

Focusing Journal

Juli 2000

spezial

Marion N. Hendricks

Direktorin des Focusing-Instituts New York

Focusing-orientierte Psychotherapie

*Ein Überblick über Theorie,
Forschung und Praxis,
mit Beispielen aus
psychotherapeutischen
Sitzungen*

Focusing-orientierte Psychotherapie

Ein Überblick über Theorie, Forschung und Praxis
mit Beispielen aus psychotherapeutischen Sitzungen

Inhalt

1. Einführung	3
Ein Motor des Wandels in der Psychotherapie	3
Vom Inhalt zum Prozeß	3
Ein bestürzendes Forschungsergebnis	3
Gendlins Prozeßdefinition der Psychotherapie	4
Interaktionale Konzepte	4
2. Theorie	4
<i>Experiencing</i> : Ein neues Verständnis von Körper und Umwelt	4
<i>Felt Sense</i> : Die Weisheit des Körpers ist erlebbar	5
<i>Carrying forward</i> : Der nächste Lebensschritt ist bereits impliziert	5
<i>Reconstituting</i> : Blockierte Prozesse werden wiederhergestellt	5
<i>Felt Shift</i> : Erleichterung ist körperlich spürbar	5
3. Forschung	6
Diskussion einiger Forschungsergebnisse	6
4. Praxis	6
Die Interaktion kommt zuerst	6
Listening ist die Basis	7
Wenn Klient und Therapeut auf den Felt Sense antworten	7
Wenn der Therapeut nicht in der Lage ist, auf den Felt Sense des Klienten zu antworten	8
Wenn Klienten nicht fokussieren	8
Einen Felt Sense entstehen lassen, statt bloß zu denken, Schlüsse zu ziehen oder zu berichten	9
Freiraum schaffen und Abstand gewinnen, statt in Gefühlen zu ertrinken	9
Wohlfühlende Focusing-Haltung anstelle des Inneren Kritikers	10
Der implizierte Entfaltungsprozeß ist vorwärtsgerichtet und läßt neue Schritte auftauchen	10
5. Schlußfolgerungen	12
Anhang A: Überblick über die empirischen Untersuchungen	13
Focusing und Experiencing: Die Definition und Messung einer Prozeß-Variable	13
Empirische Untersuchungen	14
Experiencing-Niveau und Psychotherapieerfolg	14
Focusing und Psychotherapieerfolg	15
Können Klienten lernen zu fokussieren und ihr Experiencing-Niveau zu erhöhen?	15
Therapeuten können den Focusing-Prozeß der Klienten sowohl fördern als auch behindern	16
Focusing-Training für Therapeuten hilft auch ihren Klienten zu fokussieren	17
Physiologische, auf die Aufmerksamkeit bezogene und kognitive Korrelate von Focusing	17
Korrelation zwischen Experiencing-Niveau bzw. Focusing-Fähigkeit und Persönlichkeitsmerkmalen	17
Tabelle 1: Experiencing-Niveau und Therapieerfolg	18
Tabelle 2: Focusing und Therapieerfolg	20
Tabelle 3: Steigerung des Experiencing-Niveaus und der Focusing-Fähigkeit	22
Anhang B: Erläuterung einiger Begriffe	25
Literaturverzeichnis	26

Focusing-orientierte Psychotherapie

Ein Überblick über Theorie, Forschung und Praxis
mit Beispielen aus psychotherapeutischen Sitzungen

von Marion N. Hendricks, Ph.D.

1. Einführung

Klientin: Aber warum zum Teufel krieg ich so eine Angst? Es macht mich fertig, wenn ich nur daran denke, ihn treffen zu müssen. Es fühlt sich an wie ein Druck, wie etwas, das auf mich drückt. So ... so wie vorhin, als ich mit ihm telefoniert hab, und er gesagt hat: „Ich vermisse dich so.“ Normalerweise würde man doch denken, daß einem das ein gutes Gefühl gibt!?

Therapeutin: Sie sagen, es fühlt sich an wie Druck. Können Sie die Qualität dieses Drucks spüren? Wie ist er?

Kl.: Ich weiß nicht. Ich glaube ... ich ... es fühlt sich an wie ... als ob er mich dazu bringen könnte, etwas zu tun, was ich eigentlich nicht will oder so. Aber was könnte das sein? Ich weiß es nicht.

Th.: Vielleicht wäre es gut, ein bißchen langsamer zu machen und zu schauen, ob Sie das spüren können. Es ist wie ein Druck, so als ob Sie etwas tun könnten, was Sie nicht wollen. Wie fühlt sich das alles als Ganzes an?

Kl.: Hm, ich bin nicht sicher ... *(tiefer Atemzug)* ... *(lange Pause)* ... In mir ist alles irgendwie stumm; ... wissen Sie, ich glaube, daß ... *(Tränen)* ... ich meine ... was, wenn ich ihn sogar noch viel **mehr** mag? ... *(Tränen)* ...

Th.: Es könnte sein, daß Sie ihn noch viel mehr mögen.

Kl.: Mhm ...

Ein Motor des Wandels in der Psychotherapie

So klingt das gewöhnlich, wenn Klienten in einer Psychotherapie Fortschritte machen – unabhängig von der therapeutischen Orientierung. Sie halten inne und suchen tastend nach Worten oder Bildern. Sie richten ihre Aufmerksamkeit auf einen unklaren, aber körperlich gefühlten Aspekt dessen, wie sie in der Situation existieren und fühlen. Sie denken nicht bloß über die Situation nach und sie versinken nicht in Gefühlen. Sie achten auf das, was wir eine „körperlich gefühlte Bedeutung“ (*bodily felt sense*) einer Situation oder eines Problems nennen. Worte oder innere Bilder kommen

direkt von diesem „sense“. Das, was von ihm kommt, ist oft überraschend. Eine neue Erfahrung taucht auf, ein kleiner Schritt der Veränderung, der eine körperliche Antwort mit sich bringt: eine kleine physische Erleichterung und Entspannung oder Tränen oder einen tieferen Atemzug. Das nennen wir einen ***Felt Shift***¹. Diese Art von Prozeß ist *ein* Motor des Wandels in der Psychotherapie.

Vom Inhalt zum Prozeß

Focusing-orientierte/*Experientielle Psychotherapie ist eine Interaktion, in der Klienten mit ihrem unmittelbaren Erleben auf diese Art und Weise Beziehung aufnehmen können. Sie erwuchs in den 50er-Jahren an der Universität von Chicago aus der Zusammenarbeit zwischen Carl Rogers, dem Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie und dem Philosophen Eugene Gendlin. Aus der philosophischen Tradition von Dilthey, Dewey, Merleau-Ponty und McKeon kommend, entwickelte Gendlin eine Philosophie des „Impliziten“ und wandte sie auf die Arbeit an, die Carl Rogers machte. Er fragte, was vor sich geht, wenn empathische Bedingungen herrschen.

Aus dieser Zusammenarbeit gingen eine neue Theorie des Persönlichkeitswandels (Gendlin 1964) und eine neue Psychotherapie (Gendlin 1996) hervor. Beide beinhalten einen fundamentalen Wechsel in der Betrachtungsweise: weg vom Beachten des Inhalts – also dessen, was der Klient sagt – hin zur Beachtung der Art und Weise des Prozesses, wie sich der Klient auf sein Erleben bezieht.

Ein bestürzendes Forschungsergebnis

Aufgrund der Untersuchung hunderter Transkripte und Tonbandaufzeichnungen von Therapiesitzungen formulierten Gendlin und Zimring (1955, 1994²) die Variable des *Experiencing-Niveaus. Eine Prozeß-Skala und

¹ Ein dem Wort vorgestelltes Sternchen verweist auf die Begriffserläuterungen im Anhang B (Seite 25).

schließlich die Experiencing-Skala (Klein et al. 1969, 1986) wurden entwickelt, um diese Variable zu messen. Die Hypothese war, daß Klienten, die in ihrer Psychotherapie eher erfolgreich sind, im Verlauf der Therapie ein Ansteigen der Fähigkeit aufweisen werden, sich auf das körperlich gefühlte Erleben direkt zu beziehen, so wie es im obigen Beispiel illustriert wird.

Zu ihrer Überraschung und Bestürzung zeigten aber einige Ergebnisse an, daß das Experiencing-Niveau, das ein Klient zu Beginn der Therapie aufweist, den Erfolg der Therapie vorherbestimmt. Klienten, die bereits am Anfang ihrer Therapie fähig waren, von ihrer inneren Erfahrung zu sprechen, profitierten von der Therapie, jene, die ihre Therapie begannen, ohne dies zu können, lernten dies auch nicht notwendigerweise in ihrer Therapie und hatten einen schlechteren *Outcome* (Therapieerfolg).

Als Reaktion auf dieses Problem, nämlich daß das Fehlschlagen einer Psychotherapie schon an ihrem Beginn vorhergesagt werden konnte, wurden spezifische Instruktionen entwickelt, um Klienten zu zeigen, wie sie diesen wichtigen Prozeß lernen konnten. Das wurde **Focusing** genannt.

Gendlins Prozeßdefinition der Psychotherapie

Die zentrale Bedeutung der *Gefühle* und der *Beziehung* zum Therapeuten wird für die Psychotherapie seit langem anerkannt, beginnend mit Freuds anfänglicher Betonung der Abreaktion von Gefühlen und dann der Übertragung und weiter durch das Werk von Rank und Rogers. Rogers betrachtete Psychotherapie als einen Persönlichkeitswandel entlang eines Kontinuums „von starrem und festgelegtem psychischem Funktionieren ... bis hin zu psychischem Fließen und fortwährender Weiterentwicklung.“

Noch weiter in die Richtung einer prozeßhaften Definition von Therapie gehend, sagt Gendlin: „Therapie besteht nicht hauptsächlich aus vertrauten, schon definierten Erlebensweisen, seien es Träume oder Emotionen, Handlungen oder innere Bilder. Therapie ist vielmehr in erster Linie ein Prozeß, der das Erleben einbezieht, *bevor* es so ein definiertes ‚Paket‘ ist und *danach*, wenn es wieder in die Gegend am Rand des Bewußtseins eintaucht.“

Gendlins Beitrag war zum einen die Beschreibung des **Felt Sense* als etwas von den Emotionen Verschiedenes, zum anderen, daß er genau und detailliert herausgearbeitet hat, wie die therapeutische Interaktion den Focusing-Prozeß unterstützen kann.

Interaktionale Konzepte

In den letzten 40 Jahren wurde Focusing in weiteren Bereichen angewendet und erforscht: in der Medizin,

im Wirtschaftsleben, in Schulen, im kreativen Schreiben, im spirituellen Leben und im erlebensbezogenen Denken. Sein ihm innewohnender interaktionaler Charakter hat zur Entwicklung des „Partnerschaftlichen Focusing“ geführt, in dem Focusing auf persönliche und berufliche Belange angewandt wird.

Die Philosophie, die der Focusing-orientierten/Experienciellen Psychotherapie zugrunde liegt, benützt eine spezielle Art von Konzepten, in denen die Interaktion zuerst kommt – interaktionale Konzepte. Es existiert ein ganzes Modell, das aus solchen Konzepten besteht und das uns eine neue Art und Weise an die Hand gibt, über Pflanzen, Tiere, menschliches Verhalten, Wahrnehmung, Sprache, Gefühle, Felt Sense und zwischenmenschliche symbolische Interaktion zu sprechen (Gendlin 1997). Hier werden wir einige der wichtigsten Konzepte über Psychotherapie und Veränderung diskutieren.

2. Theorie

Experiencing:

Ein neues Verständnis von Körper und Umwelt

Der Begriff **experiencing* bezeichnet das, was Sie jetzt im Moment in Ihrem Körper spüren können, wenn Sie diesen Satz lesen. Menschen haben einen Körper, der in Situationen lebt und nicht nur in einem physikalischen Raum. Wenn Sie auch nur eine kleine gute Nachricht über eine Situation, die Ihnen Sorgen gemacht hat, in Ihrer Post vorfinden, ändert das Ihren Körper. Sie sind ein lebendiger Teil dieser Interaktion, auch wenn sich die andere Person in einem ganz anderen Teil der Welt befindet. Dasselbe geschieht, wenn jemand plötzlich versteht, was Sie versucht haben, ihm zu sagen. Wenn es verstanden wurde, fühlen Sie die Erleichterung in Ihrem Körper.

Erleben (*experiencing*) ist weder einfach nur „in“ Ihnen, noch einfach „dort draußen“. Menschliche Aktivitäten sind zugleich körperlich und umweltlich. Spazierenzugehen impliziert den Boden und den Körper. Wenn es dunkel ist und Sie nicht sehen, daß der Gehsteig plötzlich aufhört, stolpern Sie. Das Spazierengehen IST in gewissem Sinn der Boden und IST Ihr Körper. Die Muskeln in Ihren Beinen implizieren den Druck des Bodens, der zurückdrückt. Atmen IST die Luft und IST Ihre Lunge. Wenn keine Luft da ist, stoppt der Atem und unter Umständen zerfällt die Körperstruktur. Lebende Organismen können ihre Existenz nicht fortsetzen, ohne aktiv zu sein.

Aktivität bzw. Interaktion als ersten, grundlegenden Begriff zu setzen, ist ein mächtiger und bedeutungsvoller philosophischer Schritt. Er bringt uns Begriffe und Konzepte, die auf dem Menschen aufgebaut sind statt auf mathematischen Einheiten. Das auf mathe-

matischen Einheiten beruhende Modell unserer atomistischen Wissenschaft hat große Kraft in bezug auf Maschinen, aber es ist nicht geeignet, Menschen zu verstehen. Sie können Ihr Auto in die Garage stellen, es ein Jahr lang ignorieren und Sie werden es danach im Großen und Ganzen wieder so vorfinden, wie Sie es verlassen haben. Ein lebendiges Geschöpf stirbt nach einigen Tagen, wenn die Interaktionen, die es konstituieren, nicht weiter vor sich gehen. *Experiencing* ist ein vor sich gehender Prozeß. Daraus folgt unter anderem, daß Pathologie ein blockierter Prozeß ist.

Felt Sense:

Die Weisheit des Körpers ist erlebbar

Wenn wir unserem körperlichen Erleben Aufmerksamkeit schenken, finden wir darin die ganze Komplexität unseres Lebens, das immer ein Leben *mit* anderen ist. Dieses körperliche Erleben ist zunächst eine unklare, ganzheitliche Empfindung (*whole sense*) in unserem Körper, die noch keine Worte hat und nicht aus voneinander unterscheidbaren Teilen besteht, dennoch wird sie recht deutlich gefühlt.

Hören Sie nun kurz mit dem Lesen auf und lenken Sie für eine Minute Ihre Aufmerksamkeit darauf, wie sich die Freundschaft mit einer Person, mit der Sie gerne Zeit verbringen, körperlich als Ganzes anfühlt. Sie werden etwas vage fühlen, noch bevor Sie irgendwelche Worte gedacht haben. Und nun spüren Sie Ihrer Beziehung zu jemandem nach, mit dem Sie Schwierigkeiten haben. Wieder werden Sie ein bestimmtes, ganzheitliches Empfinden wahrnehmen, es wird aber von dem ersten verschieden sein. Dieses verschwommene körperliche Empfinden ist ein subtiles Geflecht, bestehend aus vergangenen Geschichten, aktuellen Bedeutungen, Aspekten der anderen Person, der Beziehung zwischen ihnen, Ihrer gegenwärtigen Lage und Haltung im Raum und vielem mehr. All das ist **implizit* gegenwärtig.

Dieses körperliche Empfinden ist nicht von der Art, wie es etwa von einem verkrampften Muskel hervorgerufen wird, nein, der Körper als solcher lebt in einer, in dieser Situation. Diese Art des körperlichen Empfindens wird ***Felt Sense** genannt. Ein Felt Sense ist weder Denken noch Emotion; mit ihm bezeichnen wir Bedeutungen, die im Körper gefühlt werden.

Carrying forward:

Der nächste Lebensschritt ist bereits impliziert

Das Leben/das Lebendige impliziert seine eigenen nächsten Schritte und zwar in einer hoch geordneten Abfolge. Betrachten wir die Verdauung: Essen impliziert Speichelfluß im Mund, dieser impliziert die Sekretion von Magensäften, welche die Aufnahme von Nähr-

stoffen im Blut implizieren und diese impliziert die Ausscheidung von Giften und Exkrementen. Wenn die Ereignisse, die impliziert werden, nicht stattfinden, kommt es zu einer Unterbrechung dieser äußerst feinen und genauen Ordnung und es wird Schwierigkeiten geben.

Für unser Erleben gilt dasselbe: Unsere Interaktionen implizieren die nächsten Schritte. Unser Körper kann ganz neue Handlungsschritte implizieren. Carl Rogers beobachtete, daß Klienten ganz von selbst, ohne inhaltliche Direktiven des Therapeuten, in ein volleres Leben hineinwachsen, wenn Therapeuten Empathie, bedingungsfreie Wertschätzung und Echtheit ausdrücken. Er nannte dies „Tendenz zur Selbstaktualisierung“. Indem wir nun erkennen, daß lebendige Organismen präzise nächste Schritte implizieren, können wir diese Aktualisierungstendenz genauer verstehen.

Reconstituting:

Blockierte Prozesse werden wiederhergestellt

Wenn eine notwendige Interaktion fehlt und die implizierte Abfolge nicht stattfinden kann, hört der Körper nicht auf, sein eigenes Vorwärtsleben zu implizieren. Manchmal können wir auf uns selbst antworten (**respond*) und damit die Situation verändern. Wenn wir das nicht können, benötigen wir unter Umständen eine neue Interaktion, in und mit der unser Leben weitergeführt (**carrying forward*) werden kann.

In der Psychotherapie ist es unser Anliegen, an einer solchen Interaktion teilzunehmen. Da das Erleben einer Person Sprache, Kultur, andere Menschen, Symbole, Träume, Handlungen, zwischenmenschliches Verhalten usw. beinhaltet, kann jede dieser **„avenues“* blockiertes Erleben in Fluß bringen und fortsetzen. Das ist der Grund, weshalb viele unterschiedliche Therapieformen hilfreich sein können. Die Interaktion mit einem Therapeuten kann steckengebliebenen Lebensaspekten eines Klienten ermöglichen, in einen weiterführenden Prozeß hineinzufließen.

Felt Shift:

Erleichterung ist körperlich spürbar

Wenn der Prozeß blockiert ist, wird die Person versuchen, auf irgendeine noch immer mögliche Art und Weise weiterzuleben, aber das ist oft verbunden mit dem Erleben von Einengung und Schmerz. Wenn das, was impliziert ist, schließlich doch vor sich gehen kann, wird das als Erleichterung im Körper erlebt. Die Aufmerksamkeit, die Therapeut und Klient gleichermaßen dem Felt Sense des Klienten schenken, ermöglicht, daß passende Worte oder Bilder oder Gesten/Gebärden oder neue Handlungsschritte aus dem Felt Sense auftauchen, und damit wird der Körper weiter- und in grös-

Bere Lebendigkeit und in ein volleres Leben hineingeführt. Das bringt körperlich spürbares Wohlbefinden und Erleichterung mit sich. Wir nennen das ***Felt Shift** (gefühlter Schritt). Durch viele solcher kleinen Schritte verändert sich das Leben.

3. Forschung

Diskussion einiger Forschungsergebnisse

Folgende Untersuchungsergebnisse wurden wiederholt bestätigt:

- Klienten, die auf einem hohen Experiencing-Niveau arbeiten oder die fokussieren, sind in der Therapie laut Klienten- und Therapeutenbefragungen sowie objektiven Ergebnismessungen erfolgreicher.
- Klienten und Therapeuten bewerten Sitzungen, in denen Focusing vorkam, als erfolgreicher.
- Erfolgreiche Kurzzeittherapieklienten fokussieren in jeder Sitzung.
- Manche Klienten können in der Therapie direkt fokussieren. Andere bedürfen eines Trainings.
- Klienten, die auf einem niedrigen Experiencing-Niveau arbeiten, können in der Therapie oder in einem separaten Training lernen, ihr Experiencing-Niveau zu erhöhen.
- Die Reaktionen des Therapeuten vertiefen oder verflachen das Erleben der Klienten. Therapeuten, die fokussieren, helfen damit ihren Klienten, dies auch zu tun.
- Der Erfolg eines Focusingtrainings bleibt bei jenen am meisten erhalten, denen bereits während des Trainings das Focusing am besten gelang.

Der Befund, daß ein hohes Experiencing-Niveau und Focusing mit Therapieerfolg korrelativ einhergehen, zeigt sich über verschiedene Kulturen, therapeutische Ausrichtungen, Klientengruppen und Modalitäten der Erfolgsmessung.

Die Klient-Therapeut-Beziehung ist allgemein als ein Hauptfaktor für den Therapieerfolg anerkannt, unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung. *Focusing* scheint ein weiterer solcher übergreifender Faktor zu sein. Es konfligiert mit keiner anderen therapeutischen Methode. Unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung sollte deshalb beachtet werden, ob der Klient auf der Ebene einer körperlich gefühlten Bedeutung arbeitet.

Bei Klienten, die unmittelbar fokussieren können, läßt sich ein therapeutischer Prozeß meist schnell und erfolgreich herstellen. Wenn man den Klienten dabei unterstützt, in diese bereits entwickelte Fertigkeit zu vertrauen, so führt dies zu Veränderungsschritten, wie sie im nächsten Kapitel über die Praxis dargestellt

werden. Für Klienten, die diese Fertigkeit noch nicht haben, ist es entscheidend, sie zu erlernen.

Da der Einfluß des Therapeutenverhaltens auf das Vertiefen oder Behindern des Bearbeitungsprozesses beim Klienten groß ist und da ein Therapeut, der Focusing kann, dadurch seine Klienten beim Focusing unterstützt, sollte auch er in Focusing geübt sein. Ein Therapeut, der einen solchen Bearbeitungsprozeß nicht erkennt, kann seinen Klienten versehentlich in seinen ersten Focusingversuchen entmutigen. Als experimentelle Therapeuten freuen wir uns, wenn unsere Klienten sagen, "es ist vage", oder "ich finde keine Worte dafür". Wir ermutigen sie, bei genau diesem Gefühl zu bleiben, das noch kein symbolisiertes Erleben ist. Wir fühlen uns wohl damit, die richtige Antwort nicht zu wissen, bevor sie unsere Klienten wissen und auch damit, ihrem reichhaltigeren Erleben nicht unsere Konzepte und Modelle aufzudrücken.

Bei schizophrenen Patienten scheint ein wenigstens leichtes Entwickeln der *Experiencing*-Fähigkeit hilfreich zu sein. In einem Gebiet, in dem es neben Medikamenten wenig wirksame Hilfe gibt, verdient diese wiederholt gemachte Beobachtung Aufmerksamkeit. Wenn Schizophrenie kognitive und aufmerksamkeitsbezogene Schwierigkeiten beinhaltet, dann könnte Focusingtraining den Patienten helfen, durch Reize weniger überflutet zu werden. Solchen Personen zu helfen, zwischen Emotionen und Felt Sense zu unterscheiden und ihnen eine Interaktion anzubieten, die auf ihre körperlich gefühlte Bedeutung der Situation eingeht, trägt dazu bei, ihr Erleben wieder etwas Normales und Handhabbares werden zu lassen.

Focusing geschieht an der Schnittstelle zwischen Geist und Körper. Festgefahrene Situationen so fortzusetzen (**carrying forward*), daß sie sich im Körper lösen, unterstützt höchstwahrscheinlich Heilung. Die Korrelation mit Merkmalen, die sich auf Physiologie, Gesundheit und Immunsystem beziehen (Lutgendorf et al. 1994), legt nahe, daß Focusing sowohl zur Prävention als auch zur Bewältigung von Krankheit dienen kann. Sachse (1991) ermittelte, daß 95% psychosomatisch erkrankter Patienten keinen Felt Sense bilden. Wenn ihnen diese Fähigkeit vermittelt würde, könnte dies auch ihre Krankheit vermindern.

(Im Anhang A werden die einzelnen empirischen Untersuchungen referiert und in Tabellen zusammengefaßt.)

4. Praxis

Die Interaktion kommt zuerst

Das oberste Kriterium der focusing-orientierten Psychotherapie ist, ob das Erleben (**experiencing*) des Klienten in der augenblicklich vor sich gehenden Inter-

aktion mit dem Therapeuten vorangetragen wird (**carrying forward*). Wir wollen mit unseren Klienten so interagieren, daß sie Kontakt zur körperlich gefühlten Bedeutung (**Felt Sense*) einer Lebenssituation aufnehmen können. Damit das geschehen kann, antworten (**respond*) wir auf das, was, vage und unklar, am Rand der Aufmerksamkeit des Klienten ist.

Wenn wir uns in unserem Antworten auf eine Technik oder ein Modell verlassen oder es von diesen bestimmen lassen, werden wir nicht in der Lage sein, auf das zu hören, was vom Klienten gefühlt wird, aber noch nicht ausgedrückt werden kann. Viele Klienten haben eine nur fragile Verbindung zu ihrem Felt Sense. Wenn wir auf ihn nicht antworten, können sie sich nicht weiter auf ihn beziehen und nicht in ihn „hineingehen“.

Listening ist die Basis

Wir achten auf (**listen*) das Erleben der Person und nicht auf unsere Vorstellungen über sie. Wir sagen das zurück, was der Klient *intendiert* zu vermitteln. Das anerkennt nicht nur das Erleben des Klienten, sondern erlaubt ihm auch, seine Worte oder Bilder mit dem Felt Sense zu vergleichen, sie zu korrigieren und zu bemerken, was als Nächstes auftaucht. Wir achten auf (*listen*) das Gewebe und die Subtilität im Erleben und antworten auf den unklaren Rand, von dem die Veränderungsschritte kommen.

Das, was das Erleben des Klienten voranträgt, ist sehr exakt. Nur *dieses* Wort, *diese* Handlung, *dieses* Bild berührt oder bewegt etwas Richtiges, während viele andere dies nicht tun. Wir versuchen den auftauchenden Prozeß zu schützen, denn wir wissen, daß dies das Erleben mehr voranträgt, als alles andere, das wir tun können.

Deshalb ist das Basisverhalten des Therapeuten eine empathische, zuhörende Haltung. Empathie, Kongruenz und positive Wertschätzung werden sowohl im Therapeuten, als auch im Klienten verstärkt, wenn wir Worte und jeden anderen Ausdruck auch vom Felt Sense aufsteigen lassen.

Wenn Klient und Therapeut auf den Felt Sense antworten

In dem folgenden Therapieausschnitt kann man sehen, wie Focusing aussieht, wenn es vor sich geht. Man kann Focusing als Abfolge von Schritten betrachten: (1) Der Klient läßt einen *Felt Sense* entstehen, (2) stellt *Fragen* (nach innen, an seinen Felt Sense gerichtet), (3) *symbolisiert* (läßt Worte/Bilder aus dem Felt Sense auftauchen), (4) läßt eine *Resonanz* aufkommen (achtet darauf, welche Antwort im Körper auf die Worte/Bilder entsteht) und (5) *nimmt* willkommenheißend und nicht wertend *in Empfang*, was gekommen ist. So kommen

kleine **Felt Shifts* und es beginnen kleine Schritte der Veränderung.

Die Klientin ist Anfang Dreißig und hat einen Traum erzählt. Der Therapeut lädt die Klientin ein, einen Felt Sense von der ganzen Sache entstehen zu lassen.

Th.1: Können Sie spüren, wohin Ihre innere Aufmerksamkeit gehen will – in all dem, was Sie gerade erzählt haben? (*Focusing-Frage*)

Kl.1: (*Schweigt, während sie nachspürt.*) Die einzige Stelle, mit der ich mich wirklich **gefühlsmäßig verbinden** kann, ist, wenn ich mir sage: „Vielleicht muß ich meine unendliche Energie nicht nur über Sexualität ausdrücken, vielleicht kann ich sie einfach freilassen ... vielleicht will sie ja genau jetzt kommen ...“ (*Die Klientin hat den Aspekt gefunden, der nicht nur in Worten da ist, sondern eine körperlich spürbare Dimension hat.*)

Th.2: Ich möchte Ihnen das zurücksagen („*Zurücksagen*“ heißt die Person und den aufgetauchten Inhalt willkommen und ermöglicht der Klientin, eine Resonanz zwischen ihren Worten und dem Felt Sense entstehen zu lassen.): Ihr Körper scheint zuzustimmen, wenn Sie sagen „Vielleicht kann das Spirituelle auf seine eigene Weise kommen, es muß sich nicht unbedingt nur über die Sexualität ausdrücken.“

Kl.2: Ja. Und das ist wirklich hart für mich. Aber es **fühlt sich an wie die richtige Stelle**. (*Was sie mit „Stelle“ meint, ist ein Felt Sense. Was sie mit „richtig“ meint, ist eine Qualität von Resonanz. Ihr Körper sagt „ja, das ist richtig“, und sie spürt auch, daß mehr da ist, und das möchte sich genau an dieser Stelle öffnen.*)

Th.3: Ah, **da ist etwas hart daran**. (*Der Therapeut anerkennt den Felt Sense der Klientin. Beachten Sie, daß er „etwas“ sagt. Für den Therapeuten braucht der Inhalt nicht klar zu sein, bevor er aufgetaucht ist.*)

Kl.3: (*Schweigt, während sie sich fragt, was in diesem Gefühl von „hart“ ist.*) ... **Irgendwie will ich nicht loslassen**, daß es nur über Sexualität geht ... (*Beginnende Symbolisierung aus dem Felt Sense. Sie weiß noch nicht, inwiefern es stimmt, aber sie spürt, daß es „irgendwie“ so ist. Sie spürt es, aber es gibt noch keine Worte dafür.*) ... so wie ... das ist die einzige Art, die ich kenne, und wenn ich die aufgabe ... vielleicht hab ich diese Energie dann gar nicht mehr ... **das ist es!** (*Felt Shift*) ... (*fängt an zu weinen, eine körperliche Symbolisierung*) ... Es ist so wie ... es ist so wichtig, einen Kanal zu haben (*kriert eine Metapher*). Wenn dann die Möglichkeit auftaucht, ich könnte einen noch breiteren Kanal haben ... Es macht mir Angst (*schluchzt*), ... weil (*schluchzt*) ... was ist, wenn ich den einzigen Kanal, den ich habe, verliere?

Th.4: Ich verstehe.

Kl.4: **Da ist noch was** (*Felt Sense*). ... **Was ist das?** (*Sie fragt in Richtung Felt Sense. Es ist keine kognitive oder schlußfolgernde Frage.*) ... **Warum macht das soviel Angst?** (*Wieder fragt sie in ihren Felt Sense hinein, der sich dann zu öffnen beginnt.*) ... **Da drin** ist auch **etwas wie** ... (*schluchzt*) ... Dadurch daß der Kanal nur sexuell war, wurde auch begrenzt, wieviel Energie durchkommen konnte oder so ... Etwas daran macht wirklich Angst ... **Vielleicht könnte ich wirklich die ganze Zeit mit dieser Energie verbunden sein**, wenn ich sie nicht auf diesen Kanal beschränken würde (*Symbolisierung, Felt Shift*).

Th.5: Angst, die ganze Zeit mit ihr verbunden zu sein? (*Der Therapeut ist verwirrt, weil dieser Inhalt das Gegenteil der vorherigen Äußerungen ist. In dieser Art Prozeß herrscht eine präzise, am Erleben orientierte Ordnung, aber sie ist anders als die Ordnung der Logik.*)

Kl.5: Mhm. Ich war immer versteckt. Es sagt: „Mach das nicht mehr. Schau her! ... **Laß deine Energie sichtbar sein, benutze sie, lebe in ihr**, zeig dich in dieser Energie!“ Dann wäre ich so anders! (*Veränderungsschritt. Sie ist bereits jetzt sichtbar.*)

Th.6: Mhm ... laß sie Gestalt annehmen, nimm sie wahr, schau sie an ... (*willkommen heißend, spiegelnd*)

Kl.6: Genau ... (*tiefer Seufzer*) ... (*weint*) ... „Nimm sie ernst!“ ... (*tiefer Seufzer, Atemzug, ruhiger ... lacht*) ... Die alte Energie will mich noch immer runterziehen, zurück in das dunkle Loch, aber es ist jetzt ein bißchen freier, es hat sich ein bißchen bewegt, so wie „ja, vielleicht ist da ein Weg“.

Wenn Menschen fokussieren, benützen sie Sprache auf neue Weise. Beachten Sie die häufig unbestimmte Ausdrucksweise wie „etwas“, „es“ und „irgendwie“. Worte werden benützt, um auf den Felt Sense hinzuweisen, der nicht als Wort da ist, sondern als etwas Gespürtes. Es ist nicht möglich, dafür sofort inhaltsbezogene Worte zu verwenden, ohne den Felt Sense gleich wieder unzugänglich zu machen.

Wenn der Therapeut nicht in der Lage ist, auf den Felt Sense des Klienten zu antworten

Leider kann es auch vorkommen, daß der Klient nahe bei einem Felt Sense ist, der Therapeut aber den Felt Sense des Klienten nicht bemerkt. Da der Therapeut gewöhnlich als Experte angesehen wird, kann sich der Klient dadurch verwirrt oder nicht richtig fühlen, sich der Autorität des Therapeuten beugen und die Verbindung zu seinem unmittelbaren Erleben verlieren. Wir sahen in Sachsés Untersuchung (s. S. 16), daß eine verflachende Antwort des Therapeuten eine Verflachung der Erlebenstiefe bei 73% der nachfolgenden Klientenäußerungen nach sich zieht. So wird z.B. ein Feststecken des Klienten vom Therapeuten als „Widerstand“

interpretiert, obwohl das eigentliche Problem ist, daß der Therapeut nicht versteht, was vorgeht.

Kl.1: Und doch hab ich das Gefühl ... **da ist noch was unter all dem, aber ich weiß nicht was** (*Felt Sense*) ... und wenn ich eine Ahnung hätte, was es ist ... würde ich mich vielleicht anders fühlen, ich weiß nicht. Aber **noch** ist es **unklar**.

Th.1: Okay. Wenn alles ein bißchen **klarer** wäre, wenn Sie wirklich die **Ursache** feststellen könnten, dann denken Sie, Sie könnten damit **fertigwerden**. Aber bis jetzt scheinen Sie noch nicht klar zu haben, was das **eigentliche Problem** ist.

Kl.2: Ja ... und ... das ... wenn Sie das so sagen ... das macht mich sauer, weil ich das Gefühl habe ... Sehen Sie, ich bin ... intelligent. Ich kann Sachen klarkriegen. Und trotzdem ... im Moment weiß ich nicht, was zum Teufel mit mir los ist.

Der Therapeut ist hier nicht in der Lage, auf den Felt Sense der Klientin zu antworten, der der eigentlich reichhaltige, subtile, noch nicht gewußte „Platz“ ist, von dem Bewegung kommen würde. Die Klientin gab eine klare Beschreibung dessen, was als Nächstes geschehen müßte. Sie sagte dem Therapeuten geradezu wörtlich, daß sie, wenn sie nur noch weiter in diese unklare Stelle, die unterhalb von all dem ist, hinein-spüren würde, fühlen könnte, daß sich von dort aus etwas bewegt. Da aber der Therapeut nichts über diese Ebene des Prozesses wußte, benutzte er seine Worte in einer kognitiven, geschlossenen, definierten Weise, so daß sie nicht auf das hinweisen und es einladen konnten, von dem man noch nicht weiß, wie es sich öffnen könnte. Die Klientin landet bei ihrer Selbstkritik, und sie ist ärgerlich – wahrscheinlich (und zu recht) auf Ihren Therapeuten.

Diese Art von Interaktion unterstreicht, wie notwendig es ist, daß Therapeuten diese Sensibilität im Rahmen ihrer Ausbildung entwickeln.

Wenn Klienten nicht fokussieren

In den letzten Jahren wurde detailliert herausgearbeitet, wie man Klienten, die nicht von selbst fokussieren, helfen kann, Focusing zu lernen (Weiser Cornell 1996, Hendricks 1986, Wiltschko 1996, Leijssen 1990, 1998a). Da ein Felt Sense zunächst ein vages körperliches Empfinden des Ganzen einer Situation ist, kann er sehr flüchtig sein, besonders im Vergleich zu intensiven, offensichtlichen Emotionen oder zu Interpretationen, die uns glauben machen, wir würden uns selbst verstehen. Die folgenden Ausschnitte aus Therapiesitzungen illustrieren einige typische Schwierigkeiten und zeigen, wie wir antworten können, damit sich ein Felt Sense bilden kann.

Einen Felt Sense entstehen lassen, statt bloß zu denken, Schlüsse zu ziehen oder zu berichten

Wenn Klienten nicht wissen, wie man fokussiert, gibt es einige typische Probleme (Gendlin 1996). Klienten können in ihren Vorstellungen über sich selbst festgefahren sein, anstatt wahrzunehmen, was in ihrem augenblicklichen Erleben vor sich geht.

Der Klient aus dem folgenden Transkript fühlte sich ängstlich in seiner Arbeit als Jurist und bot Ideen an, warum dies so sei. Der Therapeut lud ihn ein, in das ganze Etwas, das er „Angst“ nannte, direkt hineinzuspüren. Der Klient ist nicht in der Lage, das zu tun und ist weiterhin verstrickt in seine Ideen darüber. Der Therapeut lädt ihn nochmals ein, einen Felt Sense entstehen zu lassen. Der Klient ist kurz dazu in der Lage, aber er fällt gleich wieder auf die Ebene der Ideen und des Analysierens zurück. Aber es war immerhin ein Anfang.

Th.1: **Halten Sie doch für einen Moment inne**, und lassen Sie uns schauen, ob Sie **spüren können, was die Angst ist**. Können Sie das tun? Ist das eine gute Frage? **An welcher Stelle des Ganzen würden Sie gern mehr hineinspüren?**

Kl.1: *(Hält nicht inne, um einen Felt Sense entstehen zu lassen. Er verfolgt weiter seine Ideen und Analysen.)* Ja. Ich denke, das wäre gut. Ich weiß, in den letzten Sitzungen zeigte sich eine Menge Zerrissenheit in den Bildern, die wir gefunden haben. Freiheit und Widerstand. Erwachsener und Baby. Ein zuversichtliches Indie-Welt-hinaus und ein Zurückscheuen. Was auch Freiheit und Abgetrenntsein wäre.

Th.2: Also, da gibt es allerhand Ideen darüber, aber lassen Sie uns doch **einfach dabei verweilen, die Angst zu spüren. Können Sie sie im Moment spüren? Können Sie das Ganze an Ihrer Arbeit, das Angst macht, jetzt in Ihrem Körper spüren?**

Kl.3: ... *(schweigt)* ... **Ein Teil der Angst ist ein vages Gefühl (Felt Sense)**, ziellos dahinzutreiben und herumzutasten.

Th.3: Zu treiben und zu tasten ...

Kl.4: **Als ob ich im Weltraum wäre und nichts ergreifen könnte ...** *(Worte, die aus dem Felt Sense kommen)*

Th.4: Vergleichen Sie doch mal das Bild, wie Sie heruntasteten und nichts greifen können, mit Ihrem Körpergefühl. Fühlt es sich stimmig an?

Kl.5: Ja, sehr *(vergleicht)* ... Und jetzt, wo ich es habe, fällt mir ein, daß ich in verschiedenen Sitzungen schon ähnliche Bilder gehabt habe ...

Ein Klient dieser Art sagt häufig Dinge wie „Also, wahrscheinlich fühl ich mich so, weil meine Eltern mich so und so behandelt haben, als ich klein war.“ Oder „Mein Therapeut sagt, ich muß als Kind sehr wütend

gewesen sein, daß ich mich so sehr zurückgezogen habe.“ Solche Klienten haben wenig Zugang zu ihrem eigenen Erleben. Zusammenhänge tauchen nicht aus ihrem eigenen Erlebensstrom auf, sondern werden diesem von ihnen selbst oder vom Therapeuten aufgezungen. Diese Sorte Klient neigt auch dazu, über Ereignisse der Woche ausführlich zu berichten, ohne einen persönlichen Bezug zu diesen Ereignissen herzustellen.

Freiraum schaffen und Abstand gewinnen, statt in Gefühlen zu ertrinken

Die andere Sackgasse in der Therapie taucht auf, wenn Klienten in Gefühlen ertrinken, indem sie schmerzhaft Ereignisse oder Gefühle einfach nur wiedererleben. Focusing unterscheidet zwischen Gefühlen und einem Felt Sense. Ein Gefühl ist enger und ist häufig die „universelle“ Reaktion auf eine bestimmte Situation, z.B. ist man traurig, wenn jemand stirbt. Um einen Felt Sense zu bekommen, muß man zurücktreten und seine eigene komplexe, vage Resonanz auf ein „Ganzes“ entstehen lassen. Die ist bei jeder Person anders.

Der schon ältere Klient aus dem folgenden Beispiel hat sein Leben lang an einer sehr schweren Depression gelitten und ist vollständig identifiziert mit äußerst schmerzvollen Gefühlen.

Kl.1: Ich bin sehr unglücklich. Ich komme nicht ins Handeln. Ich habe ihn nicht angerufen, bin nicht am Ball geblieben. Ich bleibe nie am Ball. So bin ich mein Leben lang gewesen. Ich denke, das kommt daher, daß meine Mutter mir immer gesagt hat: „Dan, denk dran, du bist sehr krank.“ Es geht mir sehr schlecht. Jetzt werde ich wieder die ganze Woche depressiv sein. So möchte ich hier nicht weggehen! *(Der Klient ist ärgerlich, aufgeregt und deprimiert. - So ist es häufig. Jeder Gedanke an die Beziehung zu seiner Mutter läßt ihn in einen Abgrund extrem schlechten Befindens stürzen. Er wird vermutlich schlecht schlafen, und sein Zustand von Erregtheit und Depression wird einige Tage lang sein Leben durcheinanderbringen. Er ist nicht in der Lage, in Beziehung zu seinem Erleben zu treten, sondern ist jedes Mal aufs neue traumatisiert.)*

Th.1: Ja, das ist eine bekannte Stelle, wo Sie einfach in dieses schlechte Gefühl hineinrutschen. Eine alte, bekannte Stelle. Wir brauchen sie nicht. **Wie wäre es, wenn Sie das alles aus sich herausstellen?** Das gehört zu ihr, nicht zu Ihnen. Stellen wir doch diese ganze Sache mit Ihrer Mutter heraus, da, ans andere Ende des Zimmers.

Kl.2: *(blickt ein bißchen bestürzt und verwirrt)* Ich hab nicht gewußt, daß das geht!

Th.2: Ja, Sie können **das Ganze** einfach nehmen und es **soweit aus Ihrem Körper herausstellen, wie es für**

Sie stimmt. Wie wäre es mit dem anderen Ufer des Flusses, drüben in New Jersey?

Kl.3: *(fängt an zu lachen)* Ja! Ich glaube, das wär gut! *(Gestikuliert mit seinen Händen, während er die ganze Sache mit seiner Mutter von seiner Bauchgehend aus in Richtung Fluß schiebt. - Er schafft Freiraum und gewinnt Abstand.)*

Th.3: Sie haben das Recht auf ein wenig eigenen Raum.

Kl.4: Ja? Hab ich das? *(Tränen in den Augen)* Das ist das erste Mal in meinem Leben, daß ich das Gefühl habe, ich muß das nicht akzeptieren. *(Kleiner Felt Shift mit körperlich spürbarer Erleichterung)*

Dieser Klient lernte es allmählich zu bemerken, wann der Abstand zu seinen Gefühlen nicht stimmte. In Gefühle hineinfallen ist nicht Focusing, genauso wenig wie Abreagieren oder Katharsis.

Wohlvollende Focusing-Haltung anstelle des Inneren Kritikers

Um einen Felt Sense zu bekommen und sich entfalten zu lassen, braucht man eine innere Haltung, die freundlich ist und abwartend, die zuhören und es aushalten kann, noch nicht zu wissen, was kommen wird. Vielen Leuten fällt es schwer, so eine Haltung aufrechtzuerhalten. Sie greifen sich an oder brechen den Kontakt zu sich ab. Genau an dem Punkt, wo Klienten an den Rand dessen kommen, was sie ohnehin schon wissen, zucken sie häufig zurück mit einem Kommentar wie „ach, ich weiß nicht“ oder „das ist doch zu dumm“ oder „das ist zu vage“, „es ist nicht klar“. Aber genau an diesem Rand, wo das schon Gedachte zu Ende ist, kann sich ein Felt Sense bilden. Eine autoaggressive Haltung ist eines der häufigsten Hindernisse beim Focusing. Wir haben viele Möglichkeiten, Klienten dabei zu helfen, diese Hindernisse zu überwinden.

Nun folgt ein einfaches Beispiel, in dem die Klientin die Sitzung mit einem Selbstangriff beginnt und die Therapeutin sowohl auf diese Attacke, als auch auf die inhaltlichen Details nicht näher eingeht. Statt dessen wird die Klientin eingeladen, einen Schritt zurückzutreten und einen Felt Sense der ganzen Situation entstehen zu lassen. Sie ist in der Lage, das zu tun. Was sich aus ihrem Felt Sense entfaltet, überrascht sie und ist ein kleiner Felt Shift. Beachten Sie, wie anders sie sich fühlt und wieviel mehr sie nach dieser kurzen Interaktion mit sich verbunden ist.

Kl.1: Ich hab das Gefühl, niemand will etwas mit mir zu tun haben. Als ob **irgendwas mit mir nicht stimmt**, aber ich weiß nicht was. Als ob **ich ein Monster wäre** *(Selbstangriff)*. Ich weiß, wodurch das Gefühl entstanden ist. Vielleicht sollte ich es Ihnen erzählen. Ich glaube, ich werde niemals normale Beziehungen haben. Gestern abend in der Kirche ... *(Sie gibt ein kurzes*

Gespräch mit einer Freundin wieder, in dem es um Babysitter ging und das damit endete, daß sie sich von ihrer Freundin kritisiert fühlte.)

Th.1: Könnten Sie wohl einen Schritt zurücktreten und ein Gefühl für diese ganze Situation bekommen, diese ganze Sache mit ihr. Wie fühlt sich diese Situation an?

Kl.2: *(ist ruhig, während sie den Felt Sense kommen läßt und fängt dann an zu weinen)* **Oh! Ich weiß, was es ist. Ich war so aufgeregt!** *(Symbolisierung aus dem Felt Sense)* Meine Tochter möchte so gern babysitten, und ich dachte, es könnte jetzt klappen. Und ich glaube, ich habe alles verdorben ... Ich war so aufgeregt, daß ich gar nicht genau darauf geachtet hab, was von ihr zurückkam. Ich hab immer weitergeredet, weil ich so aufgeregt war und unbedingt wollte, daß es klappt ... **Aber jetzt, wo ich nochmals daran denke, hab ich das Gefühl, daß mir einiges, was sie über Kinderbetreuung denkt, nicht wirklich gefällt.** Jetzt fällt mir ein, daß sie mir irgendwie überbehütend und streng vorkam.

Th.2: Ah, in Ihrer Aufregung haben Sie nicht richtig auf Ihre eigenen Signale geachtet. Eigentlich hat Ihnen nicht gefallen, was sie sagte, aber Sie haben Ihrem Gefühl keine Beachtung geschenkt.

Kl.3: Ja ... das stimmt ... Jetzt, wo ich weiß, was los war, geht es mir besser.

Das Auftauchen der Worte „Oh! Ich weiß, was es ist. Ich war so aufgeregt!“ ist ein kleiner Felt Shift. Die Worte sind neu und überraschend für die Klientin. Der Inhalt „aufgeregt“ ist etwas ganz anderes als „Ich bin ein Monster“. Der Felt Sense läßt Worte auftauchen, die einen Fortsetzungsschritt bedeuten und löst auf der körperlichen Ebene Erleichterung und Tränen aus. In dieser Art Therapie wird Veränderung direkt im Körper gespürt. Die Klientin muß nicht darüber spekulieren, ob sie sich verändert. Es ist eine unmittelbare Erfahrung. Dies ist auch ein Beispiel für die erlebensorientierte Version eines psychodynamischen Vorgangs. Das Konzept der Depression als gegen die eigene Person gerichtete Aggression paßt hierher. Aber das Auftauchen ihrer Abneigung der Freundin gegenüber aus ihrem eigenen Felt Sense ist viel machtvoller, als eine entsprechende Interpretation der Therapeutin gewesen wäre. Wir sehen hier einen kleinen Schritt der Veränderung und Ich-Entwicklung im Hinblick auf ihre Fähigkeit, ihre eigene Perspektive einzunehmen.

Der implizierte Entfaltungsprozeß ist vorwärtsgerichtet und läßt neue Schritte auftauchen

Im theoretischen Abschnitt sprachen wir davon, daß lebende Organismen ihren nächsten Lebensschritt auf genau geordnete Weise implizieren. Der Körper „weiß“, was als nächstes geschehen muß. Allerdings antwortet der Felt Sense manchmal nicht, wenn man mit der

Frage „Wie fühlt sich das Ganze an?“ in ihn hineinspürt und mit ihm verweilt.

In diesem Fall können wir eine andere Frage stellen, nämlich „Was wäre jetzt nötig“ oder „gut“ oder „richtig?“ Das ist keine abstrakte, intellektuelle Frage, vielmehr wird auf focusingspezifische Weise der Felt Sense direkt gefragt, was jetzt, in dieser Situation das Leben fortsetzen würde. Dann warten wir ab, ob etwas kommt.

Das nächste Beispiel markiert einen Wendepunkt in der Therapie einer Klientin mit einer schweren posttraumatischen Problematik, indem ihr Körper auf die Frage reagiert: „Was braucht es jetzt?“ Es war ihr vorher unmöglich, einen guten Abstand zu ihrer Mißbrauchserfahrung herzustellen, und deshalb konnte sie nicht darauf fokussieren. Sie hat Flashbacks, teilweise dissoziierte Zustände, ist chronisch überwacht und ständig angstbesetzt. Sie erlebt tiefe Trauer darüber, daß, obwohl sie einen anspruchsvollen Beruf ausübt, das Leben an ihr vorüberzieht und sie nie in der Lage sein wird, Kinder zu haben, weil sie sexuellen Kontakt mit ihrem Mann nicht erträgt. Wenn sie fokussiert, taucht unweigerlich ihre Sehnsucht nach einem Kind auf. Sie ist 38 Jahre alt.

Kl.: ... Die Anspannung ist noch größer als gewöhnlich, und bereits das gewöhnliche Maß ist unerträglich. Mein Herz rast. Nichts, was wir tun, hilft dagegen. Nichts hilft. Ich nehme im Moment ungefähr 20 Tabletten pro Tag, und die bewirken auch nichts. Ich weiß nicht mehr weiter.

Therapeutin und Klientin bemühen sich etwa 40 Minuten lang vergeblich, eine Möglichkeit zu finden, mit dieser Spannung zu arbeiten. Es gelingt ihr nicht, einen Felt Sense zu bekommen, und auch sonst hilft nichts. Sie bleibt in diesem schrecklichen Spannungszustand, der keinen psychologischen Inhalt hat, gefangen. Die Therapeutin stellt ihr dann eine Focusing-Frage, im Bemühen, das Wissen ihres Körpers einzubeziehen, das implizite Wissen, was jetzt gebraucht wird.

Th.1: O.k. Ich schlag Ihnen vor, Ihre Aufmerksamkeit sanft in die Mitte Ihres Körpers zu lenken. Und während Sie da verweilen, schauen wir, **ob ein Gefühl dafür entsteht, was helfen könnte, oder vielleicht ein Bild. Sie könnten nach innen fragen: „Was braucht es, damit diese ganze Sache sich allmählich entspannen könnte, damit Sie sich gut in Ihrem Körper fühlen könnten?“**

Kl.1: *(langes Schweigen)* **Ich merke zwei Sachen (Worte, die aus dem Felt Sense auftauchen)** ... Das eine ist: Wenn ich sicher wäre, daß ich nicht zu gehen brauche, bevor es mir besser geht. Wenn ich die tickende Uhr vergessen könnte ... Und dann noch was: Ein Hund – ein Collie. *(Sie fängt an zu weinen: Felt Shift mit körperlicher Reaktion.)* Ich weiß nicht, ob ich es Ihnen erzählt habe, aber als ich klein war und immer so eine

Angst hatte, so eine schreckliche Angst, hab ich ständig meine Eltern gebeten, mir einen Hund zu schenken, einen Collie, so wie Lassie.

Lassie saß auf Timmies Bett und hätte ihn gegen jeden verteidigt, der durchs Fenster gekommen wäre, so daß niemand ihm was tun konnte. Und Lassie war seine Freundin und hat ihm Gesellschaft geleistet. Ich hatte das Gefühl, Lassie könnte mir die Angst nehmen und meine Freundin sein. Zu jedem einzelnen Weihnachtsfest, jedem Geburtstag, jeder Gelegenheit, bei der ich etwas kriegen würde, hab ich sie nur um eins gebeten, einen Hund. Sie sagten immer, wenn ich das und das so und so machen würde oder lange genug oder sonstwas, würden sie mir einen schenken. Aber nie haben sie es getan. Sie sagten immer, ich hätte, was immer es war, nicht gut genug gemacht oder hatten irgendeine andere Ausrede. *(Sie weint immer noch.)*

Th.2: Ja. Sie wußten schon damals, als Sie noch so klein waren, etwas, das helfen würde. Aber Ihre Eltern haben es Ihnen nicht gegeben.

Kl.2: Dan (ihr Mann) sagt, es war wirklich gemein von ihnen, mir keinen zu schenken.

Th.3: Ja, das hab ich auch gerade gedacht und es macht mich auch wütend. **Das alles taucht jetzt auf, das Gefühl: Eine Lassie zu haben, würde helfen. Das würde die Spannung lösen.** *(Die Therapeutin kehrt zum Felt Sense zurück. Indem sie es zurücksagt, kann die Klientin sich wieder mit ihm verbinden.)*

Kl.3: Ich habe Dan gefragt, ob wir einen Collie haben könnten. Er hat ja gesagt. Aber ich bin diejenige, die es immer verhindert. *(Sie nennt viele praktische Gründe, warum es schwierig wäre.)*

Th.4: Aber vielleicht wäre es jetzt richtig. **Sie haben das deutliche Gefühl, daß Sie sich innen drin sicherer fühlen würden und Gesellschaft hätten, wenn Sie einen Hund hätten.** *(Wieder geht die Therapeutin an die Stelle zurück, wo sich etwas geöffnet hat – ein Felt Sense für das, was helfen würde.)*

Kl.4: Ja. Letzte Woche waren Dan und ich im Buchladen. Als er sah, daß ich ein Buch über die Erziehung von Collies las, sagte er: „Ich kaufe es dir.“ Ich sagte: „Nee, ist schon okay.“

Th.5: Also, vielleicht könnte das Buch ein Anfang sein? *(Die Therapeutin schlägt einen kleinen Veränderungsschritt vor.)*

Kl.5: Ja, vielleicht. Dan sagte auch, er hat Angst, wenn ich einen Hund hätte, würde ich aufhören, schwanger werden zu wollen.

Th.6: Nein, so ist das nicht. Wenn Sie ein warmes, lebendiges Wesen hätten, das Sie lieben und um das Sie sich kümmern, würde es Ihrem Körper helfen, sich zu entspannen und dadurch schwanger zu werden ... **Vielleicht wäre es richtig, sich das jetzt zu erlauben** ... Sie könnten sich jetzt einen Hund anschaffen. *(Die*

Therapeutin versucht immer noch, den Schritt, der gekommen ist, zu schützen und ihm Raum zu geben, damit er nicht in all diesen Einwänden untergeht.)

Kl.6: Vielleicht wäre diese kleine Collie-Sorte, die nur zwei Fuß groß wird, das Richtige.

Th.7: Na, wie wäre es damit, keine Abstriche zu machen, sondern genau das zu tun, was es jetzt braucht?

Kl.7: *(Sie ist eine Weile still. Ein Lachen steigt in ihrem Körper auf.)* Hey! Zu Weihnachten! Ich könnte meine Lassie zu Weihnachten kriegen.

Th.8: Oh ja! Das ist genau richtig. *(Beachten Sie, daß die Klientin sich in ihrem Körper besser fühlt. Sie hat geweint und gelacht. Ihr Körper ist nicht mehr in einer Unruhe ohne Inhalt gefangen.)*

Der Felt Sense der Klientin hat auf die Focusing-Frage nach dem, was es jetzt braucht, damit diese ganze schreckliche Anspannung sich lösen kann, geantwortet. Die Therapeutin bemüht sich sehr, die Klientin dabei zu unterstützen, diesen Schritt, den ihr Körper gefunden hat, anzunehmen, zu schützen und ihm Raum zu geben. Sich einen Hund zu besorgen, ist sicher nicht die Idee der Therapeutin oder eine traditionelle Behandlungsmethode für diese Art Problem. Es ist aus der subtilen Komplexität dieser Frau jetzt aufgetaucht.

Vier Monate später:

Kl.: Neulich hab ich Tucker betrachtet – wie groß sie ist – und ich hab dran gedacht, wie wir im Gras herumrollen und toben und kreischen und einander jagen. Ich hab gedacht: „Was bin ich froh, daß du nicht so ein kleiner Flauschhund bist. Du bist eine richtige Lassie.“ Ich dachte daran, wie Sie mir gesagt haben ... Wissen Sie noch, ich sagte: „Naja, vielleicht könnte ich mir einen Spielzeug-Collie besorgen“, und Sie sagten „Wie wäre es damit, keine Abstriche zu machen? Wie wäre es mit einer richtigen Lassie?“ Ich glaube, das ist eine Metapher für vieles andere.

Zwanzig Monate später in einem Brief an ihre Therapeutin:

Wenn Sie sich das Foto ansehen, das ich Ihnen geschickt habe ... Leah (ihre kleine Tochter) wird immer größer ... Ich habe so eine Freude an ihr ... Ich kann es gar nicht in Worte fassen. Ich halte sie nur im Arm und schmuse mit ihr und danke Gott jeden Tag, daß es sie gibt. Ich wünschte, wir hätten mindestens vier davon!

Focusing berührt eine Schicht in uns, die ihre eigene Richtung und Antriebskraft hat. Wenn wir nicht im Weg stehen, kriert und impliziert der Organismus präzise nächste Interaktionen. Wir sind zu sehr darauf ausgerichtet, dem Erleben unserer Klienten mit Konzepten oder Techniken zu begegnen. Man erwartet von uns, die „Experten“ zu sein. In unserem Bestreben, gute Leistung zu erbringen, kann es passieren, daß wir dem Klienten unsere Vorstellungen aufzwingen und das subtile Erleben und die Entfaltung seines eigenen Pro-

zesses verhindern. Die kleinen notwendigen Veränderungsschritte, die unmittelbar aus seinem Felt Sense des Problems auftauchen, sind schöpferischer und genauer als alles, was wir als Therapeuten erfinden können.

5. Schlußfolgerung

Klienten in Therapien unterschiedlicher Orientierungen und mit unterschiedlichen Diagnosen sind erfolgreicher, wenn sie fokussieren. Die therapeutische Beziehung kann die Entwicklung und Stabilisierung dieser Fähigkeit fördern, bis sie den Klienten in ihrem Alltag zur Verfügung steht. Focusing-orientierte/*Experimentielle Therapie arbeitet mit einer Schicht menschlicher Erlebensprozesse, die noch nicht allgemein bekannt ist. Es ist nicht Fühlen, nicht Denken, nicht, im wörtlichen Sinn, Körperempfindung. Es ist der *Felt Sense unserer Situationen.

Jeder Mensch kann diesen Erlebensprozeß entdecken. Man verweilt bei einem körperlichen Gefühl von einer Situation, einem Problem, einer Schwierigkeit oder von etwas Rätselhaftem, ohne dafür bereits Worte oder Symbole zu haben. An so einem unklaren Rand tauchen neue, schöpferische Lebensschritte auf. Es könnte sich um eine Tänzerin handeln, die auf den nächsten Schritt in ihrer Choreographie wartet, oder um einen Dichter, der dem passenden Wort nachspürt, oder um einen Arzt, der seinem Gefühl für die Lösung eines Problems nachgeht.

Als Therapeuten können wir zu dieser Felt-Sense-Schicht hindeuten, indem wir dem Klienten die einfache Frage stellen: „Wie fühlt sich diese ganze Situation in Ihrem Körper an?“ Das kann den Prozeß unmittelbar vertiefen.

Eine Stunde pro Woche mit einem Therapeuten zu verbringen, ist nicht viel, besonders wenn der Klient nur in dieser einen Beziehung diese Art Prozeß erleben kann. Da Beziehung sehr wichtig ist, können Focusing-Partnerschaften und –Ausbildungsseminare zusätzlich und als Teil der Therapie angeboten werden. Menschen können lernen, sich gegenseitig eine solche Interaktion zur Verfügung zu stellen.

Die Forschung entwickelte sich kontinuierlich von den frühen Untersuchungen, die Erleben (**experiencing*) mit Therapieerfolg in Beziehung setzten, über die Definition von Focusing und seinen Zusammenhang mit Therapieerfolg bis zu der großen Fülle von Studien zu Focusing-Ausbildung für Klienten und Therapeuten. Viele dieser letzteren sind Teil koordinierter Forschungsvorhaben in größeren Universitäten in den USA, in Kanada, Belgien, Deutschland und Japan. Dazu gehören neuere Untersuchungen von hoher Reliabilität und anspruchsvollerem Design, die auf den frühen Studien aufbauen

und deren Ergebnisse bestätigen. Die Tatsache, daß Therapie- und Einzelsitzungserfolg im Urteil von Therapeut und Klient sowie nach objektiven Messungen mit Experiencing bzw. Focusing korreliert, und der Zusammenhang mit Gesundheit, physiologischen und Persönlichkeitsmessungen unterstützen diese Ergebnisse.

Die Forschung, welche die Grundlage der Theorie und Praxis von Focusing-orientierter/Experienteller Psychotherapie ist, hat die meisten nachfolgenden Entwicklungen in der Humanistischen Psychotherapie beeinflusst. Viele humanistische Ansätze haben die Vorstellung dieser Art von Prozeß übernommen und haben begonnen, sich auf den Felt Sense des Klienten und auf dessen implizite Bedeutungen zu beziehen.

Focusing ist, verankert in seinen klientenzentrierten Wurzeln, eine eigenständige Therapieform, kann jedoch auch in jede andere Therapiemethode integriert werden. Das führt dann dazu, daß sie vom Erleben des Klienten ausgeht und dadurch ihre Effektivität steigert. In der klinischen Forschung sind wir dabei, signifikante schulenübergreifende Faktoren zu identifizieren, die für jeden Therapeuten und jeden Therapieforscher wichtig zu wissen wären. Die Weise, in der unsere Klienten sich auf ihr momentanes, körperlich spürbares Erleben beziehen, ist einer dieser Faktoren.

Anhang A: Überblick über die empirischen Untersuchungen

Focusing und Experiencing: Die Definition und Messung einer Prozeß-Variable

Die Forschung reicht in der klientenzentrierten/*experientellen Tradition vierzig Jahre zurück. Anfänglich bestand sie aus inhaltlichen Analysen. Der Schritt zu Prozeß-Variablen (Gendlin und Zimring 1997), also zu der Frage, wie sich Klienten auf ihr Erleben beziehen, führte Rogers dazu, das Selbst mit Hilfe von Prozeß-Begriffen neu zu definieren. Klienten, die sich in einer erfolgreichen Therapie selbst aktualisieren, sollten fähig werden, "vollständiger und akzeptierender im Erlebensprozeß zu leben und die Bedeutungen, die implizit im unmittelbaren Augenblick enthalten sind, zu symbolisieren" (Rogers 1959, S. 102).

Es wurden die Reliabilität und Validität der Experiencing-Skala bestimmt. Hierzu wurden Beurteiler mithilfe standardisierten Materials einzeln trainiert. Die Skala mißt ein Kontinuum von externalen, narrativen Aussagen bis hin zu differenzierten Gefühlsaussagen. Ihr mittlerer Skalenbereich mißt das Vorhandensein von Gefühlen; auf einen Felt Sense zu fokussieren ist allerdings etwas anderes als Gefühle zu haben. Focusing beginnt erst auf Stufe IV.

Im folgenden finden sich Auszüge aus dem Trainings-Manual zur Experiencing-Skala (Klein et al. 1970).

Stufe I:

Die Inhalte beziehen sich nicht auf den Sprecher. Der Sprecher erzählt eine Geschichte, beschreibt andere Personen oder Ereignisse, in die er nicht involviert ist oder er präsentiert eine Reihe generalisierter, von ihm losgelöster Vorstellungen.

Stufe II:

Weder ist der Sprecher die zentrale Person in seiner Erzählung, noch ist sein eigenes Interesse dabei klar. Anmerkungen und Reaktionen dienen der Darstellung

der Geschichte, entsprechen aber nicht den Empfindungen des Sprechers.

Stufe III:

Die Inhalte der Erzählung betreffen Äußerlichkeiten oder das Verhalten des Sprechers mit angefügten Kommentaren über Empfindungen oder persönliche Erfahrungen. Diese Bemerkungen betreffen nur die beschriebenen Situationen und geben dadurch der Erzählung eine persönlichere Note, ohne den Erzähler in einer allgemeineren Form zu beschreiben.

Stufe IV:

Es geht in den Aussagen mehr um die Gefühle oder das Erleben von Ereignissen, als um die Ereignisse selbst. Der Klient versucht, auf den direkten inneren Bezug zu seinem Erleben zu achten, ihn zu halten und ihn zur zentralen Größe des Gesprächs zu machen.

Stufe V:

Es findet ein zielstrebiges Erkunden der Gefühle und des Erlebens des Sprechers statt. Der Sprecher muß hierbei ein Problem aufstellen, es definieren oder eine explizite Aussage über sich selbst auf der Ebene des Fühlens machen. Und er muß mit diesem Problem in einer persönlichen Weise arbeiten oder es erkunden. Der Klient ist in der Lage, auf die vagen, impliziten, bedeutungshaltigen Aspekte des Erlebens zu fokussieren und bemüht sich, diese herauszuarbeiten.

Stufe VI:

Der Sprecher drückt sein augenblickliches und gerade auftauchendes Erleben aus. Das Gefühl aktiver, unmittelbarer Involviertheit in ein im Erleben verankertes Thema (Problem) ist verbunden mit der Evidenz seiner Lösung oder seines Annehmens. Die Gefühle selbst bewegen oder ändern sich.

Stufe VII:

Das Erleben weitet sich aus, entfaltet sich. Der Sprecher nutzt bereitwillig eine frische Art seinem Selbst zu begegnen, um sein Erleben zu erweitern. Die erlebensbezogene Perspektive ist hier eine vertraute und sichere Quelle der Selbstwahrnehmung und wird dauernd vorangetrieben und als primärer Bezugspunkt für Denken und Handeln genutzt.

Sachse und Neumann (1983) entwickelten eine Focusing-Rating-Skala (FRS), die mit einer Korrelation von .90 indirekt an der Experiencing-Skala validiert wurde. Sie stellten fest, daß Klienten, die durch Standard-Instruktionen unmittelbar in der Lage sind, zu fokussieren, auch auf der Experiencing-Skala hohe Werte erreichen. Sachse entwarf auch noch drei Papier- und Bleistift-Tests, die untereinander und mit der FRS sehr hoch korrelieren. Mit dem Post-Focusing-Questionnaire (PFQ) und der Post-Focusing-Checklist (PFC) (Wolf und Vandenbos 1971) stehen zwei weitere Papier- und Bleistift-Meßinstrumente zur Verfügung.

Die Forscher Lambert und Hall (1994) stellen fest: „Das am meisten genutzte und am besten erforschte, auf Ratings durch Beobachter basierende Instrument zur Messung der Beteiligung des Klienten am Therapieprozeß ist die Experiencing-Skala.“ (S. 94)

Empirische Untersuchungen

Wir überprüften 89 Untersuchungen in bezug auf drei Fragestellungen: Korreliert das Experiencing-Niveau mit dem Psychotherapieerfolg? (Tabelle 1), Korreliert Focusing mit dem Psychotherapieerfolg? (Tabelle 2), Kann man Klienten mit niedrigem Experiencing-Niveau Focusing beibringen? (Tabelle 3)

Einige der Untersuchungen können wegen geringer Reliabilität, geringer Stichprobengröße oder fehlender Kontrollgruppe methodisch bemängelt werden. Einige andere Untersuchungen weisen nur eine geringe Streuung der Experiencing-Niveaus auf, bei denen nur wenige Klienten ein höheres Experiencing-Niveau erreichten. Ein höheres Experiencing-Niveau kann den Therapieerfolg verbessern, ohne daß es das Niveau von Focusing erreicht. Wenn aber Klienten mit Niveau IV oder höher gesondert betrachtet werden, wie in der Untersuchung von Goldman (1997), so ergeben sich noch stärkere Korrelationen zum Therapieerfolg.

Experiencing-Niveau und Psychotherapieerfolg

27 Untersuchungen zeigten, daß ein höheres Experiencing-Niveau mit einem höheren Therapieerfolg einhergeht.

Sowohl die Höhe des Experiencing-Niveaus relativ zum Mittelwert während früher, mittlerer und später Therapiesitzungen, als auch der Zuwachs des Experiencing-Niveaus während des Therapieverlaufs zeigten diese Korrelation zum Therapieerfolg.

Allerdings fanden viele Untersuchungen diese Korrelation nur in einer der Therapiephasen, nicht aber in den anderen. Eine der Untersuchungen zeigte eine negative

Korrelation zwischen Experiencing und der Zufriedenheit des Klienten, gemessen mittels Selbsteinschätzung am Therapieende.

Der Therapieerfolg wurde mit Therapeuten- und Klientenberichten und per unabhängiger Evaluation bestimmt. Die Korrelation zwischen Experiencing-Niveau und Therapieerfolg wurde bei Klienten mit unterschiedlichen Diagnosen und in einer Vielfalt von therapeutischen Ausrichtungen gefunden. Die Untersuchungen hierzu sind, gereiht nach Veröffentlichungsdaten, in *Tabelle 1* (S. 18) zusammengefaßt.

Klein (1969) sagt über die frühen Untersuchungen: „Einstufungen des Experiencing-Niveaus bei Ausschnitten aus Kurzzeittherapien sind einheitlich, hoch reliabel und ergeben eine sinnvolle Unterscheidung zwischen erfolgreicheren und weniger erfolgreichen Fällen und zwischen Neurotikern und Schizophrenen.“ Jules Seeman (1997) überprüfte die Ergebnisse von sieben dieser frühen Untersuchungen und faßte sie zusammen. Er kommt zu dem Schluß, daß ein von vornherein hohes Experiencing-Niveau eine höhere Wahrscheinlichkeit auf ein erfolgreiches Therapieergebnis bietet und daß das Anwachsen des Experiencing-Niveaus während der Therapie mit einem positiven Therapieausgang in Beziehung steht.

In einer kürzlich durchgeführten, elegant designten Untersuchung mithilfe des Residual-Gain-Scores zur Erfolgsmessung und der hierarchischen Regressionsanalyse fand Goldman (1997), daß ein höheres Experiencing-Niveau in der zweiten Therapiesitzung mit einer stärkeren Reduktion depressiver Symptome einherging. Noch sicherer läßt sich eine Verringerung der depressiven Symptome vorhersagen, wenn in der zweiten Therapiehälfte ein themenbezogenes Experiencing-Niveau von Stufe IV oder noch sicherer von Stufe VI beobachtet wird. Ein Experiencing-Niveau von Stufe VI sagt auch einen Anstieg im Selbstwertgefühl voraus. Diese Untersuchung bereichert unsere Forschungsmethodik, indem sie themenbezogenes Experiencing benützt, statt zufälliger Ausschnitte aus Sitzungen, wie bisher. Wieder sagt ein höheres Experiencing-Niveau in den Anfangssitzungen einen höheren Therapieerfolg vorher, aber auch eine Erhöhung des Experiencing-Niveaus während der Therapie verstärkt den Therapieerfolg.

Eine weitere neue Studie (Warwar 1996) untersuchte jeweils eine Sitzung mit hohem und eine Sitzung mit niedrigem Experiencing-Niveau bei 14 depressiven Klienten und fand, daß die Höhe des Experiencing-Niveaus mit dem Erfolg der Sitzung korreliert. Kubota und Ikemi (1991) beobachteten, daß Sitzungen, die von Klienten als erfolgreich eingeschätzt wurden, höhere Experiencing-Niveaus aufwiesen.

Focusing und Psychotherapieerfolg

23 Untersuchungen ergaben, daß Focusing, gemessen mit anderen Instrumenten als der Experiencing-Skala, mit Therapieerfolg korreliert. Diese sind in *Tabelle 2* (S. 20) zusammengefaßt.

In einer belgischen Untersuchung nahm Leijssen (1996) sechs Jahre lang 810 Sitzungen von 26 Klienten auf

Tonband auf und führte eine Reihe von Analysen durch. In die erste Untersuchung nahm sie Sitzungen, die vom Klienten und/oder vom Therapeuten explizit positiv bzw. negativ bewertet wurden. Um in die Gruppe der positiven Sitzungen aufgenommen zu werden, war es erforderlich, daß der Klient spontan, ohne Nachfrage des Therapeuten sagte, daß die Sitzung hilfreich war. Transkripte von kompletten Sitzungen wurden studiert und Focusing dann als vorsichtiggehend gewertet, wenn der Therapeut eine Focusing-Instruktion gegeben hatte und der Klient diese Einladung annahm, oder wenn der Klient spontan einen der sechs Focusing-Schritte machte. 75% der positiven Sitzungen und nur 33% der negativen Sitzungen enthielten Focusing.

In einer zweiten Analyse wurden alle diejenigen Klienten untersucht, die ihre Therapie mit weniger als 20 Sitzungen erfolgreich beendeten. „Beachtlich war hier die vorrangige Nutzung von Focusing in allen acht Fällen. Fast alle Sitzungen hatten einen intensiven, experiencing-orientierten Charakter, wobei die Klienten Aspekte ihres Problems entdeckten, die vorher nicht greifbar waren. Alle diese Klienten schafften es, mit ihrem körperlich gefühlten Erleben in Kontakt zu treten, ohne davon überflutet zu werden. Vier der Klienten schienen während des Focusing eine persönliche Art von Selbsttranszendenz zu erreichen“ (Leijssen 2000).

Sachses (1992) Untersuchungen wurden in den USA während vieler Jahre nicht in vollem Umfang beachtet. Er fand, daß Klienten, die im Rahmen einer klientenzentrierten Psychotherapie Focusing-Instruktionen erhielten, signifikant bessere Ergebnisse hatten, als Klienten, die nur klientenzentrierte Therapie erhielten, gemessen mit Erfolgseinschätzungen durch Therapeuten, durch Klienten und durch den „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)“. In einer zweiten Untersuchungsphase wurde Sachses Focusing-Rating-Skala (FRS) auf die mit Tonband aufgenommene erste Sitzung jedes Klienten der Focusing-Gruppe angewandt. Die Klienten wurden danach eingestuft, inwieweit sie fähig dazu waren, Focusing-Schritte zu machen und wurden dann in zwei Gruppen eingeteilt: solche mit hohen FRS-Werten (Stufe IV und mehr) und solche mit niedrigen. Die Klienten aus der Gruppe mit hohen Focusingwerten schnitten in der Erfolgseinschätzung durch den Therapeuten und im Veränderungsfragebogen (VEV) besser ab. Die Fähigkeit, in der ersten Sitzung zu fokussieren, ließ den Therapieerfolg vorhersagen. Die Schlußfolgerung war, daß auch schon die Einführung von Focusing-Instruktionen in die klientenzentrierte Therapie einen signifikanten, positiven Effekt auf ein erfolgreiches Therapieergebnis hat. Auch diese Untersuchung unterstützt die früheren Ergebnisse, nämlich daß Focusing den Therapieerfolg schon von Beginn der Therapie an bestimmt.

Sachse (1990) beobachtete, daß die „Tiefe“ des Experiencings eines Klienten während der mittleren Therapiephase mit dem Therapieerfolg, gemessen mit objektiven Persönlichkeitstests, in Beziehung steht. Dieser positive Zusammenhang kommt noch deutlicher heraus, wenn

der Therapieerfolg mittels Einschätzung durch den Therapeuten gemessen wird. Weitere Untersuchungen zeigten, daß Therapeuten von erfolgreichen Klienten signifikant mehr „prozeßvertiefende Vorschläge“ machten als die Therapeuten der weniger erfolgreichen Klienten und daß ein höherer Prozentsatz der erfolgreichen Klienten auf diese Vorschläge reagierten.

Iberg (1998) fand ebenfalls, daß von Klienten als Focusing beurteilte Phasen mit Therapiefortschritten verbunden waren, gemessen mit dem Symptom-Checklist-Outcome-Questionnaire.

Lietaer und Neirink (1986) fragten Klienten mit einem Fragebogen zur Sitzungsnachbereitung, was sie in der Sitzung als „wirklich hilfreich“ erlebt hatten. Die Angaben wurde einer Inhaltsanalyse unterzogen, in der ein Kategoriensystem benutzt wurde, das aus den Daten abgeleitet worden war. Ein Cluster focusingbezogener Faktoren, „tiefe Erkundung des eigenen Erlebens“, „Erlebensfülle“, „fruchtbare Selbstexploration“, wurde am häufigsten als hilfreich identifiziert. Anhand dieser Angaben ließen sich die erfolgreichsten und erfolglosesten Sitzungen unterscheiden.

Focusing-orientierte Psychotherapie geht mit erfolgreichen Ergebnissen einher: bei Strafgefangenen (Wolfus und Bierman 1996, Goldman et al. 1996), bei psychotischen Patienten (Gray 1976, Hinterkopf und Brunswick 1975, 1979, 1981, Egendorf 1982), bei älteren Menschen (Sherman 1990) und bei Klienten mit gesundheitlichen Problemen (Holstein und Flaxman 1997, Shiraiwa 1998, Grindler Katonah 1999). Focusing erreicht eine Desensibilisierung genauso effektiv wie Verhaltenstherapie (Weitzman 1967) und stellte sich als Methode des Streßmanagements als ebenso erfolgreich wie Rational-Emotive Therapie (RET) heraus (Weld 1992). Focusing und Gestalt-Therapie erwiesen sich beide als effektiv beim Lösen einer spezifischen Therapieaufgabe, wie auch in den gemessenen Therapieergebnissen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe; Gestalt-Therapie war hier allerdings erfolgreicher als Focusing (Greenberg und Higgins 1980). In zahlreichen Untersuchungen, in denen Focusing als Teil der "prozeßorientierten experientiellen Therapie" fungierte, wurde gezeigt, daß diese der Verhaltenstherapie vergleichbare Veränderungseffekte bei depressiven Patienten zeigte (Elliot et al. 1990, Greenberg und Watson 1998).

Können Klienten lernen zu fokussieren und ihr Experiencing-Niveau zu erhöhen?

Dies ist eine wichtige Frage, wenn man bedenkt, daß man bereits in den ersten Therapiestunden aufgrund des Vorkommens von Focusing oder einem hohen Experiencing-Niveau den Therapieerfolg vorhersagen kann. In die gleiche Richtung verweist die Beobachtung, daß Klienten mit einem schnellen Therapieerfolg während jeder ihrer Therapiesitzungen fokussiert hatten.

39 Untersuchungen ergaben, daß die Focusingfertigkeit oder die Höhe des Experiencing-Niveaus durch Training

oder entsprechende Maßnahmen des Therapeuten gesteigert werden konnten. (siehe *Tabelle 3*, S. 22)

Durak et al. (1997) untersuchte das Experiencing-Niveau während zwei Therapiestunden vor und während zwei Therapiestunden nach einem Focusing-Training. Die gesamte Untersuchungsgruppe zeigte nach dem Training ein höheres Experiencing-Niveau als vorher. Von zehn der Klienten, die mit einem Experiencing-Niveau unter 3 begonnen hatten, wurden sechs als erfolgreich trainiert eingestuft. Von diesen sechs waren dann auch vier in der Therapie erfolgreich. Von den vier Klienten hingegen, die mit einem niedrigen Experiencing-Niveau begannen und erfolglos trainiert worden waren, war nur einer in seiner Therapie erfolgreich. Von den sieben Klienten, die bereits vor dem Training ein hohes Experiencing-Niveau zeigten, erzielten sechs einen Therapieerfolg. Diese Untersuchung legt nahe, daß Personen, die ohne Focusingfertigkeit in die Therapie kommen, darin trainiert werden können und dann fähig sind, dies auch in ihrer Therapie fortzusetzen.

Elf weitere Untersuchungen (Schoeninger 1965, McMullin 1972, Vandenbos 1973, Olsen 1975, Hinterkopf und Brunswick 1975, 1979, 1981, Bierman et al. 1976, Gibbs 1978, Clark 1980, Leijssen 1996) ergaben, daß das Experiencing-Niveau oder die Focusingfertigkeit durch Training gesteigert werden kann, wenn auch diese Steigerung nicht immer nach der Beendigung des Trainings aufrecht erhalten wird.

Ein Zuhörer, der sich auf das Erleben eines Klienten konzentriert, der ihm durch das Herstellen eines guten Ortes (*safe space*, Tamura 1990) hilft, einen passenden Abstand zu dem Problem zu finden, der Vertrauen hat in das Erleben des Klienten und der hilft, Freiraum zu schaffen, wird von Klienten als eine Unterstützung beim Fokussieren angesehen.

Therapeuten können den Focusing-Prozeß der Klienten sowohl fördern als auch behindern

Sachse (1990) fand in einer Reihe detaillierter Untersuchungen, daß Bearbeitungsangebote des Therapeuten die Bearbeitungsweise des Klienten vertiefen oder verflachen können. Basierend auf Gendlins Experiencing-Theorie, entwickelte Sachse eine Bearbeitungsweisen-Skala für Klienten und eine Bearbeitungsangebots-Skala für Therapeuten. Die höheren Skalenwerte entsprechen hierbei dem Focusing. Die Therapeuten-Skala bewertet die Stufe der Bearbeitungsweise, die der Therapeut bei dem Klienten anregen möchte. Sachse wies hierfür eine Reliabilität zwischen .79 und .94 nach. In einer ersten Untersuchung zur Klienten-Therapeuten-Interaktion wurden von 152 Klienten 1520 Triples (Klientenaussage-Therapeutenaussage-Klientenaussage) aus dem Mittelbereich der Therapie analysiert. Diese Untersuchung ergab, daß Klienten in 70% der Fälle ihre Bearbeitungsweise vertieften, wenn der Therapeut ein vertiefendes Arbeitsangebot machte. In 73% der Fälle verflachten die Klienten ihre Bearbeitungsweise, wenn der Therapeut ein verflachendes Arbeitsangebot machte. Wie bereits erwähnt, machten die Therapeuten von

erfolgreicheren Klienten mehr Vertiefungsangebote als die Therapeuten weniger erfolgreicher Klienten. Erfolgreichere Klienten nahmen von ihren Therapeuten mehr vertiefende Arbeitsangebote an, als es nicht erfolgreiche Klienten taten.

Diese Ergebnisse werden durch zwei Untersuchungen (Yakin 1970, Adams 1999) gestützt, in denen die Experiencing-Skala zur Analyse von Triples benutzt wurde. Elliott et al. (1982, 1983) beobachteten nach Therapeutenintervention eine bleibende Erhöhung des Experiencing-Niveaus, wenn diese Intervention als hoch eingestuft wurde in hilfreichen Experiencing, Tiefe und Empathie.

In drei Untersuchungen (Jennen 1978, Gibbs 1978, Kris 1992) zeigte sich eine positive Korrelation von der Qualität der Empathie und der Höhe des Experiencing-Niveaus auf seiten des Therapeuten zu der Höhe des Experiencing-Niveaus auf seiten des Klienten. Eine Untersuchung von McMullin (1972) zeigte, daß selbst wenn Therapeuten angewiesen wurden, absichtlich keine Empathie und positive Wertschätzung auszudrücken, das Experiencing-Niveau der Klienten stieg, wenn ihnen eine Focusinganleitung gegeben wurde.

Die meisten Forscher untersuchten die Wirkung der Interventionen oder der Haltung des Therapeuten auf das Experiencing des Klienten. Andere Untersuchungen beschäftigten sich mit der Wirkung höherer Experiencing-Niveaus der Klienten auf deren Therapeutenwahrnehmung. VanderVeen (1967) beobachtete, daß Klienten mit einem höheren Experiencing-Niveau ihre Therapeuten als kongruenter wahrnahmen. Außerdem erlaubte das Experiencing-Niveau der Klienten eine Vorhersage darüber, wie hoch diese drei Monate später Kongruenz und Empathie ihres Therapeuten einschätzten. Elliott et al. (1982, 1983) stellten eine positive Korrelation fest zwischen Phasen mit hohem Experiencing-Niveau beim Klienten und der Einschätzung durch Therapeut und Klient, daß die darauf folgende Therapeutenaussage hilfreich war. Das Experiencing-Niveau der Klienten könnte also unsere eigene Fähigkeit hilfreich zu sein, beeinflussen.

Bei Untersuchungen mit Therapeuten in der Ausbildung zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Focusing-Training oder Experiencing-Niveau bei den Therapeuten auf der einen Seite und auf der anderen Seite Empathie (Cocoran 1981), der Fähigkeit, eine unterstützende Kommunikation während eines handlungsorientierten Kompetenztrainings aufrecht zu erhalten (Rennie 1985) wie auch der Höhe der Bewertungen durch freiwillige Klienten in den Aspekten Spontaneität, Bereitschaft, mit Gefühl zu reagieren, Wertschätzung und Unterstützung (Swaine 1986).

In Vorher-Nachher-Untersuchungen und Untersuchungen mit Kontrollgruppen zeigten Interventionen anderer therapeutischer Richtungen eine Erhöhung des Experiencing-Niveaus oder der Focusingfertigkeit. Dies betraf gute psychoanalytische Interpretationen (Silberschatz 1977, Fretter 1985), Gestalt (Klein 1970, Greenberg 1980), geleiteten Tagtraum (Smith 1980), Encounter Gruppen-Training (Tetran 1981), Re-Evaluation Co-Counseling (Riemer 1965), Meditation mit

Focusing (King 1979) und GSR-Biofeedback-Training mit Focusing (Henderson 1982). Diese Interventionen erhöhten das Experiencing-Niveau mehr als Focusing-Anleitungen alleine. Die Gestaltarbeit mit zwei Stühlen erhöhte das Experiencing-Niveau stärker, als es eine Focusing-Anleitung mit empathischem Zurücksagen tat. Die Gestaltarbeit erhöhte das Experiencing-Niveau nicht nur, sondern sie brachte es in den Bereich, der Focusing ist. Abgesehen von dieser Untersuchung ist es unklar, inwieweit die Interventionen wirklich die Focusingfertigkeit oder nur die emotionale Beteiligung verstärkten, da neben der Erhöhung des Experiencing-Niveaus keine Daten zu den erreichten Stufen vorliegen.

Focusing-Training für Therapeuten hilft auch ihren Klienten zu fokussieren

Sachse (1990) entwarf ein Trainingsmodell für Therapeuten. Er ging davon aus, daß Therapeuten, die fokussieren können und es außerdem theoretisch verstehen, Klienten besser beim Focusing helfen können. Standardisierte Focusing-Anleitungen sind weniger hilfreich, als wenn der Therapeut seine Focusinginterventionen auf den einzelnen Klienten anpassen kann. Vierzig Therapeuten wurden sechs Monate lang in Focusing trainiert und wurden dann in ihrer Focusingfertigkeit auf der FRS-Skala eingestuft. Anschließend führten die Therapeuten Focusing-Sitzungen mit ihren Klienten durch. Diese Sitzungen wurden dann bezüglich ihrer "Passung" zum Klienten beurteilt - der Fertigkeit des Therapeuten, klientenspezifische Einladungen zum Focusing zu geben. Die Absicht war, den Klienten über die einzelnen Prozeßschritte hin zu einem Felt Shift zu führen. Hierfür muß der Therapeut sowohl den Inhalt als auch den Prozeß empathisch begleiten; Sachse nennt dies "Prozeß-Empathie". Die Focusingfähigkeit des Therapeuten und das Ausmaß seines technischen Verständnisses sagen seine Fähigkeit zur Passung mit einer hoch signifikanten Korrelation von .75 mit $p=.001$ voraus. Zwei weitere Untersuchungen (Sachse 1999) fanden eine hohe Korrelation zwischen der Fähigkeit des Therapeuten zur Passung und der Fähigkeit des Klienten zum Focusing.

Physiologische, auf die Aufmerksamkeit bezogene und kognitive Korrelate von Focusing

Focusing ist ein Art innerer, im Körper begründeter Achtsamkeit. Wir sprechen von einer "körperlich gespürten Bedeutung" unserer Lebenssituationen. Focuser oder Personen mit einem hohen Experiencing-Niveau können physiologische Zustände besser unterscheiden (Kolilis 1988) und der Focusing-Prozeß geht mit Anzeichen körperlicher Entspannung einher (Gendlin 1961, Bernick 1969). Der Felt Shift korreliert mit einer Zunahme der EEG Alpha-Wellen (Don 1977).

Eine Reihe von fünf Untersuchungen (Zimring 1974, 1983, 1985, 1988, 1990) zeigte, daß der erste Focusing-Schritt, Freiraum schaffen, die Leistungen bei komplexen Denkaufgaben, für welche die Aufmerksamkeit auf einen innerlich erzeugten Reiz gelenkt werden mußte, steigerte. Die Idee, daß Focusing nichtautomatisierte kognitive Prozesse verbessert, wird auch von anderen Untersuchungen gestützt. Focuser schnitten besser ab bei Kreativitätsmessungen (Gendlin 1968), Intuition (Vandenbos 1971), flexible Nutzung der Aufmerksamkeit (Oberhoff 1990, Iberg 1990) und konzeptueller Komplexität (Fontana 1980). Focuser konnten ihre Konzentration aufrechterhalten und Ablenkungen widerstehen, während sie auf ihr innerliches körperliches Gefühl achteten (Tamura 1987, Oishi 1989, Oberhoff 1990).

Korrelation zwischen Experiencing-Niveau bzw. Focusing-Fähigkeit und Persönlichkeitsmerkmalen

Personen mit hohem Experiencing-Niveau erwiesen sich als ängstlicher und depressiver (Fishman 1971) und als unsicherer in ihren Bindungen (Halsey 1991). Gleichzeitig zeigen sie aber auch höhere Werte in "Intelligenz, Ich-Stärke, Charakter und Selbstkontrolle, emotionaler Stabilität, Empfindsamkeit und Introvertiertheit" (Gendlin 1968). Sie unterdrücken weniger (Platt 1971, Schneider und Sachse 1991), sie wehren weniger ab (Summers 1980), zeigen mehr Selbstenthüllung (Stiles 1979), attribuieren Schwierigkeiten auf internale und emotionale Ursachen (Fishman 1971) und haben eine größere Fertigkeit, zuvor nicht gewußte Aspekte ihres Selbst zu benennen (Pattyn 1975). Sie sind psychologisch differenzierter (Wexler 1974, Hendricks 1986) und haben eine größere Ich-Stärke (Ryan 1966, Miller 1970, Atkins 1976, Tarule 1978, Warner 1979). Sie verfügen über mehr Selbstbeherrschung und Verständnis (Olsen 1974, Riemer 1975) und reagieren auf Streß mit verstärktem Engagement, statt mit Vermeidung (Stukes 1979, Kabsfird und Birdub 1983, Grindler-Katonah 1999). Diese Beobachtungen ergeben ein gemeinsames Bild. Sie legen nahe, daß Focuser im Rahmen einer stabilen Persönlichkeitsstruktur fähig sind zu einem breiten Spektrum sowohl positiven als auch negativen Erlebens. Sie stellen sich Aufgaben und Problemen eher, als daß sie diese vermeiden oder verdrängen.

Diese Ergebnisse sind für die Therapie wichtig. Sie betreffen die Eigenschaften, die wir unseren Klienten wünschen und die wir als Aspekte einer reifen Persönlichkeit betrachten. Diese Untersuchungsergebnisse stützen auch die Idee, daß es bereits eine wünschenswerte Entwicklung darstellt, wenn man mit Klienten in der Therapie so umgeht, daß sie zu fokussieren lernen.

Die nun folgenden Tabellen geben einen Überblick über die empirischen Forschungsarbeiten.

Wenn nicht anders angegeben, waren alle Untersuchungen auf $p \geq .05$ signifikant.

CCT = Klientenzentrierte Psychotherapie, EXP = Experiencing, FRS = Focusing-Rating-Skala, n.s. = nicht signifikant, PFC = Post-Focusing-Checklist, PFQ = Post-Focusing-Questionnaire, r = Interrater-Reliabilität bezogen auf die Beurteilungen des EXP-Niveaus

Tabelle 1:
Experiencing Niveau und Therapieerfolg

Untersuchung	Experiencing-Ratings	Stichprobe, Therapieform	Ergebnisse
Kirtner & Cartwright 1958	Prozeß-Niveau in 1. Therapiestunde	42 Kl. einer Uni-Beratungsstelle; CCT	Therapieerfolg bzw. -mißerfolg läßt sich schon in der 1. Sitzung aufgrund der Höhe des Prozeß-Niveaus (Experiencing) mittels einer vom Th. angewandten 9-stufigen Skala vorhersagen.
Tomlinson 1959	Prozeß-Skala; Anfangssitzungen ($r = .47-.63$)	20 Kl.; CCT	Hohes Prozeß-Niveau in den Anfangssitzungen korreliert hinsichtlich vieler Kriterien positiv mit dem Therapieerfolg.
Gendlin et al. 1960	Beraterbeurteilung auf Inhalts- und Prozeß-Skala; 7. und letzte Sitzung	39 Kl. einer Uni-Beratungsstelle, 16 klientenzentr. Berater	Die Berater beurteilten erfolgreiche Kl. in 3 Prozeß-Aspekten höher: „drückt Gefühle eher aus, als daß er über sie redet“, „nutzt die therapeutische Beziehung als eine Quelle für neue Erfahrungen“, „nutzt die therapeutische Beziehung als ein Beispiel für Schwierigkeiten, die er auch im Leben hat“. Diese Ergebnisse wurden nur in der letzten Sitzung gefunden, nicht aber in der 7. Sitzung.
Walker et al. 1960	Veränderungen auf der Prozeß-Skala ($r = .83$)	6 Fälle, 3 sehr erfolgreiche und 3 wenig erfolgreiche	Gemäß Berater einschätzung und objektiven Messungen zeigt die Gruppe der Erfolgreichen mehr Veränderung hin zu höheren Prozeß-Niveaus.
Tomlinson & Hart 1962	Prozeß-Skala; frühe und späte Therapiesitzungen ($r = .65$)	5 erfolgreichere, 5 weniger erfolgreiche Kl. (Wiederholung der Walker-Studie)	Hohes Prozeß-Niveau in frühen und späten Sitzungen unterscheidet erfolgreichere von den weniger erfolgreichen Kl. (gemessen mit Erfolgseinschätzungen durch Th. und Kl., Q-Sort). 4 von 5 der erfolgreicheren Kl. lagen bei Stufe 4 oder höher. Von den weniger erfolgreichen Kl. erreichte niemand die Stufe 4.
Truax & Carkhuff 1965	Tiefe der Selbstexploration; Skalen-Einstufung in jeder 5. Sitzung	14 schizophrene Patienten	Je höher die Selbstexploration des Pat., desto höher war der Grad an konstruktiven persönlichen Veränderungen, gemessen mit Vorher-Nacher-Tests und Zeit der stationären Unterbringung.
Ryan 1966	Änderung des EXP-Niveaus ($r = .77$)	32 Kl. einer Uni-Beratungsstelle	Höheres EXP-Niveau der Kl. steht in Bezug zu einem besseren Therapieerfolg, gemessen mit der Hunt-Kogan-Bewegungs-Skala und den Abschlußbeurteilungen der Berater bezüglich der Selbstwahrnehmung der Kl.
Rogers et al. 1967	durchschnittliches EXP-Niveau während des Behandlungsverlaufs ($r = .76; .79$)	14 schizophrene Patienten, Kontrollgruppe	Experiencing-Niveau korreliert positiv mit dem von Th. und Kl. eingeschätzten Therapieerfolg, dem MMPI-Wert und der Kürze des Krankenhausaufenthalts.
Tomlinson 1967	EXP-Skala	schizophrene und neurotische Kl.	Erfolg korreliert mit dem Zuwachs im EXP-Niveau. Bei neurotischen Kl. höher als bei psychotischen Kl.
VanderVeen 1967	Prozeß-Skala; Fallmittelwerte von 5 Therapiesitzungen verteilt über gesamte Therapie	15 schizophrene Pat., untersucht in Untergruppen der erfolgreichsten und erfolglosesten Pat.	Erhöhtes Mittel im Prozeß-Niveau geht mit einem besseren Therapieerfolg, positiven Veränderungen im MMPI und entsprechenden klinischen Ratings einher. Die Untergruppe der Erfolgreichsten wies die meisten Pat. mit hohen Prozeß-Skalenwerten auf.

Untersuchung	Experiencing-Ratings	Stichprobe, Therapieform	Ergebnisse
Gendlin et al. 1968	EXP-Skala; frühe Sitzungen	Nachanalyse von 8 neurot. und 12 schizophrenen Kl.	Höheres EXP-Niveau während der ersten Sitzungen geht einher mit größerem Therapieerfolg. Die Gruppe der Schizophrenen begann mit einem niedrigeren EXP-Niveau.
Fishman 1971	EXP-Skala ($r=.92$); späte Sitzungen (frühe Sitzungen n.s.)	psychodynamisch	Th.- und Kl.-Einschätzungen sowie unabhängige Erfolgsmessungen korrelieren mit der Höhe des EXP-Niveaus in späten Sitzungen.
Kiesler 1971	EXP-Skala; 1.-30. Sitzung ($r=.79$) (Neuanalyse von Rogers Daten zu psychotischen Kl.)	38 Kl.: 12 psychotisch, 26 neurotisch; CCT, Adlerianisch, Freudianisch und eklektisch	In beiden Kl.-Gruppen hatten die erfolgreicheren ein höheres EXP-Niveau. Erfolgreiche Neurotische hatten das höchste EXP-Niveau, weniger erfolgreiche das zweithöchste, gefolgt von den erfolgreichen Schizophrenen. Neurotische wiesen ein höheres EXP-Niveau auf als Schizophrene. Es gab keine Überlappungen. Das Mittel aller Klienten lag insgesamt niedrig (1.77-2.44).
Custers 1973	EXP-Skala; späte Sitzungen (frühe Sitzungen n.s.)	neurotische Kl.	Stärkere Veränderung hin zu einem höheren EXP-Niveau während des Therapieverlaufs hängt zusammen mit einem besseren Therapieerfolg, gemessen mit MMPI und Q-Sort.
Bommert & Dalhoff 1978	EXP-Niveau von frühen und mittleren Sitzungen	neurotische Kl.	Die Erfolgreichen hatten in den mittleren Sitzungen ein Mittel von 4.18, die weniger erfolgreichen von 3.51. Der Unterschied in den frühen Sitzungen war nicht signifikant.
Jennen 1978	späte Sitzungen ($r=.80$)	13 Pat.	Höheres EXP-Niveau hing mit einem besseren Therapieerfolg zusammen, gemessen mit der Inner Support scale of Personal Orientation Inventory.
Greenberg & Rice 1981	EXP-Niveau während der Arbeit mit zwei Stühlen	Gestalt	Während der gespaltenen Situation auf beiden Stühlen niedriges, bei der Auflösung hohes EXP-Niveau.
Luborsky 1982	EXP-Skala	psychodynamisch	Die Stichprobe als ganze war nicht signifikant. Die Teilstichprobe der erfolgreichen männlichen ambulanten Patienten hatten höhere Spitzenwerte in ihrem EXP-Niveau.
Nixon 1982	EXP-Skala	Primärtherapie	Klienteneinschätzungen zum Erfolg der Vortherapie-Beratungssitzungen korrelierten mit dem EXP-Niveau.
Elliott et al. 1982, 1983	EXP-Skala; Durchschnitt über 10 Therapiesitzungen	eklektisch-psychodynamische Einzelfallstudie	Hohes EXP-Niveau korreliert hoch mit der Einschätzung des Klienten zum Gesamterfolg der Therapie.
Greenberg 1983	EXP-Niveau während Arbeit mit 2 Stühlen	Gestalt	Höheres EXP-Niveau bei 14 Situationen mit Problemauflösung als bei 14 Situationen ohne Auflösung.
Ikemi 1986	EXP-Niveau der erfolgreichsten u. erfolglosesten Sitzungen	5 Paare in 5 Focusing-Sitzungen	Focuser wählten die erfolgreichsten und erfolglosesten Sitzungen. Das EXP-Niveau war in den erfolgreichsten Sitzungen höher.
Johnson & Greenberg 1988	EXP-Skala	Focusing für Ehepaare	Gute Ergebnisse gingen mit höherem EXP-Niveau während des "Tadelns des Partners" einher.
Kubota & Ikemi 1991	EXP-Ratings von Video-Sequenzen	18 Ärzte und 14 Studenten	Sitzungen wurden von Kl. als erfolgreicher gewertet, wenn Kl. höhere EXP-Spitzenwerte erreicht hatten.
Warwar 1996	1 Sitzung mit hohem und 1 mit niedrigem EXP-Niveau bei jedem Kl.	16 depressive Kl.; 16-20 Sitzungen unterteilt in CCT und experientiel	Höhe des EXP-Niveaus während der Sitzungen korreliert positiv mit Therapieerfolg der Sitzung unabhängig von der Therapieform.
Goldman 1997	2. Sitzung: Experiencing-Niveau, 2. Therapiehälfte: themenbezogene EXP-Einschätzungen ($r=.78$)	35 depressive Kl.; 17 CCT, 18 experientiel	Hohes EXP-Niveau in der 2. Sitzung sagt Therapieerfolg voraus. Themenbezogenes EXP auf Stufe 4 und noch mehr auf Stufe 6 während der zweiten Therapiehälfte korreliert mit Erfolg im BDI, Symptom-Checklist-90R und bei Stufe 6 auch in der Selbstwert-Einschätzung nach Rosenberg.

Tabelle 2:
Focusing und Therapieerfolg

Untersuchung	Behandlungsform	Stichprobe	Meßinstrumente	Ergebnisse
Weitzman 1967	Focusing-Desensibilisierung	Fallstudien von 3 Patienten	Selbstauskunft Et in vivo Verhalten	Desensibilisierung fand statt.
Yakin 1970	Concrete Effect Scale (Effekte der Th.-Aussagen auf KI.-Focusing-Niveau), Th. Set Scale (Bezugsrahmen)	16 vollständige Therapiefälle, 8 CCT und 8 Psychoanalyse	CCT-Gruppe: KI-Beurteilung, TAT adjustment: Self-Ideal, Q-Sort, Analytische Gruppe: Pat. und Th.-Final Questionnaire	In beiden Gruppen bei erfolgreichen Fällen höheres Focusing-Niveau bei den KI. und mehr Th.-Reaktionen auf das unmittelbar empfundene Erleben des KI.
Hinterkopf Et Brunswick 1975	Training in Focusing und Listening in Paaren, 8 Sitzungen	42 psychotische stationäre Pat., Kontrollgruppe	Discharge Readiness Inventory	besser an die Gemeinschaft angepaßt
Hinterkopf Et Don 1975	Pretherapy, experientielle wöchentliche Einzelsitzungen während 6 Monaten	20 stationäre chronisch Schizophrene, Kontrollgruppe	Pretherapy-Fragebogen und Pretherapy-Beurteilungsskala (r=.85)	verringertes pathologisches Verhalten, vermehrter Realitätskontakt und emotionale Worte
Gray 1976	1) Entspannungshypnose mit Problemlösungssuggestion 2) Focusing 3) Entspannungshypnose mit Focusing	60 ambulante psychotische, neurotische, schizophrene KI., 78% mit psychotroper Medikation	PFO (r=.75), PFC, STAI, Means-Ends Problem Solving (MEPS)	verringerte Angst und verbessertes Problemlösen in allen Gruppen, keine Unterschiede zwischen den Gruppen
Dosamantes-Alperson 1980	Experientielle Bewegungstherapie	neurotische KI.	Persönliche Orientierungsskala, Körper Kathexis Skala	im Vorher-Nacher-Vergleich besser
Greenberg Et Higgins 1980	Gestalt vs. Focusing, Kontrollgruppe	je 14 KI. in jeder Gruppe und in Kontrollgruppe, 7 Therapeuten	Änderung in der Wahrnehmung des angegebenen Leidens, EXP-Niveau (r=.83)	Focusing- und Gestaltgruppe zeigten Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe, Gestaltgruppe wies höheres EXP-Niveau auf als Focusinggruppe
Egendorf 1982	Training in Focusing und Listening	23 chronisch schizophrene stationäre Patienten	schriftliche und mündliche Bewertung durch Klinikpersonal und Patienten	beide "überwältigend gut"
Elliot 1990	Experientielle Th. (Focusing + andere Interventionen)		Becks Depressions Inventar, Symptom-Checklist-90	Veränderungseffekte vergleichbar mit Untersuchungen zur VT
Sachse 1990	CCT/Experientielle Th., mittlere Therapiesitzungen	80 neurotische KI., 30 Therapeuten	Persönlichkeitstests, Therapeuten beurteilen auf einer Klienten-Prozeß-Skala	Die in beiden Messungen erfolgreicheren KI. zeigten ein höheres EXP-Niveau.
Sachse 1990	CCT/Experientielle Th., mittlere Therapiesitzungen	neurotische KI.	Klienten-Prozeß-Skala, Therapeuten-Prozeß-Skala	Im Erfolgsfall machten die Th. mehr Vertiefungsangebote; die erfolgreichen KI. akzeptierten die Angebote zu einem höheren %.
Sherman 1990	Experientielle Erinnerung vs. herkömmliche Erinnerung	104 ältere Menschen, Kontrollgruppe	Type of Life Review, EXP-Skala	Wechsel von Vermeidung hin zu Sich-Stellen, selbständige Fortführung der Gruppen
Sachse 1992	CCT plus Focusing vs. CCT allein; die Focusing-sitzungen wurden auf der FRS eingestuft	50 neurotische KI., 5 Therapeuten	Erfolgseinschätzung durch die Th., Fragebogen zur Veränderung von Verhalten und Erleben der KI., Klienten-Bewertungen	CCT plus Focusing war erfolgreicher; hohes Focusing in der ersten Sitzung sagte einen besseren Therapieerfolg vorher.

Untersuchung	Behandlungsform	Stichprobe	Meßinstrumente	Ergebnisse
Weld 1992	Focusing, RET und Kontrollgruppe	Streß-Management	Symptom-Checklist-90-R	RET und Focusing gleich und besser als Kontrollgr.
Ito et al. 1994	Focusing	Kinder (9-10) während 2 Jahren	Selbst-Fragebogen	Verständnisvoller Umgang mit sich selbst, Wohlfühlen im Körper
Wolfus & Bierman 1994	1) Assaultive RWV Focusing Group 2) Assaultive w no RWV 3) Non-assaultive w no RWV	Gefängnisinsaßen	Conflict Tactics Scale, Personality Research Form, Aggression Scale, PRF Defendance Scale	Verbesserungen in allen Messungen im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen, Reduktion von Gewalt und Aggression
Goldman et al. 1996	RWV groups	48 Gefängnisinsaßen	State-Trait Ärger-Ausdrucks-Inventar	zunächst bei Rangskalenwerten von über 90%, nach der RWV im normalen Bereich
Leijssen 1996	Experientielle Psychotherapie	Uni-Beratungsstelle, 102 Sitzungen	von Kl. oder Th. als positiv oder negativ bewertete Sitzungen	75% der positiv und 33% der negativ bewerteten Sitzungen wiesen Focusing auf.
Leijssen 1996	Experientielle Psychotherapie	Uni-Beratungsstelle, 8 Kl.	erfolgreiche Beendigung innerhalb von 20 Sitzungen oder weniger	Jede Sitzung wies Focusing auf.
Hostein & Flaxman 1997	Focusing vs. Kognitive Verhaltenstherapie		% des Gewichtsverlusts	Focusing hatte das bessere Endergebnis.
Greenberg & Watson 1998	Focusing im Rahmen des "process experiential approach"		Becks Depressions Inventar	Veränderungseffekte vergleichbar mit Untersuchungen zur VT
Iberg 1998	Focusing-Therapie	38 Kl., 4 Th.	Symptom-Checklist, Evaluationsbogen (QQ45.2), Th.-Beurteilungen der Kl.-Prozesse	Kl.-Beurteilungen zu 2 Focusing-Indikatoren unterschieden die Verbesserungen auf dem QQ45.2; dasselbe gilt für richtig/falsch-Beurteilungen der Th. zum Kl.-Prozeß.
Shiraiwa 1998	Focusing plus Körperentspannung	von Radiologen überwiesene Krebspatienten, 3 Gruppen, n=6/Gruppe	Vorher-Nacher-Fragebogen zum Profil der Stimmungszustände	Verringerung in Anspannung, Angst, Depression, Erschöpfung, Konfusion, Anwachsen der Lebenskraft
Grindler Katonah 1999	6 Einzelsitzungen Focusing, Kontrollgruppe von der Warteliste	12 Krebspatienten paarweise zugeordnet	PFC (r=:.84), MMPI Depressions Skala, Hardiness Scale, Grindler Body Image Scale	Weniger Depression und besseres Körperbild im Vergl. zur Kontrollgruppe, klinische Verbesserungen in allen Vorher-Nacher-Messungen bei der Focusing-Gruppe

Tabelle 3:
Steigerung des Experiencing-Niveaus und der Focusing-Fähigkeit

Untersuchung	Behandlungs- bzw. Trainingsform	Stichprobe, Meßinstrumente	Ergebnisse
Riemer 1965	1) Reevaluation Co-Counseling Training plus sich wöchentlich treffende Paare 2) Einzelberatung plus Gruppentreffen zur Nachbesprechung der mit der Beratung verbundenen Gefühle	48 College-Studenten; PFQ, PFC	Beide Gruppen erhöhten ihre Focusing-fähigkeit; es gab keinen Unterschied zwischen den Gruppen.
Schoeninger 1965	EXP-Training, 1 Sitzung	32 Studenten; EXP-Skala	Erhöhung des EXP-Niveaus während des ersten Teils von therapieartigen Interviews ($r=.75-.77$)
VanderVeen 1967	kongruente, empathische und wertschätzende Th.	15 stationäre schizophrene Patienten	Pat. mit einem höheren Bearbeitungsniveau nahmen Th. als kongruenter wahr; das Bearbeitungsniveau in den ersten Sitzungen sagte die drei Monate später wahrgenommene Haltung des Th. voraus.
Platt 1969	1) Focusing 2) Wachsuggestio, Focusing gut zu können 3) Hypnose, dann F. 4) F. während Hypnose	120 College-Studenten, alle erhielten Focusing-Instruktionen in Sitzung 1 und 2, dann Wachsuggestio bzw. Hypnose in 3 und F. wiederum in 4 und 5; PFQ ($r=.95$), PFC	Die Gruppe 2 (Focusing + Wachsuggestio) schnitt am besten ab, Hypnose (Gruppe 4) verhinderte Focusing.
Klein 1970	Gestalt-Training	Versuchspersonen	Anstieg des EXP-Niveaus
Yakin 1970	Th. mit hohem und niedrigem EXP-Niveau; Focusingtraining vs. Kontrollgruppe	8 CCT-Fälle, 8 psychoanalytische Fälle	Th., die auf das unmittelbare Erleben des Kl. reagierten, erzeugten ein höheres EXP-Niveau; Focusing-Training vor der Sitzung erhöhte ebenfalls das EXP-Niveau.
VandenBos 1973	1) nur Focusing 2) Desensibilisierung plus Focusing 3) Affective Association plus Focusing 4) Kontrollgruppe	78 Nicht-Focuser identifiziert durch PFC, 2 Sitzungen in jeder Trainingsform	Focusing stieg im Vergleich zur Kontrollgruppe bei allen 3 Trainingsformen an; zwischen den 3 Trainingsformen gab es keinen Unterschied.
Hinterkopf & Brunswick 1975	Focusing- und Listening-Training in Paaren, 8 Sitzungen	42 psychotische stationäre Patienten, Kontrollgruppe	Zunahme der Focusing- und Listening-Fertigkeiten bei Sprecher und Helfer
Olsen 1975	Focusing mit Imagination und Entspannungsanleitung	26 Psychotherapie-Kl.; EXP-Skala, PFC, IF	Das EXP-Niveau ($r=.76-.80$) nahm während des Trainings zu, die meisten erreichten Stufe 4; 67% der Nicht-Focuser lernten während des Trainings zu fokussieren; je höher die Focusing-Fähigkeit während des Trainings war, desto länger hielt sie auch nach dem Training an.
Bierman et al. 1976, Bierman & Lumly 1973	Kommunikations-Workshop, 16 Sitzungen	3 Stichproben; Gewandtheit im Beruf	Erhöhung des EXP-Niveaus in jeder Stichprobe
Silberschatz 1977, 1981	richtiger Umgang mit Übertragung	Therapiepatienten	Anstieg des EXP-Niveaus

Untersuchung	Behandlungs- bzw. Trainingsform	Stichprobe, Meßinstrumente	Ergebnisse
Gibbs 1978	Th. mit hohem und niedrigem EXP-Niveau; Focusing vs. Herumkritzeln	Kl. einer Aufnahmeliste einer freien Klinik; EXP-Skala bei Th. und Kl.	Während Sitzungen mit Th. mit höherem EXP-Niveau hatten Kl. ein höheres EXP-Niveau; das höchste Niveau wurde erreicht, wenn ein vorausgehendes Focusing-Training und ein Th. mit hohem EXP-Niveau zusammenkamen.
Jannen et al. 1978	Sequenzen mit genau treffender Empathie des Th.	Therapiepatienten	Kl. zeigten in diesen Sequenzen ein höheres EXP-Niveau.
Hinterkopf & Brunswick 1979	Focusing- und Listening-Training in Paaren, 8 Sitzungen	21 akute und chronische schizophrene Patienten	Zunahme auf einer Skala, die die Focusing- und Listening-Fertigkeiten bei Sprecher und Helfer mißt
King 1979	Meditationsgruppe, Kontrollgruppe	Studenten; PFQ und PFC	Meditationsgruppe stieg im Vergleich zur Kontrollgruppe in ihrer Focusingfähigkeit.
Clark 1980	Focusing-Anleitung nach einer Anfangsperiode	Psychotherapie-Kl.; EXP-Skala	Erhöhung des EXP-Niveaus nach Focusing-Anleitung
Greenberg 1980	Gestalt (Dialog mit 2 Stühlen) vs. Focusing plus empathische Antworten		Gestalt führte zu höherem EXP-Niveau.
Smith 1980	geleiteter Tagtraum, Placebo, Kontrollgruppe	19 Therapiepatienten	Tagtraumgruppe stieg in ihrem EXP-Niveau mehr als Placebo- und Kontrollgruppe.
Hinterkopf 1981	Focusing- und Listening-Training in Paaren, 8 Sitzungen	psychotische Patienten	Zunahme des EXP-Niveaus, Zunahme korreliert mit dem Erfolg
Tetran 1981	Encounter-Gruppen-Training	Versuchspersonen	Erhöhtes EXP-Niveau
Elliot et al. 1982, 1983	Hohe Empathie des Th., hilfreiches EXP, Tiefe	Einzelfallstudie	Korrelation mit einer bleibenden Erhöhung des EXP-Niveaus des Kl.
Henderson 1982	GSR Biofeedback plus Focusing	Versuchspersonen	höhere Zunahme des EXP-Niveaus als mit Focusing alleine
Fretter 1985	treffende psychoanalytische Deutungen	Therapiepatienten	EXP-Niveau stieg nach der Deutung.
Sachse 1990	Bearbeitungsangebote des Th., Th. versucht das EXP-Niveau des Kl. zu erhöhen	152 Kl. in mittlerer Therapiephase, 51 Th.; Kl.- und Th.-Prozeßskala (EXP-Niveau)	Vertiefungsangebote des Th. führten bei den Kl. in 70 % der Fälle zu einer Vertiefung des EXPs; verflachende Bearbeitungsangebote führten die Kl. in 73% der Fälle zu einer flacheren Bearbeitung.
Sachse 1990	Bearbeitungsangebote des Th.	48 Kl. in mittlerer Therapiephase, 48 CCT-Therapeuten; dieselben Messungen wie oben plus Textanalyse	Th. hatten den größten Effekt, wenn sie auf den Kern der Kl.-Aussage antworteten; ein Mißverstehen der Kl.-Aussage führte in 82% der Fälle zu einer Verflachung der Bearbeitung.
Sachse	Focusing-Trainings-Programm für Therapeuten	40 sechs Monate lang trainierte Therapeuten	Je besser Th. Focusing selbst konnten, desto mehr konnten sie ihren Kl. beim Focusing helfen.
Tamura 1990	130 Focusing-Sitzungen	faktorenanalytierte Fragebögen	Die Klienten bestimmten „Focuser-Begleiter-Resonanz“ (Begleiter bezieht sich auf das Erleben des Klienten) und „sicheren Ort“ (richtiger Abstand) als zusammenhängend mit erfolgreichem Focusing.
McCurry 1991	Ausmaß der Verwendung von Metaphern		Eine stärkere Verwendung von Metaphern erhöht das EXP-Niveau der Kl.

Untersuchung	Behandlungs- bzw. Trainingsform	Stichprobe, Meßinstrumente	Ergebnisse
Kria et al. 1992	Th. mit höherem EXP-Niveau als Kl.	Rogers Therapiesitzung mit Gloria	EXP-Niveau der Klientin stieg an.
Leijssen 1996	Focusing-Training, anleitende und offene Fragen	24 erfolglose Kl.; 24 Transkripte, EXP-Skala	Alle erhöhten ihr EXP-Niveau während des Trainings, 2 blieben gleich.
Iberg 1996	CCT/experientielle Therapie, Th.-Fragen zum Bezugsrahmen vs. empathischer Klärung	Klienteneinschätzung zur Focusingwirkung, Art der Therapeutenintervention	Focusingartige Fragen während eines Viertels der Sitzung ließ eine höhere Focusingwirkung vorhersagen.
Durak et al. 1997	Focusing-Training	20 Psychotherapie-Kl.; EXP-Skala	Im Vorher-Nachher-Vergleich stieg das EXP-Niveau an; dieser Anstieg korrelierte mit dem Therapieerfolg.
Morikaya 1997	Focusing-Sitzung	31 Studenten; faktorenanalyse- Fragebögen	„Vertrauen in das eigene Erleben,“ „in Kontakt mit dem eigenen Erleben sein“ und „Freiraum schaffen“ half den Stud., Focusing im Alltag zu nutzen.
Studenten von Sachse 1999	CCT/experientielle Therapie	Anpassungsfähigkeit des Th.; FRS	hohe Korrelation zwischen der Fähigkeit des Th., Focusinganleitungen an den einzelnen Kl. anzupassen und der Fähigkeit des Kl. zu fokussieren

Anhang B: Erläuterung einiger Begriffe

Die folgenden, in diesem Artikel häufig vorkommenden, englischen Begriffe lassen sich nicht ohne weiteres ins Deutsche übersetzen. Deshalb wird ihre Bedeutung hier kurz erläutert. Die Literaturhinweise helfen, sie in ihrem Zusammenhang mit Gendlins Theorie und Praxis tiefer zu verstehen. Im Text sind die hier erläuterten Begriffe mit * gekennzeichnet.
Die Übersetzer

avenues

sind Zugänge zum impliziten Erleben bzw. zum Felt Sense und zugleich dessen Symbolisierungs- und Ausdruckswege. Verschiedene Therapierichtungen haben sich auf einzelne *avenues* spezialisiert (Gesprächstherapie, Körpertherapie, Kathym-*imaginative* Therapie, Familientherapie etc.). Focusing-orientierte Therapie zeigt, wie alle *avenues* benützt werden können, um erlebte Veränderungsschritte zu ermöglichen. Insofern stellt sie ein integratives Metamodell der Psychotherapie dar. (Gendlin&Wiltschko 1997, Gendlin 1998b)

carrying forward

weitertragen, vorantragen, fortsetzen; ein Konzept in Gendlins Experiencing-Theorie und Philosophie, das eine spezielle, vorwärtsgerichtete Wechselwirkung zwischen implizitem und explizitem Erleben beschreibt. Sie bringt erlebte Veränderungsschritte hervor, die einer besonderen, nicht-logischen Ordnung (*order of carrying forward* oder *responsive order*) folgen. Diese lebendigen Prozessen, also auch Focusing-Prozessen, innewohnende Fortsetzungsordnung hat Gendlin genau beschrieben (z.B. Gendlin 1964, 1997, Gendlin & Wiltschko 1999).

experiencing

Gendlins Übersetzung von Wilhelm Diltheys Begriff „Erleben“; das konkret vor sich gehende Erleben als Prozeß (im Gegensatz zu dem Erlebnis oder der Erfahrung als einem Inhalt des *experiencing*). In seiner Experiencing-Theorie hat Gendlin Funktionen und Stile des *experiencing* beschrieben und in Zusammenhang mit dem Prozeß der Persönlichkeitsveränderung gebracht (Gendlin 1962, 1964).

experiential

erlebensbezogen, erlebensorientiert, experientiell; ein Adjektiv, das die meisten Konzepte und Methoden, die Gendlin entwickelt hat, charakterisiert.

experiential psychotherapy

Richtung der Psychotherapie, die Gendlin als Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie begründet hat (Gendlin 1966, 1973, 1974). Seit 1996 nennt er sie *focusing-oriented psychotherapy* (Gendlin 1998b). Im DAF wird diese Therapierichtung weiterentwickelt und Focusing-Therapie genannt (Wiltschko 1995).

felt sense

gefühlter Sinn, gespürte Bedeutung; zentrales Konzept in Gendlins Theorie des Erlebens, in seiner Philosophie und psychotherapeutischen Praxis; körperliche *Befindlichkeit* (Heidegger), die sich immer auf eine konkrete Situation bezieht und sie gleichzeitig miterschafft; implizites Erleben, auf das man sich im Focusing als ein Etwas bezieht, es wahrnimmt und damit verweilt.

felt shift

gefühlte Bewegung, gespürter Schritt; Erlebensveränderung, die geschieht, wenn man mit einem Felt Sense verweilt und dieser durch eine adäquate Symbolisierung vorangetragen wird (*carrying forward*); wird als körperliche Erleichterung, Energiezustrom, größere Klarheit (Einsicht) oder Handlungsimpuls erlebt.

implicit

implizit, eingefaltet; implizites Erleben ist schon gespürt aber noch nicht gewußt, es ist noch nicht geformt, vorbegrifflich und enthält Bedeutung; der Anteil an implizitem Erleben im *experiencing* ist weitaus größer als der des *expliziten* (schon geformten, gewußten, ausdrückbaren) Erlebens. Der Focusing-Prozeß besteht aus einer wohlgeordneten Interaktion zwischen implizitem und explizitem Erleben. (Gendlin 1962, 1964)

listening

wörtlich zuhören; benennt eher eine Haltung als ein Verhalten; diese Haltung ist achtsam und absichtslos, empathisch und akzeptierend; sie bezieht sich auf das eigene Erleben und auf Erleben und Person des Klienten. (Gendlin 1998a)

respond

antworten auf das Erleben des Klienten; dieses Antworten geht von der Resonanz (Felt Sense) des Therapeuten auf den Klienten aus und nicht von vorgefaßten Meinungen oder Konzepten über den Klienten (Gendlin 1968); auch: Antworten auf das eigene Erleben im Sinn von auf es Bezug nehmen und es symbolisieren.

Gendlin, E.T. (1962, 1996²). *Experiencing and the Creation of Meaning. A Philosophical and Psychological Approach to the Subjective*. Evanston: Northwestern University Press

Gendlin, E.T. (1964). A Theory of Personality Change. In P. Worchel, D. Byrne (Eds.), *Personality Change*, 100-148. New York: John Wiley. - Deutsch (Auszug) (1992): Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Übersetzt von J. Wiltschko. *Focusing Bibliothek, Studentexte 1*. Würzburg: DAF

Gendlin, E.T. (1966). Existentialism and Experiential Psychotherapy. In C. Moustakas (Ed.), *Existential Child Therapy*, 206-246. New York: Basis Books

Gendlin, E.T. (1968). The Experiential Response. In E. Hammer (Ed.), *Interpretation in Therapy*, 208-227. New York: Grune and Stratton

Gendlin, E.T. (1973). Experiential Psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current Psychotherapies*, 317-352. Itasca: Peacock

Gendlin, E.T. (1974). Client-Centered and Experiential Psychotherapy. In D.A. Wexler, L.N. Rice (Eds.), *Innovations in Client-Centered Therapy*, 211-246. New York: John Wiley

Gendlin, E.T. (1997). The Responsive Order: A New Empiricism. *Man and World* 30, 383-411; www.focusing.org

Gendlin, E.T. (1998a). *Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Reinbeck: Rowohlt

Gendlin, E.T. (1998b). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1997). Brauchen wir eine Focusing-Therapie? *Focusing Bibliothek, Studentexte 3*. Würzburg: DAF

Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Wiltschko, J. (1995). Focusing-Therapie. *Focusing Bibliothek, Studentexte 4*. Würzburg: DAF

Wiltschko, J. (2000). Stichworte zu Focusing und zu Focusing-Therapie. In G. Stumm, A. Pritz (Hg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien/New York: Springer

Literaturverzeichnis

(Es wurden nicht alle physiologischen und Persönlichkeits-Studien aufgenommen.)

- Adams, K. (1999). The effects of therapist's experiential focus (Doctoral dissertation, York University). Dissertation Abstracts International
- Atkins, S.R. (1976). Experiencing and ego development (Doctoral dissertation, University of Chicago). Dissertation Abstracts International
- Bernick, N., Oberlander, M. (1969). Effect of verbalization and two different modes of experiencing on pupil size. *Perception and Psychophysics*, 3, 327-339
- Bierman, R., Davidson, B., Finkleman, L., Leonidas, J., Lumly, C., Simister, S. (1976) Toward meeting fundamental human needs: Preventive effects of the Human Service Community. Unpublished report. Guelph (Ontario)
- Bommert, H., Dahlhoff, H.D. (1978). Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München: Urban Et Schwarzenberg
- Corcoran, K. (1981). Experiential focusing and human resource development: A comparative study of pre-conceptual and conceptual approaches to the training of empathy. Dissertation Abstracts International, DAI-A 42/01, 384. (University Microfilms No. AAC 8112725)
- Clark, D. (1980). Effects of experiential focusing with psychotherapy patients. Dissertation Abstracts International, (University Microfilms No. 8017688)
- Custers, A. (1973). De manier van ervaren in het therapeutisch proces. *Psychologica Belgica*, 13, 125-138. Cited in Klein et al (1969), The experiencing scale
- Davis, M., Hadiks, D. (1990). Nonverbal behavior and client state changes during psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 340-351
- Davis, M., Hadiks, D. (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 393-405
- Don, N.S. (1977). The transformation of conscious experience and its EEG correlates. *Journal of Altered States of Consciousness*, 3
- Dosamantes-Alperson, E. (1980). Growth effects of experiential movement psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 63-68
- Durak, G., Bernstein, R., Gendlin, E.T. (1996). Effects of focusing training on therapy process and outcome. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 15, 7-14
- Egendorf, A., Jacobson, L. (1982). Teaching the very confused how to make sense: An experiential approach to modular training with psychotics. *Psychiatry*, 45,4, 336-350
- Elliott, R., Cline, J., Shulman, R. (1982). Effective processes in psychotherapy: A single case study using four evaluative paradigms. Unpublished manuscript, University of Toledo
- Elliott, R., Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P.L. (1983). A sequential analysis of empathy and experiencing: A case study. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Sheffield, England
- Elliot, R., Clark, C., Wexler, M., Kemeny, M., Brinkerhoff, V., Mack, C. (1990). The impact of experiential therapy of depression: Initial results. In F. Lietaer, J. Rombauts, R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (549-577). Leuven: Leuven University Press
- Fishman, D. (1971). Empirical correlates of the experiencing scale. Paper presented at the American Psychological Association, Washington D.C.
- Fretter, P.B. (1985). The immediate effects of transference interpretations on patients' progress in brief psychodynamic psychotherapy (Doctoral dissertation, University of San Francisco). Dissertation Abstracts International
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel, D. Byrne (Eds.), *Personality change* (102-148). New York, John Wiley & Son
- Gendlin, E.T. (1966). Research in psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that "illness". *American Journal of Psychotherapy*, XX, No., 1, 4-16
- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy*. New York: Guilford Press
- Gendlin, E.T. (1997). A process model. New York, The Focusing Institute: www.focusing.org
- Gendlin, E.T., Jenney, R., Shlien, J.M. (1960). Counselor ratings of process and outcome in client-centered therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 73-77
- Gendlin, E.T., Berlin, J.I. (1961). Galvanic skin response correlates of different modes of experiencing. *Journal of Clinical Psychology*, 17(1), 73-77
- Gendlin, E.T., Beebe III, J., Cassens, J., Klein, M., Oberlander, M. (1968). Focusing ability in psychotherapy, personality, and creativity. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy: Vol. III*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Gendlin, E.T., Zimring, F. (1994). The qualities or dimensions of experiencing and their change. *The Person-Centered Journal*, 1(2), 55-67
- Gibbs, B. (1978). Effects of therapist and subject experiencing levels on the therapeutic process (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology). Dissertation Abstracts International
- Goldman, R. (1997). Change in thematic depth of experiencing and outcome in experiential psychotherapy (Doctoral dissertation, York University). Dissertation Abstracts International
- Gray, J.P. (1976). The influence of experiential focusing on state anxiety and problem-solving ability. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Los Angeles
- Greenberg, L.S. (1980). An intensive analysis of recurring events from the practice of Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 143-152
- Greenberg, L.S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in Gestalt intervention. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 190-201
- Greenberg, L.S., Higgins, H. (1980). The differential effects of two-chair dialogue and focusing on conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 221-225
- Greenberg, L.S., Rice, L. (1981). The specific effects of a Gestalt intervention. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 31-37
- Greenberg, L.S., Watson, J.C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224
- Grindler Katonah, D., Flaxman, J. (1999). Focusing: An adjunct treatment for adaptive recovery from cancer. Unpublished manuscript, The Illinois School of Professional Psychology

- Halsey, C.M. (1991). Security of attachment in adulthood (Doctoral dissertation, The Wright Institute). Dissertation Abstracts International, DAI-B52/05, 2774
- Henderson, J. (1982). The effect of training with biofeedback and experiential focusing on increasing experiencing ability (Doctoral dissertation, University of Southern California). Dissertation Abstracts International
- Hendricks, M.N. (1986). Experiencing level as a therapeutic variable. In *Person-Centered Review: Vol. 1*. Sage Publications
- Hendricks, M.N., Cartwright, R.D. (1978). Experiencing level in dreams: An individual difference variable. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15(3)
- Hinterkopf, E., Brunswick, L.K. (1975). Teaching therapeutic skills to mental patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12(1), 8-12
- Hinterkopf, E., Brunswick, L.K. (1979). Promoting interpersonal interaction among mental patients by teaching them therapeutic skills. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 3(1), 20-26
- Hinterkopf, E., Brunswick, L.K. (1981). Teaching mental patients to use client-centered and experiential therapeutic skills with each other. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18(3), 394-402
- Holstein, B., Flaxman, J. (1996). The Effect of focusing on weight loss. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 15(2), 29-46
- Iberg, J.R. (1990). Ms. C's focusing and cognitive functions. In G. Lietaer, J. Rombauts, R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (173-204). Leuven: Leuven University Press
- Iberg, J.R. (1998). Exploring the relationships between focusing-oriented therapy and the OQ 45.2. Unpublished manuscript
- Ikemi, A., Kira, Y., Murayama, S., Tamura, R., Yuba, N. (1986). Rating the process of experiencing: The development of a Japanese version of the experiencing scale. *The Japanese Journal of Humanistic Psychology*, 4, 50-64
- Jennen, M.G. (1978). Relationship and interaction between therapist conditions, client depth of experiencing during therapy and constructive personality change in individual psychotherapy. Unpublished manuscript
- Johnson, M.E., Greenberg, L.S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-183
- Kiesler, D.J. (1971). Patient experiencing level and successful outcome in individual psychotherapy of schizophrenics and psychoneurotics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 370-385
- King, J.W. (1979). Meditation and the enhancement of focusing ability. Unpublished doctoral dissertation, Northwestern University, Evanston, Illinois
- Kirtner, W.L., Cartwright, D.S. (1958). Success and failure in client-centered therapy as a function of initial in-therapy behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 329-333
- Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J. (1969). *The experiencing scale: A research and training manual*. Madison, Wisconsin: Wisconsin Psychiatric Institute
- Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P., Kiesler, D.J. (1986). The experiencing scales. *The psychotherapeutic process: A research handbook*, 21-71
- Kubota, S., Ikemi, A. (1991). The manner of experiencing and the perceived relationship: A study of one-shot interviews. *The Japanese Journal of Humanistic Psychology*, 9, 53-66
- Lambert, M.J., Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin, S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 94). New York: John Wiley & Sons
- Leijssen, M. (1990). On focusing and the necessary conditions of therapeutic personality change. In G. Lietaer, J. Rombauts, R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Leuven University Press
- Leijssen, M. (1996). *Focusingprocessen in clientgericht-experientiele psychotherapie*. Unpublished doctoral dissertation, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven
- Leijssen, M. (1998a). Focusing microprocesses. In L.S. Greenberg, J.C. Watson, G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (121-154). New York: The Guilford Press
- Leijssen, M. (2000). Die Stärken und Grenzen von Focusing: einige Forschungsergebnisse. In: H.J. Feuerstein, D. Müller, A. Weiser Cornell (Eds.), *Focusing im Prozeß*, GwG Verlag und FZK Verlag, Köln.
- Lietaer, G., Neirinck, M. (1986). Client and therapist perceptions of helping processes in client-centered/experiential psychotherapy. *Person-Centered Review*, 1(4), 436-455
- Luborsky, L. (1982). Cited in Klein et al 1986, *The experiencing scale*
- Lutgendorf, S.K., Antoni, M.H., Kumar, M., Schneiderman, N. (1994). Changes in cognitive coping strategies predict EBV-antibody titre change following a stressor disclosure induction. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 63-78
- Mathieu-Coughlan, P., Klein, M.H. (1984). Experiential psychotherapy: Key events in client-therapist interaction. In L.N. Rice, L.S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (213-248). New York: The Guilford Press
- McMullin, R.E. (1972). Effects of counselor focusing on client self-experiencing under low attitudinal conditions. *Journal of Counseling Psychology*, 19, 282-285
- Morikawa, Y. (1997). Making practical the focusing manner of experiencing in everyday life: A consideration of factor analysis. *The Journal of Japanese Clinical Psychology*, 15(1), 58-65
- Nixon, D. (1982). The relationships of primal therapy outcome with experiencing, voice quality and transference. Unpublished doctoral dissertation, York University, Toronto, Ontario
- Oberhoff, R. (1990). The role of attention in experiential focusing. *Dissertation abstracts international* (University Microfilms No. 9105629)
- Olsen, L.E. (1975). The therapeutic use of visual imagery and experiential focusing in psychotherapy. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago
- Rennie, D.L., Brewster, L.J., Toukmanian, S.G. (1985). The counsellor trainee as client: Client process as a predictor of counselling skill acquisition. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 17, 16-28
- Richert, A. (1976). Expectations, experiencing and change in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 438
- Riemer, R. (1975). Effects of brief reevaluation counseling on experiential focusing. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology

- Rogers, C.R. (1959). A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy. In E.A. Rubinstein, M.B. Parloff (Eds.), *Research in psychotherapy* (96-107). Washington, D.C.: American Psychological Association
- Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D., Truax, C.B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press
- Ryan, R. (1966). *The role of the experiencing variable in the psychotherapeutic process*. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois
- Sachse, R. (1990). The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review* 5, 3, 321-347
- Sachse, R. (1991). Difficulties of psychosomatic clients in assessing personal emotions and motives: Possible consequences for therapeutic treatment. *Psychotherapy, Psychosomatic Medicine, Psychology*, 41, 187-195
- Sachse, R. (1999). *Personal communication*
- Sachse, R., Neumann, W. (1983). Prozeßmodell zum Focusing unter Berücksichtigung spezifischer Probleme. *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie*, 53, 51-73
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F., Maus, C. (1992). *Focusing: Ein emotionszentriertes Psychotherapieverfahren*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Schoeninger, D.W. (1965). *Client experiencing as a function of therapist self-disclosure and pre-therapy training in experiencing*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin
- Seeman, J. (1996). Level of experiencing and psychotherapy outcome. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 15, 15-18
- Shackleton, B. (1979). *The interaction between ego development and experiential focusing in the process of creative thinking*. Dissertation Abstracts International (University Microfilms No. 8005263)
- Sherman, E. (1990). *Experiential reminiscence and life-review therapy with the elderly*. In G. Lietaer, J. Rombauts, R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (709-732). Leuven, Belgium: Leuven University Press
- Shiraiwa, K. (1999). *Focusing and support group activities for those who live with cancer*. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Psychotherapy* 18 (1)
- Smith, D. (1980). *The effect of guided daydreams on the experiencing and imagery of patients in psychotherapy* (Doctoral dissertation, Fuller Theological Seminary, School of Psychology). Dissertation Abstracts International
- Summers, F. (1980). *Focusing and defensiveness: An empirical study*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 74-78
- Swaine, W.T. (1986). *Counselor training in experiential focusing: Effects on empathy, perceived facilitativeness and self-actualization*. Dissertation Abstracts International
- Tamura, R. (1987). *Floatability: A focuser variable related to success in focusing*. *The Japanese Journal of Humanistic Psychology*, 5, 83-87
- Tomlinson, T.M. (1959). *A validation study of a scale for the measurement of the process of personality change in psychotherapy*. Unpublished MS thesis, University of Wisconsin
- Tomlinson, T.M., Hart, J.T. (1962). *A validation study of the process scale*. *Journal of Consulting Psychology*, 26(1), 74-78
- Tomlinson, T.M., Stoler, N. *The relationship between affective evaluation and ratings of outcome and therapy process with schizophrenics*. *Psychotherapy* 4; 14-18
- Truax, C.B., Carkhuff, R.R. (1965). *Client and therapist transparency in the psychotherapeutic encounter*. *Journal of Counseling Psychology*, 12(1), 3-9
- Van der Veen, F. (1967). *Basic elements in the process of psychotherapy: A research study*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 31, 395-403
- Van den Bos, G.R. (1972). *Several analyses regarding Post-Focusing Checklist scores*. Unpublished manuscript
- Van den Bos, G.R. (1973). *An investigation of several methods of teaching "experiential focusing"*. Unpublished doctoral dissertation, University of Detroit, Detroit
- Walker, A., Rablen, R., Rogers, C.R. (1960). *Development of a scale to measure process change in psychotherapy*. *Journal of Clinical Psychology* 16, 79-85
- Warwar, N. (1996). *The relationship between level of experiencing and session outcome in client-centered and process-experiential therapies (Depression)*. Dissertation Abstracts International (University Microfilms No. MAI Vol 34-06)
- Weiser Cornell, A. (1996). *The power of focusing*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Weitzman, B. (1967). *Behavior therapy and psychotherapy*. *Psychological Review*, 74, 300-317
- Weld, S.E. (1992). *Stress management outcome: Prediction of differential outcome by personality characteristics*. Dissertation Abstracts International
- Wiltschko, J. (1996) *Focusing Therapy, Part 1: Some basic statement*. *The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Psychotherapy* 14, 3. Chicago
- Zimring, F.M. (1990). *Cognitive processes as a cause of psychotherapeutic change: Self-initiated processes*. In G. Lietaer, J. Rombauts, R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (361-380). Leuven: Leuven University Press
- Zimring, F.M., Balcombe, J. (1974). *Cognitive operations in two measures of handling emotionally relevant material*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11(3), 226-228