die eigene Resonanz auf den Klienten zu achten, und dann kämen schon alle hilfreichen „Interventionen“ richtig heraus.

Das täuscht. Denn schon nur das praktische Umsetzen all jener hier beschriebenen therapeutischen Haltungen und Verhaltensweisen, die man unter dem Begriff „Empathie“ versammeln kann, wird in der jeweils ganz konkreten therapeutischen Situation unter Umständen außerordentlich schwierig sein. Hier ist nicht der Platz, Beispiele für derartige Situationen zu geben. Wenigstens erwähnt werden muss aber, dass die häufigsten und oftmals auch größten Schwierigkeiten daher rühren, dass Erleben und Verhalten von Klienten und Therapeuten *strukturegebundenen* Charakter haben können – sehr oft sogar.¹⁵⁾ Drei dieser „Stolpersteine“ seien kurz skizziert.

1. Gegenreaktion: strukturegebunden

Auf Seiten des Therapeuten ist ein Typ strukturegebundenen Erlebens die sogenannte Gegenreaktion: eine meist heftige emotionale Regung, die die Wege der Einfühlung in beide Richtungen verstopft: hin zum Klienten und hinein in den Erlebensraum des Therapeuten. Die *Inhalte* der Gegenreaktion können sehr unterschiedlich sein (von erotischem Anzogen sein durch KlientInnen bis zu deren gehässiger Ablehnung), ihre Form (ihr Stil, ihre Art und Weise) ist immer ähnlich: Sie stellt sich plötzlich ein und drängt sich in den Vordergrund des Erlebens. Sie gehört zu einem strukturegebundenen Erlebensmuster des Therapeuten, einem „blinden Fleck“ oder, wie Gendlin (1964) das nennt, zu einem „frozen whole“ und wird meist von einem strukturegebundenen Verhaltensmuster des Klienten ausgelöst.

Für Gegenreaktionen muss man sich nicht schämen. Da sie wichtige Hinweise auf Strukturegebundenes *im Klienten* sein können, gehören sie nicht entsorgt, sondern ins „Körbchen“. Das heißt: Der Therapeut sollte sie von impliziten Resonanzphänomenen unterscheiden können (was in Anbetracht der Art und Weise ihres Auftretens eigentlich einfach ist) und in der Lage sein, zu ihnen so viel Abstand herzustellen, dass er mit ihnen hantieren, sie quasi in die Hand nehmen und neben sich abstellen kann. Im „Körbchen“ kann die Gegenreaktion „ausgebrütet“ werden, indem sie fast zeitgleich mit ihrem Auftreten in Sekundenschnelle oder nach der Therapiestunde während einer längeren Zeit (mit oder ohne kollegialem bzw. supervisorischem Beistand) zum Thema eines Focusing-Prozesses gemacht wird. Was sich dabei expliziert, eignet sich unter Umständen als Response, der, aufs „Tischchen“ gelegt, häufig genug genau das fehlende Element im strukturegebundenen Teufelskreis des Klienten ist, das einen bedeutsamen Lösungsschritt ermöglicht. Damit dieses „Umschmelzen“ einer Gegenreaktion in einen Response gelingen kann, ist eine geübte Selbstwahrnehmung und einige Erfahrung mit Selbst-Focusing erforderlich. Beides erwirbt man in einer kontinuierlichen Ausbildungsgruppe und in einer Eigentherapie.

2. Die Balance zwischen Selbst- und Fremdempathie

Eine der großen, niemals einfach zu beantwortenden Fragen der psychotherapeutischen Praxis ist das Finden und Aufrechterhalten eines Gleichgewichts zwischen Selbst- und Fremdempathie. Es ist weder wünschenswert, sich als TherapeutIn in den Themen bzw. der Person des Klienten zu verlieren, noch im eigenen Erleben oder Denken stecken-zubleiben. Jeder von uns neigt aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur eher zum einen oder zum anderen Pol des Gesamtfeldes.

In psychotherapeutischen Ausbildungsgruppen bemerken die TeilnehmerInnen rasch, dass sie sich von den Inhalten und Gefühlen ihrer (Probe-)KlientInnen oftmals „angesaugt“ fühlen und dadurch in eine Art Trancezustand versetzt werden, in dem sie den Kontakt zu sich selbst und zur Gesamtsituation verlieren. Andere wiederum berichten, dass sie Schwierigkeiten haben, die Bedeutung dessen, was KlientInnen äußern, nachzuvollziehen und zu verstehen, weil sie – so stellt es sich meistens heraus – von ihren eigenen Ansprüchen und Konzepten, oftmals auch von ihren eigenen Gefühlen gefangen gehalten werden.

Die Balance zwischen empathischem Mitfühlen mit dem Klienten auf der einen Seite und dem empathischen Verbundensein mit sich selbst auf der anderen Seite besteht nicht im starren Halten einer Äquidistanz, einem Verharren in einem gleichförmigen Zustand des Dazwischens. Vielmehr geht es darum, dass die Aufmerksamkeit des Therapeuten von einem Pol zum anderen und wieder zurück frei schwingen kann, beweglich wie ein Pendel – und dass der Therapeut bemerkt, inwiefern das Schwingen stereotyp wird oder ganz zum Stillstand kommt.

Diese Balance kann man sich auch als Tanz vorstellen, der die Spannung zwischen dem Offensein, dem sich Berührenlassen vom Klienten und dem notwendigen Schutz, der Abgrenzung des Therapeuten berücksichtigt. Wenn beides anerkannt wird und zu seinem Recht kommt, entsteht ein Beziehungsraum, in dem Verbundenheit und Freiheit erlebt wird. Um diese Beweglichkeit der Aufmerksamkeit zu erlangen, ist kontinuierliche Ausbildung (Übung, Rückmeldung, Selbsterfahrung) erforderlich.

3. Manipulation: Empathie ohne Absichtslosigkeit

Es gibt im weiten Bereich dessen, was üblicherweise Psychotherapie genannt wird, Situationen, in denen empathische Verhaltensweisen dazu benutzt werden, um Klienten zum Sprechen zu bringen. Dies geschieht in aller Regel in „guter“ Absicht, beispielsweise beim Versuch, einen psychopathologischen Befund zu erheben bzw. eine Diagnose zu stellen oder ein Gutachten anzufertigen. In anderen Lebensbereichen können damit aber auch „böse“ Absichten verfolgt werden, wie Ausbeutung und Missbrauch bis hin zu Folterpraktiken. Sogenannte Mitarbeitergespräche oder Verkaufsgespräche und andere Werbestrategien mögen nach landläufiger Meinung zwischen „gut“ und „böse“ liegen. Ganz gleich, ob man die Absichten als „gut“ oder „böse“ oder irgendwo dazwischen bewertet: Empathisches Verhalten wird als Türöffner benutzt, um sich Zugang zu Bereichen zu verschaffen, die der Klient oder Patient, der Kunde oder das Opfer aus eigenen Stücken nicht preisgeben würde. So gesehen handelt es sich daher um *Grenzübertretungen*, auch wenn sie manchmal auf sanfte, freundliche Art geschehen.

Woran liegt es, ob empathisches Verhalten *authentischen* oder *manipulatorischen* Charakter hat? Es kommt auf den *Grad des Freiseins* von den dabei immer mitspielenden Absichten an! Damit ist auch gesagt, dass es keinen absoluten Unterschied, sondern ein Kontinuum zwischen authentischer und manipulatorischer Empathie gibt.

Focusing-TherapeutInnen sind hier sehr radikal: Sie bemühen sich um die Utopie der Absichtslosigkeit. Sie versuchen, absichtsfrei präsent zu sein. Das kann gelingen, wenn sie aufkommende Absichten sogleich bemerken, um sie entweder beiseite zu stellen („Körbchen“) oder zu veröffentlichen („Tischchen“). Zwei der bei diesem Versuch sich gewöhnlich in den Weg stellenden Schwierigkeiten seien erwähnt:

- das Bedürfnis, berechtigt erscheinende Erwartungen des Klienten zu erfüllen, etwa ein allwissender, rundum gesunder, mit Problemlösungsratschlägen gespickter Fachmann zu sein,
- dem Erwartungsdruck von Vorgesetzten, Auftraggebern und Institutionen nachzugeben, richtige Diagnosen zu stellen, Behandlungsziele zu definieren und sie in möglichst kurzer Zeit zu erreichen.

Erwartungen – von außen kommende und verinnerlichte – erfüllen zu wollen, ziehen und schieben Therapeuten in die *übliche* Expertenecke. „Üblich“ meint: *mehr* zu wissen, *mehr* zu können, *mehr* zu sein, *weiter* zu sein als der Klient und ihm aus dieser überlegenen Position zu helfen. Expertenstatus legitimiert dazu, Absichten zu haben, Absichten, die sich aus diesem Mehr und Weiter speisen (Wiltschko, 2009).

Derartige Absichten sind strukturgebunden in dem Sinn, dass sie durch übliche, gewohnte, für selbstverständlich gehaltene gesellschaftliche bzw. institutionelle Strukturen hervorgerufen werden und nicht einfach – und schon gar nicht einfach durch Einzelne – außer Kraft gesetzt werden können. Strukturgebundene Phänomene, gleichgültig ob „innerlich“ (in der Person) oder „äußerlich“ (im System), sind selbsterhaltend, veränderungsresistent und immanent nicht lösbar.

Sogar die Absicht des Helfenwollens, von der Allgemeinheit selbstverständlich erwartet, von vielen TherapeutInnen ebenso selbstverständlich bejaht, wird, wenn nicht hinterfragt, zu einem Stolperstein – zu dem wohl grundsätzlichsten des ganzen therapeutischen Unternehmens. Darüber ist seit Wolfgang Schmidbauers Schlagwort vom „Helfersyndrom“ (Schmidbauer, 1977) zwar viel, aber eher unter psychopathologischen Gesichtspunkten geschrieben und geredet worden. Statt vom Helfer-Syndrom solle man m.E. besser vom *Helfer-Paradoxon* sprechen, welches ganz unabhängig von der (mehr oder weniger neurotischen) Persönlichkeit des Therapeuten grundsätzlich jede therapeutische Situation mitbestimmt.

Die Lösung: empathisches Sein

Kann man PsychotherapeutIn sein ohne die Absicht, helfen zu wollen, ohne die Rolle eines Experten einzunehmen? Ist Absichtslosigkeit überhaupt möglich? Diese Fragen sind nicht mit ja oder nein zu beantworten, denn auch sie werfen Paradoxien auf. Die Metapher des „Tischchens“ zeigt einen pragmatischen Weg auf, mit ihnen umzugehen. Der entscheidende Punkt ist: die Absicht bemerken, sie nicht verurteilen und *sich nicht von ihr leiten lassen*. Sie spüren – und sie loslassen. Indem der Therapeut einen absichtsvollen Vorschlag (Guiding, Responding) auf das „Tischchen“ legt, den Klienten auffordert, dazu Stellung zu nehmen und *ihm* dann *überlässt*, ob und wie er mit diesem Vorschlag umgehen will, lässt er seine Absicht los. Er hofft dann nicht mehr (heimlich) darauf, dass der Klient auf seinen Vorschlag eingeht und zwar möglichst genau so, wie er sich das vorgestellt hat. Sein Ego ist nicht gekränkt, wenn der Klient den Vorschlag zurückweist, weil sein Ich mit seinem Vorschlag nicht mehr identifiziert ist. Es fällt ihm daher nicht schwer, seinen Vorschlag wieder aus dem Weg zu räumen oder sich dafür zu interessieren, welche *unbeabsichtigten* Folgen sein Vorschlag für den Klienten hat.

Zeugt diese Art und Weise des therapeutischen Vorgehens nicht auch von Expertentum? Ja, aber von einem *unüblichen* Expertentum. Es beruht vor allem auf den Prozess Erfahrungen, die TherapeutInnen mit sich selbst und mit ihren KlientInnen gemacht haben, und auf deren Reflexion im intersubjektiven, im kollegialen Austausch. Es beruht nicht so sehr auf größerem Wissen und auf einem möglichst großen Repertoire therapeutischer „Techniken“ und auch nicht darauf, über den Kliententhemen zu stehen, sie schon selbst überwunden zu haben und „weiter“ zu sein als die KlientInnen sind.

Dieses Expertentum hat damit zu tun, die Grenze des Machbaren zu kennen und anzuerkennen, weil nur dort, an dieser Grenze, mehr geschehen kann als das, was die Lebenskonzepte des Klienten und die Handlungskonzepte des Therapeuten zulassen, und weil man letztlich *nur dort* dem Helferparadoxon entkommt. „Nur dort“ ist jener Ort, der eingangs schon erwähnt wurde: the edge of experiencing, an dem das „Neue“ auftauchen kann, oft überraschend, selten weder vom Klienten noch vom Therapeuten antizipiert. An diesem Erlebensrand würden Absichten und Erwartungen das Kommen all dessen *vertreiben*, was zur Lösung eines Problems gebraucht wird, nämlich *frische*, nicht ohnehin schon bekannte und abgestandene Informationen. An diesem eminent therapeutischen Ort ist absichtsloses Verweilen angesagt, und das schließt die Möglichkeit des Scheiterns ein – für beide, für Klient und Therapeut.

Absichtsloses Verweilen ist kein bloß geduldiges Warten. Es ist ein höchst lebendiges, vielfältiges *Sein*, ein Mit-Sein mit dem Klienten, mit ihm in Resonanz, in Wechselwirkung in der gemeinsamen Situation – ein empathisches Sein. „Sein“ ist kein passiver, bewegungsloser Zustand. Es ist ein Vorgang, ein Prozess, in dem das „Nächste“ schon im Entstehen begriffen ist.¹⁶ Dieser Seins-Prozess ist (besteht aus, beinhaltet, bedingt, ruft hervor,) zumindest all das, was ich hier versucht habe, zu beschreiben.

Im Zuge der fortschreitenden Professionalisierung dessen, was Psychotherapie alles sein könnte (Wiltschko, 2009b), scheint es mir notwendig, darauf hinzuweisen und sich daran zu erinnern, dass ohne Respekt vor dem Nicht-Machbaren, ohne zuhause zu sein in diesem empathischen Seins-Prozess, von Psychotherapie nichts als ein lebloses, gesellschaftlich angepasstes und vereinnahmtes Gewerbe übrigbliebe. Welcher Mensch würde sich einem solchen mechanischen Betrieb *freiwillig* anvertrauen wollen?

Anmerkungen

- 1) Eugene Gendlin, geb. 1926 in Wien, em. Professor an der Universität von Chicago, Philosoph, Psychotherapeut und Begründer des Focusing, vor einigen Jahren mündlich zu mir.
- 2) Aus rein ästhetischen Gründen sehe ich mich außerstande, Artikel, Substantive und Pronomen immer in maskuline und feminine Formen zu setzen. Ästhetisch unbedenklich und daher wesentlich erstrebenswerter als Wörter zu gendern wäre z. B. gleicher Lohn für Männer und Frauen!
- 3) Zum Verhältnis von Körper und Umwelt und zum Primat der Interaktion: Gendlin, 2016; Gendlin & Wiltschko, 2016, S. 30-39; Wiltschko, 2008a.
- 4) Zur Fortsetzungsordnung: Gendlin, 1997; Gendlin & Wiltschko, 2016, S. 178-193; Wiltschko, 2008a, S. 86f. Zu Gendlins Philosophie: „Gendlin Online Library“ auf www.focusing.org.
- 5) Zu Focusing als Kernprozess persönlicher Veränderung: Gendlin, 1964, 1998a; Gendlin & Wiltschko, 2016, S. 13-29; Renn, 2016, S. 15-82. Empirische Befunde bei Hendricks, 2002.
- 6) Zu Focusing mit sich selbst (Selbst-Focusing): Cornell, 1997; Gendlin, 1998a, Kersig, 2014; Renn, 2006; Wiltschko, 2011, S. 59-105.
- 7) Zu Partnerschaftlichem Focusing: Gendlin & Wiltschko, 2016, S. 194-211.

- 8) Zu Focusing-Therapie: Gendlin, 1998b; Gendlin & Wiltschko, 2016, S. 40-79, 132-177; Renn, 2016; Wiltschko, 1994, 1996, 2002, 2007, 2008b, 2009a, 2010, 2011, 2014.
- 9) Zu den Begriffen Resonanz, Listening, Guiding, Responding: Stumm, Wiltschko, Keil 2000.
- 10) Zu den Begriffen Partialisieren, Markieren, Joker-Fragen: Wiltschko, 1996, S. 150-153; Renn, 2016; Wiltschko, 1996.
- 11) Diese unserer Sprache und unserem Denken innewohnende Subjekt-Objekt-Struktur wird von philosophischer Seite, besonders auch von Eugene Gendlin selbst, als relativierbare und zu relativierende Prämisse hinterfragt und aus den Angeln gehoben. Ich behalte sie hier bei, weil sie hilft, einige focusingtypische innere Haltungen und Handlungen anschaulicher darzustellen.
- 12) Zu den Begriffen Ich, Ego, Selbst: Wiltschko, 2007, S. 68f; 2008, S. 134-151; 2010, S. 253-267, 2011, S. 315-317.
- 13) Hauptrichtungen der Aufmerksamkeitslenkung durch Guiding-Vorschläge sind:
 1. in Richtung implizites Erleben (Felt Sense)
 2. in Richtung verweilen
 3. in Richtung explizites Erleben (symbolisieren, „genauern“)
 4. in Richtung weitere Erlebensmodalität (Modalitätenwechsel)
 5. in Richtung Freiraum schaffen
 6. in Richtung Thema des Klienten
 7. in Richtung Beziehung
 8. in Richtung Erleben des Therapeuten
 9. in Richtung Metaebene zum Prozess
 10. in Richtung Metaebene zu einer Strukturgebundenheit
 11. Vorschlagen eines „Experiments“
 12. Vorschlagen einer Pause
- 14) Wenn die Metapher des „Tischchens“ auf tiefe Weise verstanden wird und in Haltung und Verhalten des Therapeuten zur Geltung kommt, wird ein sehr freies und methodisch vielfältiges therapeutisches Arbeiten möglich (Wiltschko, 2011, S. 272-275).
- 15) Erleben und Verhalten, das in seinem „Stil“ strukturgebunden ist (structure-bound in its manner), ist fast immer der Hauptgrund dafür, dass Menschen sich für eine Psychotherapie entscheiden. Die focusing-therapeutische Arbeit mit strukturgebundenen Phänomenen ist komplex und kann hier nicht einmal angedeutet werden. Siehe dazu Renn, 2016, S. 253-304; Wiltschko, 2010, S. 208-216; 2011, S. 231-276.
- 16) Siehe dazu die Bedeutung und Funktion der Begriffe „Implied“ und „Occurring“ in Gendlins Prozessphilosophie: Gendlin, 2016, besonders S. 49-65; Wiltschko, 2008, S. 33f; Renn, 2016, S. 83-93.

Literatur

- Cornell, A.W. (1997). *Focusing – der Stimme des Körpers folgen*. Reinbek: Rowohlt.
- Gendlin, E.T. (1964). A Theory of Personality Change. In P. Worchel & D. Byrne (Hrsg.), *Personality Change* (S.100-148). New York: John Wiley.
- Gendlin, E.T. (1968). The Experiential Response. In E. Hammer (Hrsg.), *Interpretation in Therapy* (S. 208-227). New York: Grune and Stratton. – Deutsch: Gendlin, E.T. (2002). The Experiential Response. *Focusing-Journal*, 8, 2-9 und 9, 2-7.
- Gendlin, E.T. (1997). The Responsive Order: A new Empiricism. *Man and World*, 30, 383-411.
- Gendlin, E.T. (1998a). *Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Reinbek: Rowohlt.
- Gendlin, E.T. (1998b). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Gendlin, E.T. (2016). *Ein Prozess-Modell*. Freiburg: Karl Alber.
- Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (2016⁶). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hendricks, M.N. (2002). Research Basis of Focusing-Oriented/Experiential Psychotherapy. In D. Cain & J. Seeman (Hrsg.), *Humanistic Psychotherapy: Handbook of Research and Practice*. Washington DC: American Psychological Association. – Deutsch (2000). Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Überblick über Theorie, Forschung und Praxis. *Focusing-Journal* spezial.
- Kersig, S. (2014). *Im Dialog mit dem Körper: Wie Sie mit Achtsamkeit Krankheitssymptome entschlüsseln und heilen*. München: Kösel.
- Renn, K. (2006). *Dein Körper sagt dir, wer du werden kannst*. Freiburg: Herder.
- Renn, K. (2016). *Magische Momente der Veränderung. Was Focusing bewirken kann*. München: Kösel.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. (Hrsg.) (2000). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wiltschko, J. (1996). Focusing Therapy – Some Fragments in which the Whole can become visible. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.F. Schmid & R. Stipsits (Hrsg.), *Client-centered and Experiential Psychotherapy* (S.145-162). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Wiltschko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W.W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 231-264). Wien/New York: Springer.
- Wiltschko, J. (2007). Was ist Focusing-Therapie? Fragen und Antworten zu einigen wesentlichen Aspekten Person. *Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 1/2007, 64-71. Wien: Faculats.wuv.
- Wiltschko, J. (Hrsg.) (2008a). Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens. Wien: Facultas.
- Wiltschko, J. (2008b). Focusing-Lektionen für Personzentrierte Psychotherapeuten – Oder: Was lernt man eigentlich in einer Focusing-Therapieausbildung? In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher, N. & Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S.61-76).Wien: Krammer.
- Wiltschko, J.(2009a). „Patientenautonomie“ in der personzentrierten und focusingorientierten Psychotherapie. *PiD – Psychotherapie im Dialog. Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie*, 2/2009,308-313.
- Wiltschko, J. (2009b). Psychotherapie: Die Vielfalt retten. *Psychologie Heute compact*, 21, 32-37.
- Wiltschko, J. (2010). *Hilflosigkeit in Stärke verwandeln. Focusing als Basis einer Metapsychotherapie, Band I*. Würzburg: DAF.
- Wiltschko, J. (2011). *Ich spüre, also bin ich! Focusing als Basis einer Metapsychotherapie, Band II*. Würzburg: DAF.
- Wiltschko, J. (2014). Focusing-Therapie: Der von innen gespürte Körper als Basis einer humanistischen Metapsychotherapie. *Focusing-Journal*, 33, 4-10.
- Wiltschko, J. (2017). Konzepte allein sind nicht genug! Eine Bemerkung zu unseren klugen, aber unproduktiven Scheindebatten. *Focusing-Journal*, 38, 15-18.
- Wiltschko, J. Ist „der Prozess“ zielorientiert? Essentials aus der focusingtherapeutischen Praxis. (Eingereicht bei der Zeitschrift PERSON).

Korrespondenzadresse

Dr. Johannes Wiltschko
DAF, Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie
Ludwigstraße 8a, 87070 Würzburg, www.daf-focusing.de, johanneswiltschko@msn.com