

Eine Metapsychotherapie als Kontrapunkt zum gegenwärtigen Trend

von Johannes Wiltschko

Was Psychotherapie ist, lässt sich nicht auf einen Nenner bringen

Wenn man, was eigentlich gut und richtig ist, die Dinge ganz genau und in möglichst vielen Details und Aspekten betrachtet, endet man oft genug in einem scheinbar wertfreien Relativismus. Es ist dann alles so komplex, interdependent und letztlich nicht wirklich beurteilbar, dass man doch lieber alles beim Alten lässt. Deshalb erlaube ich mir jetzt, am Ende dieses Buches, eine ziemlich grobschlächtige Sichtweise. Denn nur so werden einige fundamentale Linien erkennbar, und die möchte ich aussprechen, bevor sie im vorsichtigen und differenzierten Abwägen wieder untergehen.

Psychotherapie ist ein Beruf, der inzwischen gesetzlich geregelt und geschützt ist und von den Krankenkassen finanziert wird. Doch: Was tut ein Psychotherapeut? Was geschieht in einer Psychotherapie?

Meistens sieht es so aus: Zwei Menschen treffen sich einmal wöchentlich in einem eher neutral ausgestatteten Raum, sitzen auf eher bequemen Stühlen und reden miteinander 50 Minuten lang. Einer dieser Menschen, der Klient, erhofft sich vom anderen, dem Psychotherapeuten, Hilfe bei der Bewältigung seiner Probleme. Der Psychotherapeut bestimmt (gewöhnlich in Absprache mit dem Klienten), wo, wann, wie lange und wie oft man sich trifft, und er wird für den vereinbarten Zeitaufwand bezahlt.

Viel mehr lässt sich *allgemein* zu „Psychotherapie“ eigentlich nicht sagen.¹

Was tatsächlich in einer Therapiestunde geschieht, hängt vom jeweiligen Psychotherapeuten ab: von seiner Ausbildung, von seiner Person, von seinen Lebensumständen. Es hängt vom jeweiligen Klienten ab: von seinem Anliegen, von seiner Person und seinen Lebensumständen. Und es hängt davon ab, was sich zwischen diesem konkreten Psychotherapeuten und diesem konkreten Klienten konstellierte, entwickelt. *Das* bestimmt, was geschehen wird und wie es geschehen wird.

Nun, es gibt viele verschiedene psychotherapeutische Ausbildungen, es gibt unzählige unterschiedliche Klienten-Anliegen und es gibt Millionen einzigartige Personen – Therapeuten wie Klienten. Wie will man da jemals beschreiben können, wie Psychotherapie „geht“, was „richtig“ und was „falsch“ ist?

Natürlich wüssten Klienten gern, ob sie „richtig“ „behandelt“ werden, natürlich verlangt der Gesetzgeber einen Referentenentwurf, der definiert, was „richtige“ Psychotherapie ist, und selbstverständlich möchten die Geldgeber (Krankenkassen und Versicherungen) nach objektiven Kriterien kontrollieren, wer wofür Geld bekommt. Die

¹ Ja, ja, es gibt natürlich auch noch alle möglichen allgemeinen standespolitischen und berufsethischen Hinweise und Vereinbarungen. Und an einer Psychotherapie können auch mehr als zwei Menschen beteiligt sein; sie können sich auch häufiger oder weniger häufig treffen und auch für kürzere oder längere Zeit zusammen sein; sie müssen auch nicht beide unbedingt sitzen und sie können über das Reden hinaus auch malen oder sich ab und zu berühren. Das ändert aber nichts prinzipiell an der psychotherapeutischen Grundsituation.

Bemühungen, die Vielfalt dessen, was Psychotherapie ist, entweder zu beschneiden oder zu vereinheitlichen, sind deshalb verständlich.

Die Vielfalt „beschneiden“ heißt: Jene psychotherapeutischen Richtungen, die die stärkste Lobby besitzen, drängen die anderen aus dem Feld öffentlicher Anerkennung und Alimentierung – mit dem Einverständnis staatlicher und berufspolitischer Institutionen, die der Kontrolle halber an einfachen Verhältnissen interessiert sind. In Deutschland sind nur mehr zwei psychotherapeutische „Schulen“ übriggeblieben (von mindestens einundzwanzig – so viele sind in Österreich immerhin offiziell anerkannt): die tiefenpsychologisch/psychoanalytische und die behavioristisch/verhaltenstherapeutische. Welch unökologischer Kahlschlag in einer bunten Welt von unterschiedlichen Zugängen zur komplexen und vielgestaltigen Wirklichkeit des Lebens! Welch reicher, über Jahrzehnte angesammelter Erfahrungs-, Wissens- und Handlungsschatz bleibt auf der Strecke! Oder wird er nur in den Untergrund gedrängt?

Die Vielfalt zu „vereinheitlichen“ kommt in dem Bestreben zum Ausdruck, *eine* „Allgemeine Psychotherapie“ aufzustellen, in der nur vorkommen soll, was in empirischen Studien als erfolgreich errechnet wurde. Nur was definiert ist und konstant bleibt, scheint messbar zu sein, nur gleichförmige Einheiten lassen sich kontrollieren. Diese Bemühungen werden entweder scheitern oder sie werden eine Art von Psychotherapie hervorbringen, die bestenfalls wirkungslos sein wird. Schlimmstenfalls wird sie den Klienten manipulieren und von diesem nicht mehr kontrollierbar sein – auch wenn sie dann den *externen* Kontrolleuren kontrollierbar *erscheint*.

Was Psychotherapie ausmacht, fällt durch das Raster der offiziellen Kategorien

Fast jedem, der – wie man so unglücklich sagt – „an der Front“ arbeitet, der also in der therapeutischen Praxis tatsächlich täglich mit Klienten zu tun hat, ist vollkommen klar, dass Psychotherapie ein subjektives und situationales Beziehungsgeschehen ist, dessen heilsame Kraft in der jeweiligen Einmaligkeit des konkreten Augenblicks begründet liegt. Verallgemeinerungen und Routinen ermöglichen manchmal, Zusammenhänge rascher zu bemerken und handlungsleitende Hypothesen zu bilden, sie können aber niemals das unmittelbare, nie vollständig vorhersehbare Erleben ersetzen, das der „Stoff“ jeder Psychotherapie ist. Gerade das überraschende, nicht antizipierbare Erleben, das neue, bisher noch nicht dagewesene, macht ja die Prozessschritte aus, die zu Recht Psychotherapie genannt werden.

Ich plädiere daher dafür, dass nicht eine allgemeine Störungslehre mit sich auf sie beziehenden Interventionskatalogen, sondern das angemessene Verständnis für die „innere Logik“ der situationsbezogenen Erlebens- und Beziehungsprozesse die Basis sein muss für eine integrationsfähige Metapsychotherapie.

Jene Leute, die sozusagen über den Dingen stehen und *ex cathedra* auf die Phänomene blicken, die sie Psychotherapie nennen, haben naturgemäß eine andere Perspektive: Funktionäre, Forscher und Juristen. Oft hatten sie hervorragende Schulnoten, aber geringen praktischen Erfolg, und daher treffen sie sich ganz gern in Gremien, die klientenfrei sind. Dort wird dann beraten, wie man die Praxis – die ja dort nur mehr als „Theorie“ auf den Schreibtischen liegt – so zurechtschneiden kann, dass sie in die üblichen Denk- und Verwaltungsmodelle passt. Und das heißt im Fall der Psychotherapie: in die (schul)medizinischen. Und das heißt wiederum, dass dieselben Faktoren, die unsere noch immer durch die Bedingungen der industriellen Produktion organisierte „westliche“ Zivilisation maßgeblich bestimmen und häufig genug Menschen zu

„Patienten“ machen, auch den Zuschnitt und die Vorgehensweise dessen determinieren, was „Psychotherapie“ genannt wird: Alles und jedes wird nach dem Fließband-Prinzip in quantifizierbare Elemente, in konstant gehaltene Einheiten zerlegt – die Zeit, die Situation, die Beziehung, die Person, die Befindlichkeit, das Verhalten ... Herauskommen dann der ICD² und allgemeinverbindliche Behandlungsleitlinien und insgesamt ein strategisches, nicht therapeutisches Denken und Handeln, das die Menschen, in unserem Fall Klienten und Psychotherapeuten, durch die Kästchen des Millimeterpapiers fallen lässt, das als Raster „von oben“ auf die Wirklichkeit gedrückt worden ist. Wie dieses Millimeterpapier beschaffen ist, will ich kurz skizzieren.

Was ist evidenzbasierte Psychotherapie?

Das Millimeterpapier nennt sich „evidenzbasierte Psychotherapie“. Welch euphemistische Bezeichnung! Sie klingt gut, eigentlich besser als „Metapsychotherapie“. Denn Evidenz (lat. *evidentia*, Augenscheinlichkeit) bedeutet „anschauliche Gewissheit“ (Kant) oder „Selbstgegebenheit“ (Husserl), und genau darum geht es mir: die tatsächlich vor sich gehenden, erlebten Phänomene der therapeutischen Situation als anschauliche, selbstgegebene Basis einer schulenübergreifenden Theorie und Praxis der Psychotherapie zu begreifen.

Im angloamerikanischen Verständnis allerdings, das seit Jahrzehnten weltweite Gültigkeit beansprucht, wird mit *evidence* eine Aussage gemeint, die durch wissenschaftliche Ergebnisse untermauert ist, wobei nur die quantitativen Methoden der empirischen Forschung als „wissenschaftlich“ angesehen werden. In der Medizin gelten daher all jene Entscheidungen als evidenzbasiert, die auf der Grundlage klinischer Studien mittels statistischer Verfahren ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben. Diese Definition von „evidenzbasiert“ wird zunehmend auch auf die psychotherapeutischen Verfahren angewendet.

Als evidenzbasiert werden all jene psychotherapeutischen Methoden bezeichnet, deren Wirksamkeit in randomisierten kontrollierten Studien (sogenannten RCTs) bei definierten psychischen Störungen nachgewiesen wurde. Dabei soll ein Therapieverfahren möglichst als Manual, also in der Form eines standardisierten Interventionskatalogs, vorliegen. Die auf diese Weise, also gewissermaßen unter Laborbedingungen geprüften isolierten Interventionen werden dann in sogenannten „Leitlinien“ zusammengefasst, die die Grundlage für die Behandlung einer spezifischen psychischen „Störung“ abgeben sollen.

Die *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) hat bereits 2005 54 solche Leitlinien für unterschiedliche psychische Störungen publiziert. Damit sollen Psychotherapeuten auf die darin zusammengetragenen RCT-geprüften Interventionen verpflichtet werden. „*State of the art*“ nennt man dann diese Behandlungsform (wobei „*art*“ auf Deutsch alles Mögliche heißen kann: Kunst, Geisteswissenschaften, Kniff und List).

² *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, die von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellte Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Evidenzbasierte Psychotherapie geht an der therapeutischen Wirklichkeit vorbei

Noch hat sich das, was die Verfechter einer evidenzbasierten Psychotherapie propagieren, nicht in den psychotherapeutischen Praxen durchgesetzt, jedenfalls nicht flächendeckend. Aber es ist bereits mehr als eine Zukunftsvision. Denn es handelt sich dabei ja nicht bloß um ein Steckenpferd einiger Wissenschaftler, sondern um einen gesellschaftspolitischen Trend, der allerorten um sich greift und beispielsweise im Schlagwort „Qualitätsmanagement“ zum Ausdruck kommt (einer ebenfalls euphemistischen Vokabel, die für mehr Bürokratie und Kontrolle steht). Verwaltungsorgane und Kostenträger, aber auch Verbraucherschützer und nicht zuletzt unsichere, weil zunehmend praxisfern ausgebildete und wenig erfahrene Psychotherapeuten selbst suchen nach externen Standards und Richtlinien, die Sicherheit und Transparenz versprechen. Eine evidenzbasierte Psychotherapie verspricht beides, geht aber an der Wirklichkeit psychotherapeutischer Praxis und an den tatsächlichen Bedürfnissen der Menschen, die Psychotherapie brauchen und wollen, nicht nur vorbei, sondern leistet einem Verständnis von Psychotherapie Vorschub, das dem Verordnen von in klinischen Studien auf ihre Wirksamkeit geprüften Medikamenten zur Behandlung spezifischer Krankheiten gleichkommt. Dies ist leicht zu begründen.

1. Die Person des Klienten wird auf einen anonymen Träger von psychischen Störungen reduziert.
2. Worunter Klienten leiden, wird künstlich fragmentiert in einzelne, voneinander isolierte, allgemein definierte Störungen.
3. Die therapeutischen Handlungen werden nicht auf den Menschen, sondern auf diese Einzelsymptome bezogen.
4. Die therapeutischen Handlungen („Interventionen“) werden auf das unter laborähnlichen Bedingungen Machbare reduziert und in statistischen Verfahren getestet, die mit der konkreten therapeutischen Situation nichts zu tun haben.
5. Das, was therapeutisch wirksam ist, wird reduziert auf die „Technik“ des Psychotherapeuten, also darauf, was er tut.

Mark Helle (2008) fasst diese Kritikpunkte in einem Satz zusammen: „Die psychotherapeutische Wirkung soll ausschließlich auf die manualtreue Applikation einer störungsspezifischen Therapie an einem monomorbiden Störungsträger zurückzuführen sein“.

Helle beruft sich auf die allgemein anerkannte Definition von Psychotherapie des Wiener Psychiaters Hans Strotzka (1975) (dem man in Österreich das wohl liberalste Psychotherapeutengesetz verdankt), der Psychotherapie als einen bewussten interaktionellen Prozess in Richtung auf ein möglichst gemeinsam erarbeitetes Ziel beschreibt, zu dem in der Regel eine tragfähige emotionale Bindung notwendig ist. Und Helle stellt fest, „dass Psychotherapie ein hochgradig idiosynkratischer Prozess zwischen Psychotherapeut und Patient ist, bei dem die Störungszugehörigkeit nur einen Teil des gesamten Behandlungsverlaufs prägen wird. Diese Bestandteile der Psychotherapie verkommen in RCTs zu einer Ansammlung von Störvariablen, die idealerweise durch Manualisierung kontrolliert werden müssen.“

Öffentliche Anerkennung wird immer mit Kontrolle erkaufte

Die Forderung nach Evidenzbasierung ist das gegenwärtige Endprodukt eines Prozesses, der in einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung begründet liegt. Diese spiegelt sich natürlich auch in unserem Gesundheitssystem wider, das schon immer eigentlich

ein Krankheitssystem ist, auch wenn sich die Krankenkassen neuerdings in „Gesundheitskassen“ umbenennen. Was vielen Psychotherapeuten als großer Fortschritt erschien, für den sie lange gekämpft haben, hat, wen wundert's, auch seine Rückseite: Die „öffentliche“ Anerkennung durch den Gesetzgeber wird durch Regelung und Kontrolle erkaufte.

Als in Deutschland im Jahr 1967 die Psychotherapie als Regelleistung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen wurde, wurde sie gemäß der Reichsversicherungsordnung (RVO) definiert als eine heilkundliche Dienstleistung, die Krankheiten heilt oder zumindest bessert, da Anspruch auf kassenärztliche Leistung nur für Verhütung und Behandlung von Krankheiten besteht. Psychotherapie wurde so auf Krankenbehandlung reduziert und war, zumindest offiziell, den Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten. Die Verknüpfung von Psychotherapie mit dem medizinischen Krankheitsmodell wurde damit festgeschrieben.

Eine ethische und politische Forderung

Mein Anliegen ist es, einen deutlichen Kontrapunkt zu dieser Entwicklung zu setzen. Kaum ein Psychotherapeut würde seine Praxis als Reparaturbetrieb verstehen wollen, und doch läuft die Entwicklung in kleinen Schritten in diese Richtung. Und wenn man nicht einen größeren Zeitraum dieses Entwicklungsweges überblickt, ist diese Richtung schwerlich auszumachen.

Psychotherapie kann und muss meiner Ansicht nach der Verdinglichung des Lebendigen und der Fragmentierung der Wirklichkeit gegensteuern. Das ist eine politische und eine ethische Forderung, aber auch eine die Psychotherapie ganz substantiell betreffende Aussage. Denn meine psychotherapeutische Grundposition lautet: Psychotherapie ist dazu da, Menschen dazu zu verhelfen, *Subjekt* ihres Lebens zu werden, also selbstbestimmt und selbstverantwortlich das eigene Leben zu leben – und nicht im Status eines Objekts in mehr oder weniger unbewusster Abhängigkeit von (verinnerlichter) öffentlicher Meinung, medialer Beeinflussung und wirtschaftlichen Interessen zu verharren. Wir arbeiten, um zu leben – nicht umgekehrt.

Psychotherapie ist daher kein wertfreies Geschehen. Dass Vorannahmen und Wertvorstellungen unser Denken und Tun, unsere Theorie und Praxis, *immer* mitbestimmen, auch das, was „objektiv“ und wertneutral sein will – etwa Wissenschaft und Technik, allgemeine psychologische Konzepte und „evidenzbasiertes“ therapeutisches Handeln – ist in der Philosophie schon immer und selbst in der Physik seit Jahrzehnten eine Selbstverständlichkeit, bloß in den Humanwissenschaften und in der Öffentlichkeit scheint sich diese Tatsache nur schwer durchzusetzen.

Und damit komme ich zum Anfang meines ersten Bandes³ dieser Metapsychotherapie zurück. In den beiden Büchern habe ich den Versuch unternommen, eine metapsychotherapeutische Basis zu schaffen. Dies konnte nur vor dem Hintergrund einer bestimmten Wertepositionierung geschehen. Und das bedeutet natürlich, dass sich *nicht alle* psychotherapeutischen Richtungen, dass sich *nicht alle* Menschen, die als Psychotherapeuten arbeiten, auf diese Basis stellen können und wollen. Denn der Pluralismus der Wertepositionen ist selbst schon eine Wertbestimmung, die fundamental ist für die Metapsychotherapie, die ich in den beiden Büchern entwickelt habe.

³ *Hilflosigkeit in Stärke verwandeln. Focusing als Basis einer Metapsychotherapie*. Band I. Edition Octopus 2010

Einige Meta-Basics

Welches sind die Werte, die für diese Metapsychotherapie konstitutiv sind? Ich will versuchen sie am Ende dieses Buches zu formulieren – nicht als fixen Kanon, sondern als Sammlung einiger werthaltiger Grundpositionen, die Ihnen noch einmal ein Gefühl – einen „Felt Sense“ – vermitteln können, in welchem Horizont sich diese Metapsychotherapie bewegt.

- Psychotherapeuten respektieren die Werte und Ziele des Klienten und unterstützen ihn dabei, seine *eigenen*, seiner einzigartigen Person und seinen besonderen Lebensumständen entsprechenden *Schritte* zu finden.
- Gegenstand der Psychotherapie ist daher nicht so sehr, *was* der Klient erlebt, sondern *wie* er es erlebt, wie er zu seinen ihm eigenen Erlebnisinhalten in Beziehung steht. Der Psychotherapeut mischt sich folglich nicht in die Inhalte ein, er ist bestenfalls Experte für den Prozess.
- Psychotherapeuten ist klar, dass ihre *Konzepte* immer größer sind als das implizite Wissen, das ein Klient über sich, sein Gewordensein und über das, was für ihn „richtig“ sein wird, hat. Jede Person ist immer mehr als alle möglichen Konzepte über sie; kein lebendiges Wesen kann durch Konzepte vollständig erklärt und verstanden werden.
- Psychotherapeuten sind nicht einer oder mehreren therapeutischen *Methoden* verpflichtet, sondern sie sind dazu da, mit allem, was sie können und wissen, dem Klienten zu *helfen*, seine ihm gemäßen Entwicklungsschritte zu finden.
- Jeder Mensch, jeder Klient, denkt, spricht, fühlt, atmet, lebt mit seinem Körper, bewegt sich, träumt, hat Beziehungen etc. Es gibt keinen Grund, diese Lebensfunktionen und -äußerungen einzelnen psychotherapeutischen „Schulen“ zuzuordnen. Jeder Psychotherapeut hat es immer mit dem ganzen Menschen zu tun.
- Menschen (und Lebewesen überhaupt) befinden sich nicht als Objekte in einem leeren Raum, *sie leben miteinander in konkreten Situationen*. Der menschliche Körper (und jeder lebendige Körper) ist niemals nur für sich da, *er ist immer schon die Interaktion mit seiner Mitwelt*.
- *Beziehung* ist daher nicht etwas, das dazukommt. Lebewesen, Personen, Körper existieren niemals „außerhalb“ von Beziehungen.
- Deshalb ist Psychotherapie fundamental ein *Beziehungsgeschehen in konkreten Situationen*. Lässt man dies außer Acht, bleiben bloß allgemeine Konzepte übrig; was tatsächlich vorgeht, geht verloren.
- Folglich ist das Erste und Wichtigste, dass der Psychotherapeut *als Mensch, als Person da ist*. Er ist wirksam durch sein jeweils konkretes Dasein mit der Person des Klienten. Was ein Psychotherapeut tut, kommt erst an zweiter Stelle.
- Psychotherapie kann daher niemals durch Methoden, Technik, Interventionen allein beschrieben werden.
- Psychotherapie kann nur erfolgreich sein, wenn für den Klienten *mehr* als das, was er ohnehin schon weiß, sagen und tun kann, erleb- und lebbar wird. Dieses „Mehr als“ stammt nicht aus dem (Besser)wissen des Therapeuten, sondern aus dem Lebens- oder Seinswissen, das jeder Person zu eigen ist. Die therapeutische Kardinalfrage ist, wie es *zugänglich* gemacht werden kann.
- Psychotherapie findet immer im *gesellschaftlichen, kulturellen, politischen Kontext* statt.

Psychotherapeuten existieren im Dialog mit der Gesellschaft. Sie dürfen und sollen sich in gesellschaftliche Debatten und Vorgänge einmischen.

- Schon wegen ihrer Interdependenz mit dem gesellschaftlichen Kontext ist Psychotherapie *immer offen für Veränderung und Weiterentwicklung*. Sie kann niemals ein in sich abgeschlossener, vollständiger und „fertiger“ Korpus von Wissen bzw. Handlungswissen sein, der von außen definierbar ist.
- Was über Psychotherapie aufgeschrieben wird bzw. lehrbar ist, muss notwendigerweise eine persönliche, erlebens- und erfahrungsbezogene Handschrift tragen. Psychotherapie kann von den herkömmlichen Wissenschaften nicht eingefangen werden, sie können ihr aber Hilfsdienste leisten.⁴ Psychotherapie selbst ist naturgemäß keine Wissenschaft, sondern ein Handwerk, vielleicht ein Kunsthandwerk. Eine konkrete, situationsbezogene, gleichsam poetische Sprache eignet sich daher besser zur Beschreibung dessen, was in einer Psychotherapie geschieht, als eine wissenschaftliche.
- Leben ist grundsätzlich offen und ungesichert. Psychotherapie ebenfalls.

Ich bin mir bewusst, dass diese Liste unvollständig ist und dass sie daher zu Einwänden und Ergänzungen geradezu aufruft. Auch wirft sie die Frage auf, welche und ob überhaupt eine in sich konsistente Haltung, eine politische oder gar philosophische Position dahintersteckt.

Ich hoffe, dass dieses Buch auf diese Frage Antworten gegeben hat. Denn es handelte davon, wie sich Konzepte – und derartige Positionen wären Konzepte – aus der erlebten Erfahrung bilden, auf diese zurückwirken und daraus neue Konzepte entstehen. Es ist nicht so, dass eine Theorie, also logisch miteinander verknüpfte Konzepte, eine konstante, gesicherte Sache wäre, an der sich die Erfahrung, die Praxis ausrichten müssten. Praxis und Theorie, Leben und Werte haben nicht nur eine, sie *sind* eine Wechselwirkung und ergeben miteinander *einen* Prozess. Von diesem Prozess habe ich in diesem Buch berichtet.

Mein Credo der Focusing-Therapie

Als ich 1994 auf der *Third International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy* Focusing-Therapie zum ersten Mal einem internationalen Publikum vorstellte, beschloss ich meinen Vortrag mit einem „Credo“. Hier soll es meine „Meta-Basics“ spezifizieren und zugleich einige der Grundaussagen dieses Buches zusammenfassen.

Dabei bitte ich Sie zu bedenken: Aus jeder Festlegung, aus jedem scheinbar eindeutigen Satz entstehen sofort neue Fragen, neue Fehler. *Etwas Eindeutiges, etwas Feststellendes oder gar Endgültiges über Psychotherapie zu sagen und zu behaupten, das sei wahr, ist daher immer falsch.* Dieser Satz überschirmt alles, was Sie in diesem Buch gelesen haben, und er ist wichtiger als die Sätze meines „Glaubensbekenntnisses“.

1. *Ich glaube, dass der richtige nächste Schritt in meinem Leben geschehen wird, wenn ICH mich MIR SELBST ZUWENDE.* Ich glaube nicht, dass du (wer immer das ist) besser weißt als ich, was mein nächster Schritt sein wird.

2. Was ist „ICH“? „Ich“ ist nichts als das „Ich“. „Ich“ *kann durch nichts anderes definiert werden.* Hinter das Ich gibt es keinen Schritt zurück. Dennoch gibt es mehr als „Ich“.

⁴ Besonders die Neurowissenschaften haben auf naturwissenschaftlichem Weg in den letzten Jahren zahlreiche Ergebnisse gebracht, die vieles bestätigen, was Psychotherapeuten in ihrem phänomenologischen, erlebensbezogenen Zugang bereits gefunden haben.

Aber dieses „Mehr“ ist nur durch das Ich zugänglich. Das Ich ist nicht dasselbe wie das „Ego“. Das Ego ist ein Objekt, das Ich ist das Subjekt. Das Ich ist blank. Das Ich ist frei. Das Ich ist immer da – auch wenn es sich manchmal oder auf Dauer zurückzieht, versteckt oder verlorenght. Es ist weder krank noch gesund. Es ist immer intakt, unantastbar.

3. Was bedeutet „MIR SELBST“? „Mir selbst“ ist mein augenblickliches Erleben, all das, was ich im Augenblick in mir *wahrnehme*. Das, was ich wahrnehme, sind *Inhalte*. Es ist gut und es tut gut, das alles, was immer es ist, wahrzunehmen. Das alles aber bin ich nicht, das „habe“ ich. Indem ich bemerke, dass ich diese Inhalte habe, spüre ich, dass ich frei bin. Solange ich nicht *bemerke*, was da ist, glaube ich, dass ich das alles bin. Dann ist das Ich mit den Inhalten *identifiziert* und wird zum Ego. Das identifizierte Ich, das Ego, ist nicht in der Lage gewahr zu sein, es kann dem adoptierten Inhalt nicht gegenüberreten. Da zwischen Ego und Inhalt keine Beziehung (sondern eine Identifikation) besteht, ist zwischen beiden keine Interaktion möglich, der Inhalt kann sich nicht wandeln. Der Inhalt bleibt starr, die Art und Weise des Erlebens ist *strukturegebunden*. Diese Identifikation mit den Inhalten erschafft vieles, das man gewöhnlich als „krank“ bezeichnet. Diese Identifikation schränkt ein, unterdrückt, blockiert, nimmt den Atem und den Raum.

4. „ZUWENDEN“ heißt: Mich umdrehen zu mir selbst, mich nach innen öffnen, still sein und achtsam. Nach innen horchen, schauen, spüren. Horchen mit freundlichen Ohren, schauen mit sanften Augen, spüren mit freiem Atem. Innere Achtsamkeit. „Achtsam sein“ heißt: gewahr sein ohne zu werten, ohne zu erklären, ohne zu beschreiben. Wortloses Innewerden.

5. Wenn ich mich in dieser Weise mir selber zuwende, entsteht sofort ein freieres und zugleich geborgeneres Körpergefühl, eine umfassende innere Stimmung von größerer Leichtigkeit, auch wenn die Worte, die die Inhalte gewöhnlich bezeichnen, manchmal unangenehm klingen: einsam, hilflos, angespannt, gereizt, schmerzvoll, usw. Durch das achtsame Sich-selbst-Zuwenden entfaltet sich ein innerer, körperlich gefühlter Raum, in dem das Ich spazieren gehen und sich etwas auswählen, etwas anschauen, etwas betasten oder sich von etwas abgrenzen, etwas liegen lassen und vorbeigehen kann.

6. Wenn sich das Ich einem Inhalt zuwendet und seine Aufmerksamkeit auf den impliziten Teil, auf den Felt Sense dieses Inhaltes richtet, wird es etwas fühlen, spüren, das offensichtlich schon da ist (weil es gespürt wird), aber es ist *noch nicht fertig*. Es ist gefühlt, aber noch nicht gewusst, gefühlt, aber noch nicht mitteilbar, gefühlt, aber es wird noch zu keiner Handlung. Es *wartet* auf eine Fortsetzung, auf einen Schritt, der es selbst verändern, wandeln wird.

7. Dieser Fortsetzungsschritt kommt „von selbst“, ich muss ihn mir nicht ausdenken. Deshalb kommt er überraschend. Er kommt, weil der Körper, mein ganzer Organismus „weiß“, was er braucht, „weiß“, was richtig ist, „weiß“, was der nächste Schritt sein wird. Wie kommt es, dass der Körper das alles „weiß“? Es kommt daher, dass mein Körper kein Gegenstand ist, kein Masse-Ding im leeren Raum, sondern ein lebendiger Prozess, der immer schon *in Wechselwirkung steht mit seiner Umwelt*, ja, der ohne Umwelt nie existiert hat. Es war nie zuerst ein Körper da, der sich dann mit einer Umwelt getroffen und mit ihr zu interagieren begonnen hat, nein, der Körper ist von Anfang an umweltlich, er *ist* seine Umwelt. Und daher „weiß“ er von seiner Umwelt. Mein Körper ist ein lebendiger Vorgang, der *von sich aus* wächst und Schritte macht. Er ist kein chaotisches Trieb-Bündel, dem man erst Ordnung aufzwingen müsste, und er ist auch kein weißes Blatt, auf das sich die Umwelt erst einschreiben müsste, kein leerer Behälter, der

erst durch Erziehung, durch Wissenserwerb angefüllt wird. Weil ich den Organismus (den Körper, das Lebewesen, den Menschen,) als einen Prozess verstehe, der immer schon umweltlich ist und aus dieser Interaktion mit seiner Umwelt eigene Schritte macht, betreibe ich nicht Pädagogik, sondern Psychotherapie.

8. Das alles heißt: *Der Körper impliziert seinen nächsten Schritt*. Dies ist für mich sozusagen der Erste Hauptsatz des Focusing. Gendlin hat dieses Implizieren genau beschrieben, nicht nur innerhalb eines therapeutischen Prozesses, sondern als philosophisches Ordnungsprinzip. Er nennt es *order of carrying forward*, auf Deutsch sage ich dazu „*Fortsetzungsordnung*“. Die Fortsetzungsordnung lässt mich die innere Logik (die eine Nicht-Logik, aber dennoch geordnet ist) von Veränderungsprozessen genauer verstehen.

9. Was ist die Fortsetzungsordnung? Sie sagt, dass die Art, wie der Körper den nächsten Schritt findet, der den gegenwärtigen Erlebensprozess fortsetzen und weitertragen wird, in einer bestimmten Weise *wohlgeordnet* ist, obwohl dieser nächste Schritt *nicht ein logisches Ergebnis* dessen ist, was bereits da war. Der Körper (die Natur, der Kosmos,) hat (ist,) eine Ordnung, *die noch nicht fertig, noch nicht vollendet ist*. Diese Ordnung verlangt fortwährend nach einem weiteren Fortsetzungsschritt. Der Körper (die Natur, der Felt Sense,) ist bereit für einen solchen Schritt. Er wartet gleichsam darauf. Aber es ist nicht leicht einen zu finden. Die meisten Fragen, die wir stellen, die meisten Konzepte, die wir bilden, die meisten Worte, die wir finden, die meisten Handlungen, die wir tun, führen zu keinem körperlich gefühlten Schritt, sie setzen den Prozess (den Körper, die Natur,) nicht fort. In der Focusing-Therapie suche ich diejenigen Fragen (Konzepte, Worte, Handlungen,), die zu diesem gefühlten Fortsetzungsschritt führen. *Diese* Konzepte (Fragen, Handlungen,) geben mir die innerlich gefühlte *Evidenz*, dass sie richtig und „wahr“ sind. Was vor einem solchen Schritt da war, wird durch diesen Schritt verändert. Jeder richtige Schritt verändert den ganzen Körper – und der gewandelte Körper, der veränderte Felt Sense, ist wieder bereit für den nächsten neuen Schritt. So beginnt ein sich selbst fortsetzender Prozess. *In der Rückschau* erscheint dieser Prozess logisch. Ich kann *nachträglich* eine bestimmte Ordnung in ihn *hineinlegen*. Diese hineingelegte Ordnung ist aber nicht die „natürliche“ Ordnung. Es ist die von mir gemachte. Die natürliche Ordnung ist eine Ordnung *zum Fortsetzen*. Ihre Schritte sind immer *neu*, sie sind durch das, was vor einem Fortsetzungsschritt bereits da war, nicht vollständig determiniert. *Die Fortsetzungsordnung organisiert die Prozesse der Veränderung, sie leitet den therapeutischen Prozess*.

10. Wenn ich in der Focusing-Therapie „Körper“ sage, meine ich nicht den von außen angeschauten Körper, sondern den *von innen gefühlten Körper*. Das ist ein ganz anderer Körper als die von außen angeschaute „medizinische Maschine“. Dieser umweltliche Körper, der seinen eigenen Prozess hat und macht, der also nicht von jemandem anderen gezogen (oder erzogen) werden muss, ist mir unmittelbar – von innen – *zugänglich*. Dieses Zugänglichsein erlaubt mir, der Fortsetzungsordnung „bei der Arbeit“ zuzusehen. Vorausgesetzt ich lasse ihn (den Körper, den Prozess,).

11. Als Focusing-Therapeut werde ich alles daransetzen, diesen Prozess zu lassen, mich nicht in den Weg zu stellen, etwa mit eigenen Intentionen, Absichten, Vorurteilen, Theorien (z.B. was jetzt für den Klienten gut und richtig wäre). Als *Focusing-Therapeut bin ich daber absichtslos*. Ich lasse mich überraschen, welchen Schritt der Körper gehen wird. Das kann ich nur, wenn ich meine eigene Hilflosigkeit akzeptiere und Vertrauen habe in die Fortsetzungsordnung des lebendigen Organismus. Dieses Vertrauen schließt ein, die jederzeitige Möglichkeit des *Scheiterns* in Kauf zu nehmen. Der Körper kann, aber muss jetzt nicht. Es kann sein, dass sich jetzt der nächste Schritt nicht einstellt. Drängen verzögert, Umwege erscheinen nur im Licht einer Absicht als solche.

12. Als Focusing-Therapeut bin ich *Begleiter* des Veränderungsprozesses, der von der Fortsetzungsordnung „organisiert“ wird. Therapeutische Kompetenz, die therapeutische Kunst ist allerdings, Begleiter zu *werden*. Die Schwierigkeit ist zweifach: Es ist für mich als Therapeut ein langer Weg zur achtsamen Absichtslosigkeit. Auf diesem Weg erfahre ich alles, was im Weg steht; es gilt die Identifikationen meines Ichs mit Inhalten loszulassen. Und zweitens bedarf es meistens vieler gemeinsamer Anläufe, bis mir der Klient *erlaubt* sein Gefährte zu sein. Denn es gibt eine Vielzahl von Hürden, die den Klienten daran hindern, sich sich selbst zuzuwenden. Die beiden Wege, der des Therapeuten und der des Klienten, sind dieselben. Nur, der Therapeut sollte schon früher angefangen haben zu gehen.

13. *Körper und Umwelt sind eins, ein lebendiger Interaktionsprozess*. Innerer (intrapersonaler) und (interpersonaler) Beziehungsprozess sind eins. Es ist *eine* Interaktion, an der Therapeut und Klient teilnehmen. In eines jeden Erleben ist das Ganze beider da. Es ist immer ein, ein ganzer Prozess (den man dann sprachlich in verschiedene Aspekte zerlegen kann). So ist die Beziehung untrennbar vom inneren Erleben. So ist das, was im Klienten geschieht, untrennbar verbunden mit mir als Therapeut. Das heißt erstens: Als Therapeut beeinflusse ich prinzipiell, was im Klienten geschieht. Das macht mich verantwortlich. Es heißt zweitens: Was ich als Therapeut erlebe, hat immer auch mit dem Klienten zu tun. (Das ändert grundsätzlich das überkommene Konzept der „Übertragung“.)

14. Deshalb ist *mein Selbsterleben die wichtigste Quelle* für das Verstehen des Klienten, die wichtigste Quelle für mein Antworten, für meine Handlungen, also für die focusingtherapeutische „Technik“. „Begleiten“ heißt deshalb, achtsam auf und für den Klienten zu sein *und* achtsam zu sein auf mein gleichzeitiges eigenes Erleben, auf meine körperliche *Resonanz*.

15. Die therapeutische *Beziehung* ist das Ganze. Sie ist mehr als das augenblickliche inhaltliche Erlebensdetail des Klienten. Nur auf den Inhalt des Klienten zu antworten, verkürzt, verdinglicht das Ganze und nimmt dem *einen* Veränderungsprozess die Kraft. Die Beziehung zu mir selbst, die Beziehung des Klienten zu sich selbst, meine Beziehung zum Klienten (und umgekehrt) – das alles sind verschiedene Aspekte eines Ganzen. Die Fortsetzungsordnung sagt: *Wie* ich frage, *so* antwortet der Körper. Inhalte sind nicht unabhängig von der Beziehung zu ihnen da. Die Beziehung bestimmt mit, was wie erlebt wird. *In der Focusing-Therapie ist deshalb die Beziehung primär*.

16. *Erleben ist am allerwenigsten in Worten da*. Es äußert sich in Körperempfindungen, Gefühlen, inneren Bildern – und auch in Worten. Ausdruck geschieht nicht nur im Sprechen. Er geschieht vor allem unmittelbar körperlich: im Anhalten oder Verändern des Körpers (seines Atems, seiner Haut und Muskeln, seiner Haltung, Mimik und Gestik). Er kann auch im Malen, in Tanzbewegungen, im Spielen geschehen. Als Focusing-Therapeut höre ich daher nicht vor allem auf Worte, sondern mehr noch auf die Stimme, ich schaue auch, ich fühle und berühre.

17. Focusing-Therapie ist *nicht* in erster Linie eine *Methode*. Man kann und soll Focusing-Therapie nicht durch die Auflistung ihrer Methoden, ihrer Techniken definieren. In der Focusing-Therapie *kommt die Person des Klienten zuerst* – und dann kann man auch therapeutische Methoden kreieren und anwenden. Focusing-Therapie stülpt dem Klienten keine Methoden und keine Konzepte über. Als Focusing-Therapeut frage ich mich immer: „Wer ist diese Person, die da vor mir sitzt (oder steht oder liegt)? Wo in ihrer augenblicklichen Erlebens-Situation ist diese Person jetzt genau?“ Ich versuche immer genau dort zu sein, wo die Person gerade ist, und genau dort will ich mit ihr

zusammensein, verweilen und mit ihr gemeinsam auf den nächsten körperlich gefühlten Fortsetzungsschritt warten. Und ich bin natürlich nur in der Lage, mit dem Klienten da zu sein, wenn ich *mit mir selbst* verbunden bin, mit meinem eigenen Erlebensprozess, mit meinem eigenen Felt Sense, mit meinem eigenen Körper. Deshalb ist ein Focusing-Therapeut immer *in seinem eigenen Focusing-Prozess zu Hause*. Focusing-Therapie ist ein Nach-Hause-Kommen, ein Nach-Hause-Kommen zu sich selbst – für beide, für den Klienten und für den Therapeuten.

(Aus: Johannes Wiltschko: „Ich spüre, also bin ich! – Nichtwissen als Quelle von Veränderung“; epubli bei Holzbrinck, Berlin 2017²)

**Dieses Buch können Sie bestellen unter
<https://www.daf-focusing-akademie.com/medien/>**