

Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen.

S. Waldrich & K. Schley¹

¹ Besonderer Dank gilt Prof. Heinz-Joachim Feuerstein für die konstruktiven konzeptionellen Hinweise, auch in Bezug auf Focusing und die experientielle Forschung.

Zusammenfassung

Die experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen nach Kurt Schley und Heinz-Joachim Feuerstein, verbindet die Focusing-orientierte Psychotherapie mit der kognitiven Verhaltenstherapie. Dieser Beitrag möchte diesen neuen therapeutischen Ansatz überblicksartig vorstellen und historisch einordnen, sowie mögliche Vorteile der Integration von Focusing in die Verhaltenstherapie von Kindern- und Jugendlichen erörtern. Zur Veranschaulichung des Konzepts schließt der Beitrag ab mit einem Ausschnitt aus einer Falldarstellung einer 11-jährigen Angstpatientin. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die die Vorteile der Verhaltenstherapie mit denen des Focusing verbindet, ist aus Sicht der Autoren nicht nur möglich, sondern therapeutisch sehr vielversprechend.

Kurzbeschreibung

Die experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen verbindet die Focusing-orientierte Psychotherapie mit der kognitiven Verhaltenstherapie. Dieser Beitrag möchte diesen neuen therapeutischen Ansatz überblicksartig vorstellen und historisch einordnen, sowie insbesondere auf die Vorteile dieses Ansatzes in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hinweisen.

Einleitung²

Die experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen versucht das innere Erleben der Klienten miteinzubeziehen, indem sie die Dimension der inneren Selbstwahrnehmung mit Hilfe des Focusing in den verhaltenstherapeutischen Ansatz integriert.

Die Verhaltenstherapie, die einen deutlichen Schwerpunkt im Bereich der Modifikation des äußerlich beobachtbaren Verhaltens durch gezielte Anreize und Beeinflussung setzt, hat mit der kognitiven Wende die Bedeutung der inneren Vorstellungswelt (Motive, Antriebe, Absichten, Wertorientierungen) für das Handeln einer Person erkannt (Michalak, 2013, S.14). In einer weiteren Wende erkannte und integrierte die Verhaltenstherapie die therapeutische Wirkung achtsamkeitsbasierter Ansätze und hat hier einige Konzepte und Trainingsmanuale entwickelt (Michalak, 2013, S.14). So wird etwa in Bezug auf achtsamkeitsbasierte Programme in der Psychotherapie von kindlichen Angststörungen deren Wirksamkeit in erster Linie „durch den Wechsel vom verbalanalytischen Verarbeitungsmodus in einen erfahrungsbasierten Modus erklärt (...)“ (Mander et al., 2018).

Trotz dieser Differenzierungen und Weiterentwicklungen innerhalb der Verhaltenstherapie ist eine Integration des Felt Sense in die verhaltenstherapeutische Praxis, wie er bislang nur in der Focusing-orientierten Psychotherapie nach Eugene T. Gendlin eine Rolle spielt, bisher weder Gegenstand der Literatur, geschweige denn wissenschaftlicher Untersuchungen geworden. Dies ist angesichts des Potentials, das die Anwendung von Focusing in der Verhaltenstherapie in der Praxis verspricht, höchst bedauerlich. Dieser Artikel bezieht sich auf die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, schlicht aus dem Grund heraus, dass die Autoren nur für diese Altersspanne Erfahrungen mit der experientialen Verhaltenstherapie sammeln konnten. Von einem grundlegenden Unterschied in der Anwendungsmöglichkeit dieses Ansatzes auch in der Erwachsenen-Psychotherapie ist jedoch nicht auszugehen.

Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie steht in der Welt der humanistischen und experientialen Psychotherapien die selbstbezügliche Erlebens- und Erfahrungsdimension

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Beitrag nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

ganz im Mittelpunkt. Zumeist unter Vernachlässigung der Handlungs- und Anwendungsdimension spielen hier Explorationen des individuellen Erlebens und Fühlens eine große Rolle. Ein Einbezug dieses inneren Erlebens in die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, der über die achtsame Gewährwerdung innerer Vorgänge hinaus geht und von Gendlin als „Felt Sense“ bezeichnet wurde, könnte durch den Ansatz der experientiellen, also erlebensbasierten Verhaltenstherapie im Kindes und Jugendalter gewährleistet werden. Das innere Erleben, das Experiencing, kann dabei als die gegenwärtig wahrnehmbare gefühlte Bedeutung eines Erlebnisgegenstandes verstanden werden (Sachse, 1992, S.163):

„Gendlin geht davon aus, daß normalerweise in jeder Person zu jeder Zeit ein Strom von bedeutungsvollen Empfindungen zu aktuell ablaufenden Ereignissen und Gedanken abläuft, und daß dieser ständige Interaktionsprozess zwischen den Empfindungen und den Ereignissen körperlich fühlbar ist.“ (Sachse, 1992, S.163)

Für den verhaltenstherapeutischen Ansatz, liegen heute auf der Ebene der Psychotherapie mit Erwachsenen zahlreiche Studien vor, die die Wirksamkeit dieses Ansatzes nachweisen. Für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen konnte für die Verhaltenstherapie ebenfalls ein hinreichender Nachweis für die Wirksamkeit erbracht werden. (Margraf, 2018, S.19). In Bezug auf den humanistischen Ansatz liegt (bisher) lediglich ein gemischtes Bild vor. So befand der Wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie in seinem Gutachten von 2018, dass bei den humanistischen Ansätzen lediglich der Gesprächspsychotherapie für bestimmte Anwendungsbereiche bei Erwachsenen die wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit zuzusprechen sei (Deutsches Ärzteblatt, 2018, S.11f.).³ Die Focusing-orientierte Psychotherapie wurde in dem Gutachten nicht gesondert betrachtet, sie ist jedoch vor allem an Universitäten und Hochschulen außerhalb Deutschlands Gegenstand großen Forschungsinteresses und wissenschaftlicher Untersuchungen geworden.⁴

Ob Kinder in einem therapeutischen Setting in der Lage sind, einen Bezug zu ihrem inneren Erleben herzustellen und für ihre Entwicklung zu nutzen, ist bisher noch kaum untersucht

³ Zur Diskussion um die Frage der wissenschaftlichen Anerkennung nach § 11 PsychThG vgl. die Beiträge zur Debatte um das WBP-Gutachten im Psychotherapeutenjournal 3/2018 und 4/2018.

⁴ Einen ersten Forschungsüberblick findet sich in dem Sammelband von Greenberg, Lietaer und Watson (1998), weitere Überblicksarbeiten legten etwa Leijssen (2000), Tsuyoshi und Akira (2014), sowie Krycka und Ikemi (2016) vor.

worden und müsste daher erst noch Gegenstand der Forschung werden. Die jahrelange Praxis gibt allerdings berechtigten Anlass zur Hoffnung, dass genau dies genau zutrifft.

Die Wurzeln der erlebensbasierten Verhaltenstherapie - Die Personzentrierte Psychotherapie

Die humanistischen Wurzeln der erlebensbasierten Verhaltenstherapie sind bei Rogers und seiner Personzentrierten Psychotherapie zu finden.⁵ Ihr Begründer, der amerikanische Psychologe Carl R. Rogers war der Auffassung, dass Menschen grundsätzlich alle Ressourcen mitbringen, um seelisch gesund zu werden. Damit sich diese Ressourcen entfalten können, bedürfe es aber eines spezifischen Beziehungsangebotes seitens des Therapeuten. Ein geeigneter Beziehungsraum in der Therapie sei es demnach, der dem Klienten dazu ver helfe, sich über sein Erleben mitzuteilen, sich besser verstehen zu lernen und so zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung zu gelangen (Stumm & Keil 2014, S.28), (Rogers, 2003). In den vergangenen Jahrzehnten entstanden zahlreiche Weiterentwicklungen der Personzentrierten Psychotherapie, wie etwa störungsspezifische Ansätze, sowie eine stärker „erlebensbezogene Richtung“ aus der heraus sich unter anderem auch die „Focusing-orientierte Psychotherapie“ nach Eugene Gendlin entwickelte (Stumm & Keil 2014, S.28).

⁵ Die international übliche Bezeichnung lautet Personzentrierte bzw. Klientenzentrierte Psychotherapie (Stumm & Keil, 2014).

Die Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie durch Gendlin

Die Entstehungsgeschichte des Focusing beginnt mit Eugene T. Gendlin, in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Bei seiner Forschungsarbeit an der University of Chicago kam er in Berührung mit der Psychotherapie und lernte schließlich 1951 Carl R. Rogers kennen (Gendlin, 2012, S.7).

Bei der Auseinandersetzung mit dem Rogerschen Therapieansatz und Untersuchungen über die Wirksamkeit von Psychotherapie stieß Gendlin dann auf folgenden Aspekt: Entscheidend für den Erfolg der Therapie war es aus seiner Sicht, das unmittelbare körperliche Erleben miteinzubeziehen (Gendlin, 2012, S.8). Nicht die Methode, die der Therapeut anwende, oder worüber sich der Klient mitteile, veränderten dessen Problem, sondern *wie* der Klient dieses Problem mitteile. Diesen Einbezug der „erlebten Bedeutung einer Situation oder eines Themas (...)“ gab Gendlin schließlich die Bezeichnung *Focusing* (Gendlin, 2012, S.8). Gendlin bezeichnete Focusing als eine Methode, die eine nach innen gerichtete körperliche Aufmerksamkeit beim Klienten anregen kann, um therapeutische Prozesse in Bewegung zu setzen. Die Focusing-orientierte Psychotherapie ist als ein Anwendungsfall der Focusing *Methode* zu verstehen und wurde von Gendlin erstmals in dem Buch „Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode“ ausführlich dargelegt (Gendlin, 1998).

Focusing als erlebensorientierte Methode in der Psychotherapie

Das über den Körper zugängliche Erleben dessen, was sich am Bewusstseinsrand abspielt, rückte für Gendlin zunehmend in das Zentrum seines Interesses. Denn der Körper nehme kontinuierlich zu unserem Leben Stellung, jedoch würden es die meisten Menschen versäumen, das „Körperwissen“ zur Lösung ihrer Probleme auch zu nutzen (Gendlin, 1998, S.22ff.) Die besondere Art körperlichen Bewusstseins, die laut Gendlin so essentiell für die Lösung von Problemen und der Persönlichkeitsveränderung sei, bezeichnete er als „Felt Sense“ (Gendlin, 1998, S. 29).

„Persönliche Probleme und Schwierigkeiten im Leben sind niemals nur kognitiver Natur, niemals nur eine Frage von Interpretation und Verstehen. Es gibt immer eine affektive, emotionale, gefühlte, konkrete, erlebte

Schwierigkeit. Die Gedanken und Interpretationen einer Person entstehen aus und sind beeinflusst von ihrer gefühlsgeprägten Art, in der jeweiligen Situation zu leben.” (Gendlin, 2002, S.1)

Nach Gendlin ist der „Felt Sense“ jedoch keine Emotion, sondern umfasse mehr als das, sei gewissermaßen „Körper und Geist, bevor beides getrennt wird“ und drücke sich in der körperlichen Wahrnehmung, der gefühlten Bedeutung eines bestimmten Problems oder einer bestimmten Situation aus:

„Dieser Felt Sense bezieht sich auch darauf, wie wir die Situation interpretiert und aufgefaßt haben. Deshalb ist ein solcher Felt Sense nicht *nur* etwas Gefühltes, sondern auch etwas Kognitives. Vielleicht verwirrt uns, was er mit sich bringt, aber immer sind Aspekte der Interpretation, d.h. Denken, Lernen, Wahrnehmen und Verstehen in ihm *impliziert.*“ (Gendlin, 2002, S. 1).

Gendlin hat die Annäherung an ein Problem durch den Körper in sechs verschiedene Schritte unterteilt, die helfen sollen, das Körperwissen zugänglich zu machen (Gendlin 1998, S.117 ff., siehe Infokasten).

Die sechs Schritte des Focusing :

- 1) Aufmerksamkeit auf den Körper lenken. Eine freundliche Haltung einnehmen und sich fragen, was einen davon abhält sich vollkommen wohl zu fühlen. Antwort im Körper entstehen lassen und einen Schritt zurück treten, damit ein innerer Freiraum zwischen sich und den Themen entstehen kann.
- 2) Ein Problem auswählen und körperliches Empfinden dazu wahrnehmen, ohne es gedanklich analysieren zu wollen.
- 3) Den Felt Sense konkretisieren: Ein Wort, einen Satz, oder ein Bild entstehen lassen, das möglichst genau zum Felt Sense passt.
- 4) Vergleichen zwischen „Griff“ und Felt Sense. Abgleichen, bis „Griff“ und Felt Sense übereinstimmen.
- 5) Fragen an den Felt Sense stellen. Was ist das Schlimmste an dem Problem? Was brauche ich, um mich besser zu fühlen?
- 6) Annehmen und schützen. Was sich gezeigt hat, ausnahmslos annehmen und für einen Moment freundlich dabei verweilen.

Folgt man Gendlins präzisen Focusing- Instruktionen verändere sich der Felt Sense, komme in Bewegung und damit auch das betrachtete Problem. Es komme dann zu einem von Gendlin als *Felt Shift* oder *Body Shift* bezeichneten Phänomen, einer physisch empfundenen Erleichterung, die als sehr angenehm erlebt werde. Nach Gendlin ist diese fühlbare innere Bewegung mit einer „Entkrampfung“ verbunden, denn das Körperwissen zu dem konkreten Problem sei nun zugänglich und könne die Richtung weisen, in der eine Lösung liege (Gendlin, 1998, S. 61 ff.). Was Focusing von anderen psychotherapeutischen

Ansätzen somit unterscheidet und unverwechselbar macht, ist der Felt Sense und wie dieser einen Veränderungsprozess beim Klienten anstoßen kann. Denn kein anderer therapeutischer Ansatz lehrt, den Felt Sense wahrzunehmen und diese Erfahrungsdimension in die Therapie miteinzubeziehen (Krycka, 2014, S.54)

Focusing mit Kindern und Jugendlichen

Ist es möglich, den erlebensbasierten Ansatz des Focusing für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen nutzbar zu machen, bzw. sind diese in der Lage einen Selbstbezug zu ihrem inneren Erleben herzustellen und diesen für ihre Entwicklung zu nutzen?

Zahlreiche Autoren sind der Auffassung, dass Kinder und Jugendlichen nicht nur in der Lage, sondern sogar fähiger seien als Erwachsene, Focusing anzuwenden. So geht etwa Jasion davon aus, dass es im Grunde genommen überflüssig sei, Kindern Focusing „beizubringen“, da sie von Natur aus dazu veranlagt seien, unter anderem da das bei Kindern noch nicht vorhandene chronologische Zeitgefühl für den Bezug auf das gegenwärtige Erleben besonders hilfreich sei (Jasion, 2000, S. 187). Es gelte lediglich dafür Sorge zu tragen, dass Kinder im Laufe ihrer Entwicklung diese Fähigkeit nicht verlieren und man ihnen helfe sie zu bewahren (Stapert, 2000, S. 299).

Stapert hat eine Anleitung für das Focusing mit Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren entwickelt, die gleichermaßen für Eltern, Erziehern, Lehrer und Therapeuten genutzt werden könne und die eng an die sechs Schritte des Focusing nach Gendlin angelehnt sind.⁶

⁶ Nachzulesen bei Gendlin 1998, S.118 ff.

Frage nach dem Mehrwert der Integration von Focusing in die kognitive Verhaltenstherapie von Kindern- und Jugendlichen

Bevor Überlegungen dazu angestellt werden, welche Vorteile sich aus der Anwendung von Focusing in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen insbesondere in Abgrenzung zu achtsamkeitsorientierten Verfahren ergeben könnten, sollen zunächst einige Gedanken Gendlins zum Thema Kognition im Allgemeinen und im therapeutischen Setting im Besonderen vorangestellt werden. Denn hinsichtlich der Frage, ob Focusing eine sinnvolle Verbindung mit der kognitiven Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen eingehen könnte, lassen sich erste Hinweise bei Gendlin selbst finden.

Kognitive Veränderungen, die ein erklärtes Ziel der Verhaltenstherapie darstellen, sind aus Gendlins Sicht wichtig, jedoch nicht allein zielführend, wenn die tieferen Erlebenschichten des Menschen nicht ausreichend berührt bzw. miteinbezogen wurden: „(...) es ist wohl bekannt, dass eine kognitive Veränderung *allein* in den Menschen wenig wirkliche Veränderung hervorruft.“ Und, so Gendlin weiter, oft werde in der Kognitiven Therapie daran gearbeitet, das Erleben des Patienten umzudeuten und umzuinterpretieren. Das gelinge aber oft nicht, da das Erleben „seine eigene Ordnung“ besitze und man ihm nicht einfach eine neue Interpretation überstülpen könne. Andernfalls, also wenn das Erleben nur durch die Kognition bestimmt wäre, also keine eigene Ordnung besäße, „wären wir alle gesund, glücklich und reich (...).“ Gewisse Neuinterpretationen werden demnach also durch das Erleben angenommen, andere wieder nicht, ohne dass wir heute mit Gewissheit sagen könnten, warum das so ist. Es gelte also Umdeutungen des Erlebens zu finden, die dazu verhelfen „das Erleben weiterzutragen“, die also zu „echten“ gespürten Veränderungen führen (Gendlin, 1998, S.379 f.).

Das Problem sei, dass es den meisten Menschen im Laufe ihrer Sozialisation anezogen worden sei, das Denken von ihrem Erleben gewissermaßen zu *entkoppeln*. Der zu einer Kognition dazugehörige Felt Sense käme dann nicht mehr ausreichend zu Bewusstsein, etwa wenn der Betreffende über ein Erlebnis spricht: „Sobald wir einen Gedanken dazu haben, denken wir von da aus zum nächsten und wieder zum nächsten, ohne je zum Erleben zurückzukehren und zu überprüfen, ob unsere Gedanken diesem gerecht werden.“ (Gendlin, 1998, S.377). Eine Denkweise hingegen, die nicht mehr Gefahr laufe, von den tieferen Erlebenschichten entkoppelt zu werden, vergewissere sich ständig des Kontakts mit eben diesem Erleben. Auf diese Weise bleibe das Denken gehaltvoller, da es

nicht nur das verfolge, „was der Gedanke selbst enthält, sondern auch das, was sich im Erleben geöffnet hat.“ (Gendlin, 1998, S.377). Auch die Emotion sei nicht die „entscheidende“ Erlebensform. Daher sei es laut Gendlin nicht genug, die Kognitive Therapie, wie Ellis es mit seiner „Rational - Emotive Therapie“ getan habe um den Faktor Emotion anzureichern. Im Licht des Felt Sense erschließe sich, dass auch die Emotionen nur Teil eines umfassenderen „Geflechts“ seien und dass jeder Body Shift wieder ein neues Geflecht hervorbringe (Campbell, 2018). Durch die Integration des Focusing in die kognitive Verhaltenstherapie, folgt man den Annahmen Gendlins, könnte diese eine wichtige Vertiefung, gewissermaßen eine bewusste Rückkopplung an ein umfassenderes Erleben des Klienten erfahren. Dennoch kann an dieser Stelle die berechtigte Frage auftauchen, ob eine Herauslösung des Focusing in den Kontext der Verhaltenstherapie so einfach möglich ist, ohne dass dabei etwas „verloren“ geht. Auch hierzu hat sich Gendlin geäußert. So hat er an verschiedener Stelle darauf hingewiesen, dass Focusing therapeutische Prozesse anderer therapeutischer „Schulen“ vertiefen kann, ohne dabei selbst an Kontur zu verlieren. Ganz im Gegenteil unterstreicht Gendlin das Potential, wenn therapeutische Verfahrensweisen unterschiedlicher Schulen „auf ihren eigenen Wegen erlebensbezogen werden“ (Gendlin, 1998, S.283):

„Jede Methode hängt von einem umfassenderen Kontext ab als den schon geformten Erlebnissen, mit denen sie sich befasst, doch wurde das Wesen dieses Beitrags bisher nicht artikuliert. Mit der gezielten Aufmerksamkeit auf den körperlich gespürten Rand und seiner systematischen Berücksichtigung kann jede Methode auf ihrem eigenen Weg wirksamer werden.“ (Gendlin, 1998, S.284).

Der Einbezug von Focusing in andere therapeutische Verfahren ist möglich, da Focusing den Akzent auf das *wie* des Erlebens setzt und selbst keine Aussage darüber trifft, was das zu Erlebende beinhalten soll: „In short, Focusing is not a content theory, it is a theory of the process with which contents arise and change.“ (Ikemi, 2014, S.23, Hervorhebung im Original).⁷

Eine weitere Frage wäre, weshalb gerade die Verbindung mit der Verhaltenstherapie besonders vielversprechend sein soll. Gründe, die aus unserer Sicht eindeutig dafür sprechen, lassen sich aufgrund der spezifischen Stärken und Prinzipien der Verhaltenstherapie formulieren.

⁷ Siehe auch Depestele (2012).

Auch sind sich die Verhaltenstherapie und Focusing an einigen Stellen ähnlicher, als das vielleicht auf den ersten Blick scheinen mag, wodurch eine Integration des Focusing erleichtert wird. So wäre zum Beispiel das verhaltenstherapeutische Prinzip der individuellen Problemorientierung, wie auch die Stärkung der Problemlösefähigkeit des Einzelnen zu nennen, die ja auch beim Focusing eine große Rolle spielt. Die Verhaltenstherapie nimmt darüber hinaus die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen in den Blick und macht diese zum Ansatzpunkt ihrer Interventionen. Im Vergleich zur Focusing-orientierten Psychotherapie kann somit eine Stärkung der Handlungs- und Anwendungsdimension erreicht werden. Insofern die Verhaltenstherapie desweiteren auch immer „Hilfe zur Selbsthilfe“ sein soll und sich ihrer Grundorientierung nach als transparent versteht, sind hier ebenfalls Überschneidungen mit der Methode des Focusing festzustellen, da auch hier die Entwicklungs- und Einsichtsfähigkeit der Klienten betont wird. Natürlich können sich auch Reibungspunkte ergeben, insofern Focusing einem eher non-direktiven Vorgehen zuzurechnen ist, der Verhaltenstherapeut aber aus der rein abwartenden Rolle austritt und sowohl didaktisch, wie auch stärker direktiv vorgeht. Wie aus diesem scheinbaren Gegensatz in der Therapie trotzdem ein gelingender therapeutischer Rahmen gestaltet werden kann, kann an dieser Stelle nicht erschöpfend nachgegangen werden, jedoch, so hoffen wir, kann das Fallbeispiel einen ersten Eindruck davon vermitteln.

Abgrenzung zu Ansätzen der „dritten Welle“ der VT

Seit dem Ende der 1990er Jahre existieren innerhalb der Verhaltenstherapie mit den Konzepten der Akzeptanz und Achtsamkeit jedoch bereits Ansätze, die gewisse Analogien zum experienciellen Kern des Focusing aufweisen. Hier soll aufgrund der besonderen Nähe zum Focusing insbesondere eine Abgrenzung zum Konzept der Achtsamkeit erfolgen.

Achtsamkeit («Mindfulness») und Akzeptanz fanden in verschiedene verhaltenstherapeutische Ansätze, wie auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Eingang und bilden bis heute eine nicht mehr wegzudenkende Neuakzentuierung, da die „Veränderungsorientierung“ sowohl der behavioralen als auch der kognitiven VT zunehmend als unzureichend empfunden wurde (Heidenreich, T., Michalak, J. & Eifert, G.,

2007, S.477). Das wesentlichste Merkmal der sogenannten „dritten Welle“ der VT ist demnach der Versuch, Verhaltensänderungen mit der „Förderung von Akzeptanz in Bezug auf inneres Erleben (vor allem Gefühle und Gedanken) zu verbinden.“ Dennoch ist das Spektrum der Ansätze innerhalb der dritten Welle breit gefächert (Heidenreich et. al. 2007, S.477). Durch diese neue Orientierung ergab sich in der Verhaltenstherapie eine Öffnung gegenüber experienciellen Anteilen, die nun stärker betont wurden. Zu diesem Spektrum der „dritten Welle“ ist etwa auch die Schematherapie zu zählen, die in den letzten Jahren auch in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Eingang gefunden hat (Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G., 2013).

Die Gedächtnisstrukturen, die im Laufe der Kindheit und Jugend entstehen und die orientierend die Beziehung zwischen dem Individuum und der sie umgebenden Welt widerspiegeln, werden in der Schematherapie in hilfreiche und hinderliche Schemata unterschieden. Hinderliche Schemata, die zwar zum Zeitpunkt der Entstehung zur Bewältigung der Realität nützlich waren, indem sie frustrierte Kernbedürfnisse kompensieren halfen, können im späteren Leben dazu führen, dass die Realität verzerrt wahrgenommen wird. Somit steht im Zentrum der Schematherapie die Bewältigung der Vergangenheit, in der Focusing-orientierten Psychotherapie ist diese Blickrichtung nicht die zentral eingenommene Perspektive (Berbalk, 2018, S. 542 f.). Auch wird der Felt Sense von uns als umfassender verstanden als eine erworbene und in der Gegenwart reaktivierbare Gedächtnisstruktur, nämlich als ein allem Erleben grundsätzlich inhärenter und fühlbarer Bedeutungsgehalt, der gleichzeitig eine Offenheit für neue Erlebensformen beinhaltet.

Was sind nun also Überschneidungen und was die Unterschiede zwischen dem Konzept der Achtsamkeit und Focusing? Zunächst muss vorausgeschickt werden, dass innerhalb der „dritten Welle“ der VT keine einheitliche, wissenschaftlich fundierte Definition von Achtsamkeit existiert. Hier soll daher bezugnehmend auf die Definition von Jon Kabat-Zinn Achtsamkeit als eine gerichtete Form der Aufmerksamkeit verstanden werden, die sich auf den gegenwärtigen Moment bezieht und dabei nicht wertend ist (Kabat-Zinn, 2013, S.23). Focusing hingegen ist nach Gendlin: „die Zeit, in der man mit etwas ist, das man körperlich spürt, ohne schon zu wissen was es ist. Was man aber weiß ist, dass dieses körperliche Gefühl mit irgendetwas im Leben zu tun hat. (...) Auf dieses Gefühl, das ich im Körper spüre, ohne zu wissen, was es genau ist, lenke ich meine Aufmerksamkeit und bleibe eine Minute

oder eine Sekunde oder zehn Minuten dabei. Diese Zeit nenne ich Focusing.“ (Gendlin & Wiltschko, 2011, S.13).

Eine gezielte Aufmerksamkeitslenkung, als **erstes wesentliches Merkmal der Achtsamkeit**, findet also auch beim Focusing statt. Focusing beinhaltet im Unterschied dazu jedoch immer auch die *körperlich* „erlebte Bedeutung einer Situation oder eines Themas (...)“ (Gendlin, 2012, S.8). Über das körperliche Bewusstsein, den Felt Sense, der gefühlten Bedeutung und der Zuwendung dazu, kommt der Felt Sense in Bewegung und es kann zu einem Felt Shift kommen (Gendlin, 1998, S.118 ff.).

Bei Achtsamkeitsübungen kann sich die gezielte Aufmerksamkeit hingegen auf verschiedene Inhalte richten. Beim Body Scan auf verschiedene Körperregionen, bei einem achtsamen Umgang mit den eigenen Gedanken, stehen diese im Vordergrund, bei einer Gehmeditation wird besonders dem Vorgang des Gehens Aufmerksamkeit geschenkt (Körperzentrierung im Sinne einer Aufmerksamkeitsausrichtung auf die erlebte Bedeutung einer Situation beim Focusing vs. Aufmerksamkeitslenkung auf verschiedene Inhalte bei der Achtsamkeit). Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen den beiden Konzepten kann ebenfalls an dieser Stelle festgemacht werden. Und zwar handelt es sich um die stärkere Prozessorientierung bzw. Lösungsorientierung des Focusing. Focusing ist von Gendlin als ein Vorgang beschrieben worden, der es erleichtern solle, persönliche Probleme zu lösen und den eigenen stimmigen Weg zu finden. Das bedeutet, das Ziel des Focusing ist immer persönliches Wachstum, Veränderung, eine neue Sichtweise zu finden, zumindest aber das der Selbstklärung. Auch durch das Praktizieren von Achtsamkeit können eine gesteigerte geistige Klarheit, sowie neue Perspektiven auf das Leben und bestehende Probleme entstehen, es stellt aber kein explizites Ziel von Achtsamkeit dar.

Das zweite Merkmal der Achtsamkeit ist die Orientierung auf den gegenwärtigen Moment, das Hier und Jetzt, auf das die Aufmerksamkeit gerichtet wird. Beim Focusing geht es ebenfalls darum, sich dem zuzuwenden, was in diesem Moment ist und sein Entstehen und Vergehen aus einer Beobachterperspektive zu verfolgen bzw. mit ihm zu sein.

Das dritte wesentliche Merkmal der Achtsamkeit ist das des Nichtbewertens. Auch beim Focusing ist das Ziel, sich selbst und seinem inneren Erleben gegenüber eine empathische und freundliche, sowie offene Haltung einzunehmen und aus einem als

angenehm erlebten Abstand heraus seine Probleme zu betrachten. Wie achtsamkeitsbasierte Ansätze auch, ermöglicht es Focusing, einen optimalen Abstand zum inneren Erleben herzustellen, also weder zu nah mit dem eigenen inneren Erleben verstrickt zu sein, als auch zu weit davon entfernt zu bleiben, sodass nur ein abstraktes Theoretisieren über die eigene Innenwelt übrigbliebe. Mit dem zu sein was ist, ohne es verändern zu wollen ist somit ein wesentliches Kernelement beider Ansätze.

Ausgehend von diesem Vergleich der Methode des Focusing mit dem Konzept der Achtsamkeit ließe sich nun die Frage stellen, welche Vorteile bzw. welchen Mehrwert eine Integration des Focusing in die kognitive Verhaltenstherapie im Allgemeinen und insbesondere in die von Kindern und Jugendlichen haben könnte.

Focusing als prozessorientierte/prozessbegleitende Unterstützung

Ein Vorteil des Focusing gegenüber der alleinigen Anwendung achtsamkeitsorientierter Verfahren in der VT könnte dessen stärkere Prozessorientierung sein. In den Achtsamkeitstrainings, wie sie in der VT angewendet werden, wird diese recht isoliert thematisiert und geübt (etwa im Rahmen eines Body Scans oder einer Yogaübung). Mit Hilfe des Focusing kann hingegen während des gesamten therapeutischen Geschehens immer wieder aktiv ein Rückbezug auf das gegenwärtige Erleben stattfinden bzw. das implizite Wissen des Körpers einbezogen werden. Dies gilt im Übrigen auch für die Supervision, bei der das Erleben des Therapeuten miteinbezogen werden kann.

Lösungs- bzw. Wachstumsorientierung von Focusing

Des Weiteren stellt Focusing den individuellen Lösungsweg des Klienten zur Erreichung der Therapieziele auf eine Weise in den Mittelpunkt, mit der über das Erspüren und Symbolisieren des im Körper wahrnehmbaren „impliziten Wissens“ ein hoch individualisierter Zugang zu den eigenen Ressourcen/ der eigenen Lösungsfindung geschaffen wird. Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Rahmen einer Verhaltenstherapie sind zwar ebenfalls daran ausgerichtet, die Selbstwirksamkeit des Patienten zu erhöhen bzw. seine Eigensteuerung zu verbessern, jedoch wird in erster Linie etwa im Rahmen von MBCT, eine „Änderung der Haltung“ gewissen Geisteszuständen gegenüber angestrebt (Heidenreich et. al. 2007, S.481.) Focusing wurde von Gendlin als ein natürlicher Prozess beschrieben, der immer dann in einem Menschen ablaufe, wenn dieser

sich kurz vor einem großen oder kleinen Entwicklungsschritt seiner Persönlichkeit befinde. Auf eine achtsame Weise könnte man vielleicht formulieren, findet so eine Hinwendung zum eigenen inneren Geschehen statt, das auf dem Wege der Symbolisierung eine Veränderung im Erleben und Verhalten bewirken kann. In verhaltenstherapeutischen Trainingsmanualen für Kinder und Jugendliche wird ebenfalls viel Wert darauf gelegt, dass das Kind seine eigenen Therapieziele formuliert und gemäß seinen Möglichkeiten auch erreicht. Jedoch unterbleibt hier eine bewusste Anbindung an das innere Erleben im Sinne eines Felt Sense, dessen Befragung auf die Stimmigkeit der Therapieschritte und damit auch der Einbezug des sich daraus ergebenden Veränderungspotentials für den therapeutischen Prozess.

Im Folgenden werden Ausschnitte aus einem Therapieverlauf einer experientiellen Verhaltenstherapie geschildert. Dabei werden einige Sequenzen ausführlicher dargestellt, andere Bestandteile der Therapie, wie etwa die erlebensorientierte Arbeit mit dysfunktionalen Kognitionen werden nicht erwähnt, obwohl sie ebenfalls Teil der Behandlung waren. Bei der experientiellen Verhaltenstherapie stellt die Bezugnahme auf den stets ablaufenden und über den Körper wahrnehmbaren Felt Sense ein Kernelement dar. Die primäre therapeutische Aufgabe auch in diesem Fall war es folglich, die Klientin darin zu unterstützen, ihren Felt Sense immer wieder zu finden und darauf zu reagieren bzw. diesen in die Therapie miteinzubeziehen.

Dabei wurden die verhaltenstherapeutischen Interventionen insofern mit Focusing kombiniert, als sie ebenfalls zu dem Rand führend genutzt werden, an dem ein Felt Sense entstehen kann. Jeder neue und weitere Felt Sense, wurde mit dem neuen Erleben, das er entstehen lässt, auf dem weiteren therapeutischen Weg mitgenommen (Gendlin, 1998, S.282).

Ausschnitt aus einem Therapieverlauf anhand eines Fallbeispiels: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)

Die 10-jährige C. wurde von ihrer Adoptivmutter mit Trennungsängsten und Alpträumen in der Praxis vorgestellt. Sie könne abends nur schwer einschlafen, habe dabei intensive Ängste und schlafe deshalb dann meist im Bett der Eltern. Auch habe sie regelmäßig Alpträume, die davon handeln, entführt zu werden. An Schulausflügen, die eine Übernachtung beinhalten, möchte C. aus Angst nicht teilnehmen, auch bei Freundinnen

übernachte sie nicht. C. fürchte sich sehr davor alleine zu Hause zu bleiben, auch tagsüber sei es schwer für sie alleine zu sein. Ihre Trennungsängste äußern sich auch des Öfteren als gereizte und aggressive Stimmung. Der Schulbesuch erfolge regelmäßig.

Bei der Diagnostik ergaben sich im DISYPS-III FBB, ausgefüllt durch die Mutter, klinisch auffällige Werte auf folgenden Skalen: „Trennungsangst“ (Stanine=9, PR=97-100), „Generalisierte Angststörung“ (Stanine=9, PR=97-100), „Gesamtsymptomatik Angst“ (Stanine=9, PR=97-100), „Funktionsbeeinträchtigung und Leidensdruck“ (Stanine=8, PR=90-96), „Kompetenzen und Zuversicht“ (Stanine=2, PR=5-11). C's eigene Angaben im DISYPS-III, SBB-ANG ergaben ein ähnliches Bild: „Trennungsangst“ (Stanine=8, PR=90-96), „Generalisierte Angststörung“ (Stanine=7, PR=78-89), „Gesamtsymptomatik Angst“ (Stanine=8, PR=90-96), Funktionsbeeinträchtigung und Leidensdruck (Stanine=7, PR=78-89), „Kompetenzen und Zuversicht“ (Stanine=3, PR=12-23).

Beziehungsaufbau und Zielsetzung

Mit C. wurde mit Hilfe des Therapiematerials „Mein Problemtopf“ (Görlitz, 2014) ein erster Zugang zu ihrer Therapiemotivation erarbeitet. Über das aktive wertungsfreie Zuhören (auch listening genannt) konnte eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Durch das emphatische Zurücksagen ihrer Äußerungen, konnte sich C. im Kontakt zur Therapeutin sicher fühlen und ihre Selbstauseinandersetzung gefördert werden. Auch ihr Erzähltempo wurde geringer, wodurch öfter Pausen entstanden, die für die Frage genutzt werden konnten: „wie geht es mir mit dieser Situation“ (Gendlin, 1998, S.39). Aus einer dieser ersten Therapiesitzungen stammt folgender Dialog:

KL: Ich habe immer Ärger mit Mama, weil ich nicht alleine bleiben kann.

Th.: Du hast immer Ärger mit deiner Mama, weil da etwas in dir Angst hat, alleine zu bleiben.

Das Wort „etwas“ wird bewusst gewählt, um bei der Klientin eine Disidentifikation von der Angst zu bewirken. Erst aus diesem Schritt heraus, dass die Klientin die Angst *hat*, aber nicht mehr die Angst *ist*, wird Focusing möglich.

Kl.: Ja. Ich möchte es ja schaffen, alleine zu sein, aber... die Angst ist einfach zu doll.

Th.: Du möchtest die Angst loswerden, aber momentan ist sie noch zu groß?

Kl.: Genau, die Angst ist riesig groß. Mmmh. (...)

Die Angst ist noch kein Felt Sense, daher wurde C. an dieser Stelle unterstützt, einen Zugang zu diesem zu finden.

Th.: Kannst Du Dir kurz Zeit nehmen und dir vorstellen du hättest einen Zauberstab und würdest deine Angst in einen Gegenstand oder eine Gestalt verwandeln? ... Geht das?

Kl.: Hm ... hm, ja. Ich kann die Angst in eine hässliche Plastikspinne verwandeln.

Th.: Gut, versuche mal dir vorzustellen, du bist in einem Raum und am anderen Ende des Raumes steht ein Regal. Jetzt lege die Spinne dort ab und gehe zurück in die Mitte des Raumes. ...Wie fühlt sich der Abstand zwischen dir und der Spinne an?

Kl.: ...Ist besser.

Th.: Wenn du jetzt mal in deinen Bauch und Brustraum spürst, wo macht sich da was bemerkbar, wenn du an die Angst denkst?

Kl.: ...Da ist nix.

Th.: Okay. Warte noch einen Moment und guck mal, ob das alles war, oder ob sich noch was zeigt.

Oftmals dauert es länger, den Felt sense zu erspüren, der Vorgang ähnelt in etwa dem Versuch, sich an etwas Vergessenes zu erinnern, wenn nur noch ein „gespürter Rest“ davon bleibt (Gendlin, 1998, S.122).

Kl.: Ja, im Bauch.

Th.: Schau mal, ob vielleicht ein Wort oder Bild von der Stelle im Bauch kommt und wie sich das anfühlt.

Kl.: Das ist wie ein Ball, der im Bauch sitzt, ...wie ein Angstball mit Stacheln.

Th.: Ein Angstball mit Stacheln. Frage nochmal deine Stelle im Bauch, ob das Bild so passt?

Kl.: Ja,... (atmet tief ein). Das passt.

Nachdem auf diese Weise die Qualität des Felt Sense genau erfasst worden ist, und der Resonanz des Griffs nachgespürt wurde, tritt bei C. eine spürbare Erleichterung ein, die man auch an ihrer nun tieferen Atmung feststellen konnte. Als nächsten Schritt wurde C. gebeten, ihre Angst zu malen und auf diesem Wege (weiter) zu externalisieren.



Bild einer 10-jährigen Klientin, Thema: Angst, alleine zu schlafen.

Im Anschluss wurde C. gebeten, nochmals zu dem Felt Sense hinzuspüren, damit sie ein verhaltensbezogenes Ziel benennen kann, dass sie sich setzen möchte.

Th.: Was würde diese Körperstelle mit dem Angstball brauchen, um sich besser zu fühlen?

Kl.: Mmmh. ... Einen Watteverband, einen kühlen und starken zum Schutz.

Th.: Dann geht es der Stelle besser?

Kl.: Ja, ...dann wird die Angst besser und ich kann mutiger sein.

Nach dieser inhaltlichen Änderung – von der als überwältigend erlebten Angst hin zu dem Bedürfnis mutiger zu werden und dem Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit konnte herausgearbeitet werden, dass es für C. wichtig war, das Tempo der Therapie zu bestimmen und dass sie in einem geschützten Rahmen lernen wollte, sich ihrer Angst zu stellen. Diese Zielsetzung, die für C. aus einem stark selbst-interaktiven Prozess hervorgegangen ist, konnte von C. nach ihrer eigenen Aussage als für sie passend und selbstbestimmt erlebt werden.

Therapeutische Schritte befragen, ob sie passen

Auch im weiteren Verlauf wurde darauf geachtet, dass die Schritte hin zur Veränderung immer wieder auf C.'s Erleben zurückbezogen wurden und nicht zu schnell zu große Schritte geplant wurden. So wurde C. auch bei der Erstellung der Angsthierarchie und der anknüpfenden Umsetzung im Alltag immer wieder angeleitet, in den Brust- und Bauchraum zu spüren, um so die Veränderungsschritte auf ihre Passung hin zu befragen und gegebenenfalls andere Schritte einzuleiten.

Erlebensorientierte Exposition

In dieser Therapiephase wurde das Focusing dazu genutzt, um eine erlebensorientierte Form der Exposition umzusetzen. Nach einer ausführlichen Vorbereitung der Intervention und nachdem sich C. bis zur nächsten Stunde überlegen konnte, ob sie sich für die Exposition bereit fühlt, wurde mit dem Einverständnis von C. und ihrer Mutter mit der erlebensorientierten Exposition begonnen. Auch wurde ein graduiertes Vorgehen vereinbart, da die psychische Belastung im Kindesalter bei einer massierten Konfrontation zu hoch werden kann (Döpfner, 2015, S.242).

Zu diesem Zeitpunkt ging es darum, dass C. üben wollte, sich ihrer Angst zu stellen, alleine mit dem Bus zur Therapie zu kommen. Nachdem Themen und Probleme in der Vorstellung in einen guten inneren Abstand gebracht wurden, gab sie in einer der Sitzungen ihrer Angst vor dem Busfahren folgende Gestalt (links im Bild):



Bild einer 10-jährigen Klientin, Thema: Angst alleine mit dem Bus zu fahren.

Auf dem Bild ist die Angst vor der Busfahrt ein brennender Feuerball, der sich dann in eine „gruselige“ Hand verwandelte. Als wir die Stelle im Bauch, wo der Feuerball saß befragten, was er bräuchte, um sich besser zu fühlen, stellte sie sich ihre Freundin vor. In einer weiteren Focusingrunde nahm sie nochmals Bezug auf das, was ihr guttäte, wenn sie alleine fährt und malte einen „Schutzengel mit Löschwasser“, der „Liebe im Bauch“ habe. Dieser Schutzengel würde für sie singen, wenn sie Angst bekäme, sie beschützen und ihr Mut zu sprechen.

Wir verankerten dieses positive Gefühl mit einer Butterflyklopfübung. Die in ihrer Ursprungsform als sogenannter „Butterfly Hug“ bekannt gewordene Übung stammt aus der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome mit EMDR und wird als bilaterale Selbststimulation genutzt, um zum Beispiel positive Gefühle oder Überzeugungen zu verankern und zu verstärken (Hofman et al. 2014, S.115).

C. konnte bald ohne große Angst im Bus nach Hause fahren, indem sie sich über die Klopfbewegung an den Schutzengel erinnerte, dessen Vorstellung sie dabei unterstützte, sich der Angst zu stellen. Ein weiteres Thema, das C. als belastend und „peinlich“ empfand, war, dass C. nach wie vor fast jede Nacht bei den Eltern im Bett schlief und die Mutter sie tagsüber noch nicht alleine lassen konnte, ohne dass C. große Angst erlebte. Die erlebensorientierte Exposition wurde dazu mit einem Verstärkerplan in Bezug auf das Alleineschlafen und das Alleinsein am Tag kombiniert, nachdem C. geäußert hatte, diese Angst nun endlich loswerden zu wollen. Der Verstärkerplan beinhaltete neben materiellen und sozialen Verstärkern auch eine erlebensbezogene Art der Selbstverstärkung. C. sollte sich dazu jedes Mal ein paar Sekunden Zeit nehmen, einer erfolgreichen Expositionsübung nachzuspüren, indem sie sich selbst lobte und die körperliche Resonanz dazu wahrzunehmen. In den Sitzungen wurde der graduellen Exposition, die zu Hause stattfand, mit Hilfe des Focusing dann nochmals nachgespürt, um die nächsten Übungsschritte anzubahnen. C. konnte so rasch und ohne sich gedrängt zu fühlen, zu den nächsthöheren Items auf der Angstskala fortschreiten. Gegen Ende der Therapie schlief C. jede Nacht in ihrem Bett, auch hatte sie keine Alpträume mehr. Sie konnte tagsüber stundenweise alleine bleiben und sich selbst beruhigen, wenn sie ein Geräusch hörte, das ihr zunächst Angst machte.

In der Abschlussuntersuchung wurden sowohl mit dem DISYPS-III FBB-ANG, ausgefüllt durch die Mutter, als auch mit dem FBB-SBB-ANG keine klinischen Ängste mehr ermittelt (auf keine der Subskalen wurde eine Stanine > 7 erreicht). Auch zum Katamnesezeitpunkt ein halbes Jahr nach Therapieende erfüllte C. die Kriterien einer Angststörung nicht mehr. C. berichtete zwar von gelegentlicher Angst in Trennungssituationen, mit Hilfe der eingeübten Fertigkeiten komme sie aber mit dieser gut zurecht.

Fazit

Das hier vorgestellte innovative Konzept der experientiellen Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen könnte einen Beitrag dazu leisten, eine bewusste und enge Anbindung an tiefere Erlebenschichten mit Hilfe des Felt Sense in der Therapie umzusetzen, damit Denken, Fühlen und Handeln möglichst nah zueinander finden können. Kritisch anzumerken bleibt jedoch, dass die experientielle Verhaltenstherapie noch der empirischen Fundierung bedarf. Dennoch ermutigt die langjährige therapeutische Praxis schon jetzt, den Ansatz der experientiellen Verhaltenstherapie weiter zu verfolgen.

Literatur

Berbalk, H. (2018) Schematherapie und Personengeleitete Verhaltenstherapie. In Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 : Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4. Aufl. (S. 542- 567). Berlin, Heidelberg: Springer.

Deutsches Ärzteblatt (2018). Verfügbar unter:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WB/Gutachten_Humanistische_Psychotherapie.pdf [09.05.2019].

Campbell P. (2018) A new way of thinking about Focusing. Paper presented at the First European Focusing Association Conference, Loutraki, Greece. 10-14 May 2018. Verfügbar unter <http://www.dwelling.me.uk/New%20way%20of%20thinking.html> [18.07.2019].

Depestele, F. (2012). Making therapy experiential: On the practice of integrating focusing in psychotherapy. Paper presented at the 24th International Focusing Conference, June 6-10, 2012, RCT Vacation and Spa Club, Chapadmalal, Mar del Plata, Buenos Aires Province, Argentina. Verfügbar unter <http://www.focusing.org/fot/Making-therapy-experiential-Edited-version.pdf> [18.07.2019].

Döpfner, M. (2015). Zwangsstörungen. In G. Esser (Hrsg.), Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (S.235-239). Stuttgart, New York: Thieme.

Gahleitner, S., Fröhlich-Gildhoff, K., Wetzorke, F., Schwarz, M. (2011). Ich sehe was, was Du nicht siehst ...: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Gendlin, E. (1998). Focusing-Orientierte Psychotherapie: Ein Handbuch der Erlebensbezogenen Methode. München: Pfeiffer.

Gendlin, E. (2002) The Experiential Response. Verfügbar unter:

<http://www.daf-focusing.de/wp-content/uploads/Gendlin-Experiential-Response-2002.pdf> [18.02.2018].

Gendlin, E. & Wiltschko, J., (2011). Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett –Cotta.

Gendlin, E. (2012). Focusing: Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Katharina Schoch, dt. übersetzt., 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Görlitz, G. (2014). Psychotherapie für Kinder und Jugendliche: erlebnisorientierte Übungen und Materialien, Stuttgart: Klett-Cotta.

Heidenreich, T., Michalak, J. & Eifert, G. (2007). Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. Balancing Change and Mindful Acceptance: The Third Wave of Behavior Therapy. URL: https://www.researchgate.net/publication/261841453_Die_dritte_Welle_der_Psychotherapie, [18.02.2018].

Hofmann, A. (Hrsg.), (2014). EMDR: Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Thieme.

Ikemi, Akira: A Theory of Focusing-Oriented Psychotherapy. In G. Madison (Hrsg.), Theory and Practice of Focusing- Oriented Psychotherapy. Beyond the Talking Cure (S.22-36). London und Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Jasion, B. (2000). Focusing und Elternschaft. In H. Feuerstein, D. Müller, A. Weiser Cornell, Focusing im Prozess: Ein Lesebuch, S. 186–202. Köln: GwG-Verlag.

Krycka, K. (2014). Thinking ans Practicing FOT in the Twenty-First Century: Challenges, Critiques, and Opportunities. In G. Madison (Hrsg.), Theory and Practice of Focusing- Oriented Psychotherapy. Beyond the Talking Cure (S.52-66). London und Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Krycka, K. & Ikemi, A. (2016). Focusing-Oriented-Experiential Psychotherapy: From Research to Practice. In Cain, D., Keenan, K. & Rubin, Shawn (Hrsg.) Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice, S. 251-282, 2. Aufl., Washington DC: American Psychological Association,

Leijssen, M. (2000). Die Stärken und Grenzen von Focusing: einige Forschungsergebnisse. In H.-J. Feuerstein, D. Müller, & A. Weiser-Cornell, Focusing im Prozess. Ein Lesebuch (S. 217-226). Köln: GwG-Verlag.

Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (Hrsg.) (2013). Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen, Weinheim, Basel: Beltz.

Mander, J., Gschwendt, M., Schildmann, T., Blanck, P., Vonderlin, E. & Bents, H. (2018). Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Psychotherapeutenjournal 2018 (2), 106-113.

Margraf, J. (2018) Hintergründe und Entwicklung. In Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 : Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie (S. 3-37), 4. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer.

Michalak, H. (2013). Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie-Grundlagen und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Munz, D. (2018) Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie in der Diskussion, In Psychotherapeutenjournal, 2018 (3), 251-256.

Rogers, C. (1986/1991). Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In Rogers, C. & Schmid, P. Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 238-256). Mainz: Grünewald.

Rogers, C. (2003). Client Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. New edition. New York: Robinson.

Sachse, R., Atrops, A., W., F. & Maus, C. (1992). Focusing: Ein emotionszentriertes Verfahren. Bern: Huber.

Stapert, M. (2000). Focusing mit Kindern. In H. Feuerstein, D. Müller, A. Weiser Cornell, Focusing im Prozess: ein Lesebuch (S. 296–310). Köln: GwG-Verl.

Stumm, G. & Keil, W. (Hrsg.). (2014). Praxis der Personzentrierten Psychotherapie, Berlin: Springer Verlag.

Tsuyoshi A. & Akira I. (2014). The Focusing Manner Scale: its validity, research background and its potential as a measure of embodied experiencing, Person-Centered & Experiential Psychotherapies, (13)1,31-46.

Weinberger, S. (2013). Klientenzentrierte Gesprächsführung. 14. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR*. München: Knaur.

Prof. h.c. Dr. h.c. (UIPA) Kurt Schley ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT), Ausbilder für Focusing, Gesprächsführung Supervision (DFG) und seit 2013 Leiter der Offenburger Akademie für Psychotherapie (OAP). Seit vielen Jahren ist er als Supervisor, Lehrtherapeut und Dozent in der Ausbildung für angehende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem Schwerpunkt in der experientialen Verhaltenstherapie tätig, die er in Zusammenarbeit mit Prof. Heinz-Joachim Feuerstein, Psychologischer Psychotherapeut und Ausbildungsbeauftragter Koordinator für Focusing und Experientielle Therapie am International Focusing Institute (TIFI) New York, entwickelt hat.

Simone Waldrich (Stex. Erziehungswissenschaft, Politikwissenschaft und Germanistik) befindet sich in Ausbildung zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) und ist Weiterbildungsassistentin am OAP in Offenburg. Sie arbeitet mit an einem Forschungsprojekt zum Thema „Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen“ unter der Leitung von Dipl. Psych. Prof. Heinz-Joachim Feuerstein und Prof. h.c. Dr. h.c. Kurt Schley.

Korrespondenzadresse:
Offenburger Institut für Psychotherapie (OAP)
Simone Waldrich
Okenstraße 22
77652 Offenburg
Simone.waldrich@gmail.com