

FOCUSING ALS SPECIFICERING VAN DE ROGERIAANSE GRONDHOUDINGEN

Mia LEIJSEN

INLEIDING

Rogers heeft een theoretisch vrij eenvoudige conceptualisatie uitgewerkt van wat een relatie moet inhouden om therapeutisch vruchtbaar te zijn. Als men er de zoektocht doorheen de praktijk mee onderneemt, botst men echter op de complexiteit van die basisvoorwaarden en ontdekt men dat de practicus meer onderneemt dan wat men op het eerste zicht uit die Rogeriaanse grondhoudingen zou kunnen afleiden.

Rogers' ideeëngoed wordt anders verwoord en verder uitgewerkt door Gendlin. De "kunst" van de therapie wordt mede door zijn bijdrage een proces dat therapeute* en cliënt* kunnen leren. Het soort proces dat Gendlin voornamelijk heeft geanalyseerd, krijgt de naam "focusing". In dit proces richt de cliënt zijn aandacht naar binnen en laat een globaal gevoel omtrent een specifieke situatie opkomen. Vanuit dat gevoel vormt hij woorden, beelden of acties die de beleving uitdrukken en vooruitdragen. Dat ontvouwingsproces leidt naar een lichamenlijk gevoelde opluchting, er ontsluiten zich nieuwe betekenissen en er komen nieuwe mogelijkheden vrij.

Rice helpt de complexiteit van het therapeutisch gebeuren verder verhelderen door binnen de term "relatie" twee betekenissen, die weliswaar steeds met elkaar verbonden zijn, te onderscheiden: enerzijds de primaire relationele factoren die op zich therapeutisch werken in de interactie met de cliënt, anderzijds de taak-relevante factoren die de optimale voorwaarden voor bepaalde taken in therapie specificeren.

In dit artikel tracht ik in beeld te brengen hoe een therapeute het tweeledige relatieaanbod dat Rice onderscheidt, kan specificeren en verdiepen door "focusing" te integreren in haar werkwijze. Ik heb de uit-

* Ik heb geopteerd voor de termen: "therapeute, zij, haar", en "cliënt, hij, zijn".

eenzetting gestructureerd onder vijf thema's waarin ik illustreer: hoe focusing de client-centered grondhoudingen specificeert en verrijkt; hoe elke focusingstap een micro-proces binnen psychotherapie omvat; hoe het te sterk bezig zijn met een specifieke werkwijze afbreuk kan doen aan de grondhoudingen; hoe de aangewende werkwijze uitdrukking is van de persoonlijkheid van de therapeute; en hoe relatiebekwaamheid voornamelijk grondhoudingen impliceert en daarop geënte vaardigheden.

FOCUSING BEHOORT TOT DE GRONDHOUDINGEN DIE IN THERAPIE BELANGRIJK ZIJN

In focusing wordt er een belangrijk object van aandacht in therapie omschreven en wordt er gespecificeerd met welke houding dit object kan benaderd worden. Vanuit die twee aspecten kan men focusing onderscheiden van andere therapeutische activiteiten (Iberg, 1981a).

Naar dit specifieke object van aandacht wordt door Rogers (1961) soms verwezen met bijvoorbeeld volgende uitspraken: "Therapy seems to mean a getting back to basic sensory and visceral experience" (p. 103) – "The client is hit by a feeling not something named or labelled – but an experience of an unknown something which has to be cautiously explored before it can be named at all" (p. 129) – "The referent of these vague cognitions lies within him, in an organismic event against which he can check his symbolization and his cognitive formulations" (p. 140).

Dat interne referentiepunt wordt door Gendlin verder omschreven, eerst als "experiencing": "the process of concrete, bodily feeling, which constitutes the basic matter of psychobiological and personality phenomena" (Gendlin, 1964, p. 111), later als de "felt sense": "the edge of awareness, a sense of more than one says and knows, an unclear, fuzzy, murky sense of a whole situation, that comes in the middle of the body: throat, chest, stomach, or abdomen" (Gendlin, 1984). Het "lichamelijk" karakter van een gevoelde betekenis is voor velen een struikelblok. Wellicht omdat men vanuit een dualistisch, Cartesiaans denken "lichamelijk" verstaat als tegengesteld met "geestelijk". Terwijl men in de experiëntiële theorie/therapie het lichaam ziet als het gehele menselijke wezen, vóór de splitsing lichaam-geest, het lichaam zoals het betekenis voelt, het lichaam dat in een situatie veel meer nuances opneemt dan de persoon op dat moment kan expliciteren, het lichamenlijk weten dat

van een complexere orde is dan het rationele weten. Het is vanuit dat lichamelijk voelen dat de persoon spreekt en handelt. Normaal verloopt de vorming van woorden, symbolen of acties vanuit het lichaam "van-zelf-sprekend". Als echter het spontane verloop van de ervaringsstroom geen doorgang kan vinden (bijvoorbeeld in onveilige omstandigheden), dan blijft er in het lichaam iets vastzitten, er blijft iets aanwezig dat nog herinnert aan of getuige is van die ervaring die als geheel niet vooruit kon. De persoon kan het blijven voelen als "iets dat wringt", een lijfelijk weten dat tevens een niet-weten is. Als de persoon zich naar dit lijfelijk niet-wetend weten toekeert, kan de gevoelde betekenis opnieuw in beweging komen. Aldus is therapie een herstellen van contact met het zinvoelende lichaam waarin het bestaan zich manifesteert, een proces waarin de gestropte ervaring opnieuw wordt aangeraakt, zodat zij weer in beweging kan komen, haar betekenis kan ontsluiten, verder uiteenzetten en vervolledigen. (Zie hieromtrent de rijk gestoffeerde uiteenzetting van Depestele (1986) over *Het Lichaam in Psychotherapie*). Als echter het dualistisch denken ingebakken zit in de cliënt, dan moet de therapeute er extra zorg voor dragen dat de cliënt niet misleid wordt door de term "lichaam". Immers dan zal de cliënt op zoek gaan naar gewone fysische sensaties en ondertussen herkent hij niet dat vage ongemakkelijke of ontluikende gevoel dat hij in het centrum van zijn lichaam over een bepaalde situatie meedraagt, als het begin van een gevoelde betekenis. Iberg (1981a) geeft hierrond een bruikbaar antwoord: "There where you feel more than you can say, that is how the felt sense is bodily" (p. 353). Dat pre-reflexieve ervaren, dat de cliënt ergens voelt maar waarvoor hij nog geen uitdrukking heeft, zal in therapie op een bepaald moment, object van aandacht moeten worden. Het is dat innerlijke weten dat zich in de therapeutische interactie verder zal ontsluiten en waaruit er nieuwe betekenissen zullen opduiken.

Het vage, het ongevormde, het onzegbare kan zich maar kenbaar maken als het op een specifieke wijze wordt benaderd. Wat in de Rogeriaanse grondhoudingen vervat ligt, wordt in de focusingattitude nader gepreciseerd. Omgaan met dit innerlijk aandachtspunt veronderstelt een houding van wachten bij het onduidelijke, stil aanwezig blijven bij het nog niet zeggbare, receptief zijn ten overstaan van het ongevormde. Hierbij is het noodzakelijk om alles wat de persoon er reeds over weet, tijdelijk op te schorten en even cognitief-niet-actief te zijn. Dit soort aandacht vinden we ook terug in Zen-meditatie en Taoïsme, maar in therapie is deze aandacht gericht op een specifiek object, namelijk de

gevoelde betekenis (Iberg, 1981b). Deze houding impliceert tevens onzekerheid kunnen verdragen, controle durven opgeven en kwetsbaar kunnen zijn, vermits noch de therapeute, noch de cliënt kunnen voorzien wat er vanuit het impliciete zal oprijzen. Het is evident dat een persoon zich maar in zo'n houding durft begeven als er reeds een grote mate van intra- en interpersoonlijke veiligheid aanwezig is. Vandaar dat ik focusing bij de cliënt moeilijk kan zien als een "vaardigheid". Volgens mij gaat het om een attitude die in een veilig milieu bij sommige personen spontaan tot uiting komt. Bij anderen gaat het om een wijze van innerlijk bezig zijn die zij niet spontaan aanwenden, maar die ze leren ontdekken in contact met iets (bijvoorbeeld het boek *Focusing*) of iemand (bijvoorbeeld een therapeute). Bij veel cliënten ontmoeten we echter weerstand en is deze wijze van innerlijk bezig zijn bedreigend. Illustratief hierrond is de uitspraak van een cliënt die bij mij reeds drie jaar in therapie is, die onlangs het boek *Focusing* gelezen heeft en bij een collega vier leersessies focusing gevolgd heeft. Hij zegt: "Wat ik daar geleerd heb, ik kan dat wel, maar ik durf dat niet gebruiken. Ik wil maar stilstaan bij iets of ermee bezig zijn als ik eerst duidelijk weet waarover dat gaat." Deze cliënt "kent" het, maar kan het (nog) niet "verinnerlijken" vanuit diepere weerstanden. Hier zal er slechts geleidelijk, in een correctief therapeutisch milieu en in de interactie met een therapeute, die zelf deze houding belichaamt, iets van deze "nieuwe" houding mogelijk worden.

Hoe een therapeute de focuserende grondhouding concreet in therapie kan realiseren, heeft Gendlin op diverse plaatsen in detail beschreven (1968, 1981, 1984). We kunnen de experiëntiële respons van de therapeute synthetiseren in twee bijdragen: vooreerst luistert de therapeute zeer specifiek naar wat de cliënt uitdrukt en dat begrip geeft zij weer in een reflectie die tevens de focusinguitnodiging bevat, daarnaast is de therapeute aanwezig als een persoon die vanuit haar eigen aanvoelen van de gehele situatie reageert en daarmee de interactie en de belevingswereld van de cliënt onmiskenbaar beïnvloedt. Die twee aspecten van experiëntieel functioneren van de therapeute, vormen ook de basis van de "Therapist Experiencing Scale" (Klein, Mathieu-Coughlan & Kiesler, 1986) waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen: "referent" en "manner". "Referent" is dat aspect van de beleving van de cliënt waar de therapeute op ingaat, "manner" beduidt de kwaliteit van de beleving van de therapeute of de manier waarop zij zich in de interactie uitdrukt.

Vooral dit aanwezig zijn en het reageren als ervaren persoon wil ik hier beklemtonen als een basisbekwaamheid van de therapeute. De therapeute houdt experiëntieel voeling met wat er in de cliënt omgaat, met wat zich aandient vanuit de therapeute en wat er zich tussen hen beiden afspeelt. Dat alles resulteert in een beleving bij de therapeute van waaruit zij kan spreken en handelen. Van hieruit geeft zij empathische responsen die meer zijn dan een intellectueel begrijpen. Daar ligt tevens het referentiepunt waaraan zij de authenticiteit van haar woorden en daden kan toetsen. Vanuit dit niveau ervaart zij iets bij het verhaal van de cliënt dat de cliënt zelf soms geneigd is over te slaan. Bijvoorbeeld terwijl ik luister naar het verhaal van een man wiens vader gestorven is, komt er in mij "iets verkrampt". Van daaruit reflecteer ik: "Het is alsof je iets krampachtig probeert tegen te houden?" Na deze reflectie komt de cliënt in contact met zijn verdriet. Bij een andere cliënt merk ik dat ik mij telkens zeer opgejaagd voel aan het begin van de sessie. Na enkele sessies verwoord ik dit opgejaagde gevoel, waarop de cliënt vertelt dat hij in de wachtkamer altijd zorgvuldig de tijd in 't oog houdt en elke minuut dat de therapie te vroeg of te laat begint, interpreteert als een verwerping door mij. Het negeren of overslaan van dat gevoel in de therapeute zou aanleiding geven tot inauthenticiteit in de relatie en zou ook in de cliënt de incongruentie verder laten bestaan. Een van de fundamentele houdingen die een therapeute zich volgens mij moet eigen maken is: open te staan, ontvankelijk te zijn voor haar lichamelijk gewaarworden over het hele gebeuren; hoe raakt en beweegt het mij, hoe kan ik bij dat vage gevoel blijven zodat het zich kan verduidelijken. Om deze barometer zuiver en gevoelig te laten functioneren is leertherapie en supervisie onontbeerlijk. Pas als de therapeute in zichzelf dat niveau van gewaarworden kan benaderen, ervaren en uitdrukken, weet zij waarnaar zij zich bij de cliënt kan richten en hoe zij de cliënt kan helpen om daarmee om te gaan. Zij kan dan verder de instructies en wenken uit het focusingboek (Gendlin, 1981) op zo'n wijze integreren dat ook de cliënt in contact kan komen met zijn zinvoelend lichaam en de stroom van zijn spreken experiëntiëler kan worden (zie hieromtrent ook: Depestele, 1989).

**ELKE FOCUSINGSTAP BEVAT EEN WAARDEVOLLE
UITEENZETTING VAN EEN MICROPROCES
BINNEN PSYCHOTHERAPIE**

Gendlin (1981, 1984) onderscheidt zes stappen in de focusinginstruc-

ties. Hij vindt het noodzakelijk om bij het aanleren van focusing, aan elke stap aandacht te besteden. In dit stukje wil ik op de stappen ingaan, niet als aan te leren onderdelen van focusing, maar als beschrijvingen van micro-processen of taak-relevante processen die zich binnen psychotherapie op bepaalde momenten aandienen. De beschrijving van een micro-proces kan de therapeute helpen om in specifieke omstandigheden optimaal te interveniëren. Het is belangrijk om te leren zien wanneer en hoe specifieke micro-processen op diverse momenten in therapie zich aandienen. Dit vraagt om een proces-diagnose waarin de therapeute de signalen onderkent die het te faciliteren micro-proces inleiden (Rice, 1984). Vanuit mijn klinische ervaring en in dialoog met andere auteurs zal ik de diverse micro-processen binnen focusing toelichten en illustreren.

1. Men laat de cliënt aftasten welke problemen hem belasten en men helpt hem om los te komen van de identificatie ermee

Herhaaldelijk heb ik ondervonden dat dit een bijzonder waardevolle explicatie is van het soort proces dat de therapeute dient te faciliteren op de momenten dat een cliënt overspoeld wordt door zijn problemen of er zich helemaal mee identificeert. Bijvoorbeeld een cliënt komt in contact met heel veel "oud zeer". Hij zegt: "Het is precies alsof ik verdwijnt als ik daaraan begin, alsof er dan niemand meer hier in deze stoel zit!" De therapeute: "Kan je je voorstellen dat er hier tussen ons een koffer staat waarin je al dat oude zeer insteekt, terwijl jijzelf in je stoel blijft zitten?... Hoe voelt dat als je je dat voorstelt?" Daarop wordt de cliënt rustiger en kan hij contact maken met zijn verdriet, zonder dat hij er door wordt overspoeld. Hij ontdekt dat er in het oude zeer diverse lagen zitten die hij nu stukje voor stukje kan hernemen. Dit voorbeeld illustreert hoe belangrijk het soms is voor de cliënt om eerst wat afstand te scheppen tot het probleem en los te komen van de identificatie ermee, vooraleer hij er op vruchtbare wijze mee kan werken. Een ander voorbeeld betreft een cliënt die helemaal in paniek raakt vanuit de vele moeilijkheden die zich in zijn levenssituatie nu aandienen. De therapeute: "Stel je voor dat je in een bootje zit dat bijna zinkt onder de vele zware lasten. Elk probleem uit je leven nu is een pak dat in je boot ligt. We gaan al de problemen uit je boot laden en op de oever zetten. Welk zwaar pak halen we eerst uit de boot? Welk probleem kom je eerst tegen?" Zo worden de pakken één voor één uit de boot geladen. De the-

rapete laat de cliënt telkens voelen wat het hem lijfelijk doet als zijn boot lichter wordt. Vervolgens wordt één van de pakken op de oever nader bezien, maar het pak mag niet terug in de boot. Telkens als de cliënt dreigt overrompeld te worden door het probleem, suggereert de therapeute dat het pak op de oever moet blijven en niet in zijn boot mag komen. Dit voorbeeld laat zien hoe we soms eerst al de problemen moeten aftasten, zonder dat we op een bepaald probleem dieper ingaan. Hierbij proberen we contact te maken met die persoon die nog iets anders is dan de som van zijn problemen. Voor de cliënt blijkt het op zich reeds een bijzonder therapeutisch effect te hebben als hij voelt dat hij nog "iemand" is los van zijn problemen. McGuire (1982, 1984) beschrijft hoe dit proces succesvol kan gebruikt worden in de crisisopvang van ernstig suïcidale patiënten. Kanter (1982) past het toe bij kankerpatiënten en Grindler (1982, 1985) illustreert hoe dit patiënten helpt om beter te kunnen omgaan met kanker en andere ernstige somatische ziekten.

Hierbij blijkt ook telkens dat het gebruik van beelden zeer doeltreffend werkt, zeker als het gekozen beeld aansluit bij de leefwereld van de cliënt. In deze context maakt de Japanner Itoh (1988) melding van een bijzonder krachtig beeld dat in zijn land gebruikt wordt: de "Tsubo" is een pot waarin wezenlijke dingen uit het leven opgeborgen worden. Uiteindelijk dient het zelfs om de as van de gestorvene in op te bergen. Die symbolische betekenis van de "Tsubo" gebruikt men in therapie om de cliënt zijn probleem dat hem te zeer beangstigt of overspoelt, te laten in opbergen. Nadien vraagt men dan aan de cliënt om zich over die "Tsubo" een gevoel te vormen.

Persoonlijk heb ik het proces dat in deze eerste focusingstap wordt beschreven, ervaren als anders, nieuw en verrijkend dan wat ik kende vanuit de klassieke client-centered therapie. Immers als de therapeute de cliënt begeleidt om eerst een werkbare afstand te creëren in het contact met een ondraaglijk of overspoelend probleem, dan treedt de therapeute zeer sterk naar voren als proces-deskundige en daarbij maakt zij vaak gebruik van suggestieve instructies.

2. Men vraagt de cliënt om zijn aandacht naar binnen te richten en een globaal gevoel te laten opkomen omtrent het probleem dat ter sprake is

Dit is de meest cruciale stap in experiëntiële psychotherapie. Mathieu-

Coughlan en Klein (1984) definiëren het moment waarop de cliënt zijn perspectief van buiten naar binnen kan verleggen (tussen fase 3 en 4 op de "Patient Experiencing Scale") als een sleutelgebeuren in therapie. De therapeute kan expliciet naar die verschuiving toewerken. Daarvoor moet zij in haar antwoord refereren naar datgene van waaruit de cliënt probeert te spreken, maar wat nog onduidelijk is. Bijvoorbeeld: "Je hebt geen redenen om je vrouw te wantrouwen en toch is er iets in jou dat twijfelt?" Als een cliënt ingaat op de uitnodiging om zijn aandacht naar binnen te richten, volgt er meestal een stilte waarin het gevoel zich verder vormt. Vooral in deze fase is de hoger beschreven attitude van wachten en receptieve aandacht cruciaal. De vorming van een gevoelde beleving vraagt tijd en stilte. Iberg (1981a) zegt hierover: "It is not there immediately when you turn your attention inward. Emotions may be there immediately, but the felt sense is not. It only forms after you begin sensing for it. It comes when you wait quietly to let your sense of the whole come to you" (p. 350).

Deze stap is voor velen ook de moeilijkste omdat de aandacht gaat naar een plaats waar vaak pijn, angst, verwarring en vaagheid aanwezig is. De therapeute moet dan veel moeite doen om daar samen met de cliënt naar toe te gaan. Soms zal er eerst lang moeten gewerkt worden aan het tot stand komen van een basisveiligheid. Bijvoorbeeld: een cliënt heeft verteld over hoe hij als kind thuis mishandeld werd. De therapeute: "Alsof je je toen heel stoer hebt gedragen, maar er nu ook iets anders rond voelt?" De cliënt: "Ach ik zorgde ervoor dat ze me zo weinig mogelijk konden pakken." De therapeute: "Als ze mij maar niet kunnen pakken... dat is belangrijk?" De cliënt: "Mijn vader kon ook heel vrolijk zijn." Enige sessies later: De therapeute: "Je hebt me al veel verteld over hoe het er thuis aan toe ging, ik zou mij daar als kind heel verward en angstig bij voelen. Herken je daar iets van als je binnen in jezelf kijkt?" De cliënt: "Je mag je nooit zwak tonen!" De therapeute: "Als je iets van angst of verwarring voelt, ben je zwak?" De cliënt: "Alleen de sterken blijven overeind." De therapeute: "Je moest ook wel heel sterk zijn om het daar uit te houden." Er is voor deze cliënt kennelijk nog niet genoeg veiligheid en vertrouwen om zich naar zijn diepere gevoelens toe te keren. Een jaar later komt daar sporadisch verandering in. De cliënt: "Ik weet wel, mijn vader was gestoord, maar dat was nog geen reden om ons zo te behandelen!" De therapeute: "Ergens voel je je ook kwaad op hem?" De cliënt: "Hij had niet het recht om mij zo te mishandelen." De therapeute: "Daarmee heeft hij jou veel aangedaan."

De cliënt: "Dat is aan geen mens uit te leggen!" De therapeute: "Wat er daarmee allemaal in jou achterblijft is ontzettend moeilijk aan een ander over te brengen... maar het is precies ook lastig voor jezelf om dat allemaal te voelen?" De cliënt: "Soms ben ik bang dat het binnen in mij zal ontploffen." Hier is er een pril begin van de mogelijkheid om de aandacht naar zijn diepere gevoelens te richten en de therapeute als deelgenote aan zijn innerlijke strijd toe te laten.

3. Men zoekt naar woorden, beelden of symbolisaties die de kwaliteit van dat gevoel uitdrukken, waarmee men de gevoelde betekenis kan vasthouden

Als de cliënt dat nog onduidelijke gevoel tracht uit te drukken in een woord, een zin, een beeld, of een niet-verbale uitdrukking (zie ook Leijssen, 1984, 1989), dan dient de therapeute zorgvuldig te volgen en te reflecteren. Vooral in deze fase is het belangrijk om "geladen woorden" te behouden. Immers als de therapeute die zou wijzigen, dan zou de cliënt de specifieke lading die met een bepaald woord verbonden is, kunnen verliezen. Gendlin (1984) duidt deze uitdrukkingen aan als "handvatten", waarmee de cliënt het geheel van zijn beleving kan vasthouden. Bijvoorbeeld: therapeute: "Wat is dat gevoel met betrekking tot je vader?... Wat is daarin de voornaamste kwaliteit?" (stilte), Cliënt: "Het duidelijkste is respect." Therapeute: "Respect." Cliënt: "Maar respect op afstand, respect dat je negatief zou kunnen omschrijven." Therapeute: "Respect op afstand."

Opvallend is dat er zich in deze fase bij de cliënt vaak een beeld aandient als de levendigste uitdrukking van zijn complexe gewaarwording. Metaforen hebben dat voordeel dat ze de essentie van wat nog onzegbaar is vatten en het met enkele woorden in al zijn nuances oproepen. "Metaphorical language seems particularly suited to the task of accurately evoking an experience while leaving open all sorts of possibilities that are not yet clear" (Rice, 1974, p. 309). Bijvoorbeeld de cliënt in het gesprek met Rogers (1977) drukt zijn complexe pijnlijke beleving uit met: "A big lump in my throat," "A goddamn tree rammed up my ass."

Soms komt het beeld, waarmee de gehele gevoelde betekenis geëvoceerd wordt, niet van de cliënt maar van de therapeute. Rice (1974) maakt er ons aandachtig voor dat de therapeute die niet alleen cognitief luistert, maar met heel haar wezen het verhaal van de cliënt opneemt, haar globaal aanvoelen kan synthetiseren in een beeld dat dichter bij de

oorspronkelijke beleving van de cliënt aansluit dan zijn eigen woorden. Bijvoorbeeld een cliënt heeft met diverse voorbeelden aangegeven dat hij steeds oplettend is om geen gevaarlijke reacties te krijgen. De therapeute reflecteert: "Het lijkt alsof je je voortdurend in een mijnenveld beweegt." De cliënt herkent dit beeld onmiddellijk als de exacte uitdrukking van de globale kwaliteit van zijn beleving die hij doorheen al zijn voorbeelden probeerde weer te geven. Zoals ook Santen (1986) illustreert, bevordert het gebruik van een beeld de innerlijke gerichtheid. Doordat het zo'n hoge mate van pregnantie heeft, helpt het de cliënt om de specifieke gevoelskwaliteiten vast te houden. De kracht van het beeld als "handvat" blijkt ook uit het feit dat de cliënt via het beeld zijn beleving weer kan evoceren, zelfs na lange tijd. Na het opkomen van de gevoelde betekenis is het belangrijk dat de cliënt zijn innerlijk referentiepunt kan vasthouden, om te toetsen of de uitdrukkingen het precies weergeven. Dat vermogen tot vasthouden van een gevoeld referentiepunt (tussen fase 4 en 5 op de "Patient Experiencing Scale") wordt door Mathieu-Coughlan en Klein (1984) aangeduid als een volgend sleutelgebeuren in goede therapie. Als de uitdrukking precies past op het gevoel, geeft dit reeds een opluchting bij de cliënt. Als de beleving exact geraakt is, kan ze zich verder ontvouwen.

4. Men gaat heen en weer tussen de symbolisaties en het gevoelde, waarbij de gevoelde betekenis zich steeds verder ontvouwt, totdat de volledige opluchting voelbaar is

De juiste uitdrukkingen reflecteren we. Het lichamelijke weten accepteert uitsluitend precieze verwoordingen. Andere uitdrukkingen, zelfs synoniemen, resoneren niet met het gevoelde en worden verworpen. Doorheen de diverse exacte uitdrukkingen kan het ervaringsproces zich steeds verder ontvouwen tot het volledig is uitgedrukt. Dat gaat gepaard met een lichamelijke beleving van opluchting. Dit gebeuren dat zich situeert tussen fase 5 en 6 op de "Patient Experiencing Scale", wordt door Mathieu-Coughlan & Klein (1984) gedefinieerd als een volgend sleutelgebeuren in therapie. In dit toetsings- en ontvouwingsproces zal de cliënt zijn uitdrukkingen vervolledigen of corrigeren totdat het voldoende is uitgedrukt. Dat is duidelijk zichtbaar aan een aantal tekenen: zolang er nog aarzeling hangt in de woorden of de gebaren, als de mimiek nog geen rust en tevredenheid uitstraalt, als de cliënt nog geen algemene fysieke opluchting voelt, dan is het proces nog niet hele-

maal rond. We blijven het onderliggende gevoel de tijd geven om zich verder te expliciteren, we toetsen of dat woord de kwaliteit uitdrukt, en we ontvangen het antwoord van het lichaam. Als de gevoelde betekenis exact en voldoende uitgedrukt is, ervaart de cliënt een duidelijke fysieke opluchting, bevrijding en voldoening, zelfs als het gaat om onaangename ervaringen. Er "duwt" niets meer in de cliënt, het ligt daar duidelijk geëxpliciteerd, "het kind is geboren". Bijvoorbeeld: een cliënte vraagt zich in de sessie af waarom ze bang is om met andere mensen in contact te komen en ze stuit op het feit dat ze haar ogen niet kan sluiten. De therapeute vraagt haar wat er in haar opkomt rondom het idee van haar ogen te sluiten bij een contact met andere mensen. De cliënte antwoordt met diverse tussenpauzes en interventies van de therapeute: "Ongelooflijk gespannen," "Dan ben ik verloren," "Als er een reactie komt die ik niet verwacht heb dan kan ik mij niet meer beschermen." Als ik haar dan vraag naar de ergst mogelijke reactie waartegen ze zich zou moeten beschermen, komt er een heel verhaal naar boven van hoe ze op 15-jarige leeftijd verkracht werd door de vader van een vriendin waarbij ze logeerde. Ik heb het gevoel dat er daarmee iets belangrijks geraakt is maar dat nog niet alles is uitgedrukt, want ik zie nog spanning in de cliënte. Ik vraag opnieuw: "Voel je nu nog iets van kwaadheid?" En ze herneemt, met diverse tussenpauzes en interventies van de therapeute: "Gechoqueerd," "Overrompeld," "Kwaad ook op mijn vriendin," "Teleurgesteld," "Machteloosheid dat ik niet mocht reageren," "Lafheid omdat ik mij aanpas aan wat anderen van mij verwachten," "Afkeer," "Walging," "Afstoting." Daarmee lijkt het onvolledige ervaringsproces voldoende geëxpliciteerd. Ze voelt zich opgelucht, over heel haar lichaam komt ontspanning. We zien hier dat de betekenissen die in een "vastgelopen ervaringsproces" opgesloten lagen, via exacte symbolisaties worden uiteengezet en opnieuw georganiseerd, zodat er nieuwe interacties met huidige gebeurtenissen mogelijk worden.

5. Men helpt de cliënt om het proces te beveiligen tegen interne kritische instanties

Deze taak kan op diverse momenten doorheen de vorige micro-processen aan bod komen omdat de normerende en aanvallende stemmen van de innerlijke criticus de cliënt op diverse momenten kunnen weerhouden om contact te maken met het veelkleurige palet van zijn beleving of hem aanmanen weer snel op zijn stappen terug te keren als

hij zich even in de exploratie heeft gewaagd. Bovendien verloopt een ervaringsgericht proces niet volgens de wetten van de logica of een normale volwassen denkwijze, men kan dan ook niet vooraf de richting van het ervaringsproces voorspellen. "The initial symbols that fit the felt sense may be primitive, in the sense that they are childish or immature when compared with the normal thought process of the person... Only after the emergence begins with its own just-right symbolization can the material change and become adult and consistent with the rest of the client's explicit conscious contents" (Iberg, 1981a, p. 349). Ook botsen we bij mensen vaak op een dualiteit tussen wat lijfelijk geweten is en de argumenten, rationalisaties of normeringen die daar tegen ingaan. In de Gestalttherapie benoemt men dit als het conflict tussen de "underdog" (wat ik voel, nodig heb) en de "topdog" (wat ik hoor te doen, zou moeten, redelijk is), waarbij de therapeute de underdog helpt verstevigen zodat deze kan stand houden naast de topdog. Hendricks (1986) trekt de aandacht op het feit dat cliënten de neiging hebben om hun eigen ontluikende ervaring aan te vallen. We moeten de cliënt helpen om dit te onderkennen in plaats van zijn proces los te laten. Het gaat er niet zozeer om dat men niets van buitenuit wil toelaten, maar wel dat men het gestropte ervaringsproces eerst de tijd wil geven om zich helemaal te openen. Gendlin (1984) spreekt in deze fase van "receiving": "One learns to move old voices aside before they crowd out the physical sense of the shift" (p.88). Bijvoorbeeld bij een 35-jarige cliënt die samenleeft met zijn vader en die in de sessie gekomen is bij: "Ik wil hem kwijt," komt er meteen de bedenking: "Oei, oei, dat mag toch niet, hij heeft zoveel voor mij gedaan!" Hier intervenueert de therapeute: "Kan je dat gevoel van "ik wil hem kwijt" even toelaten zonder daar onmiddellijk consequenties naar de realiteit aan vast te knopen?" Waarna de cliënt ontdekt: "Ja, dat is rustgevend, en misschien is het niet zozeer dat ik hem kwijt wil, maar wel dat ik bepaalde gedragingen van hem niet kan accepteren."

Bij sommige cliënten is de interne kritische instantie echter zeer hardnekkig en zitten de rationalisaties, de normen en de weerstanden voor elk gevoel. Het lijkt alsof er een dikke laag is waar we eerst doorheen moeten; of men zou kunnen zeggen dat we het proces nog moeten opdelven i.p.v. het beveiligen. Omtrent dat opdelven van het proces valt er mijns inziens nog veel te leren. Het vraagt enerzijds een sterker communiceren van de grondhoudingen – terwijl juist deze cliënten het de therapeute dikwijls het moeilijkst maken om daarin authentiek en

consequent te blijven – en anderzijds een nauwkeuriger zoeken naar specifieke faciliterende interventies.

6. Verdere associaties, inzichten, verbanden en nieuwe plannen komen op en worden geïntegreerd

Na de gevoelde opluchting kan er een volgende stap gezet worden: er komen associaties, inzichten, verbanden met andere ervaringen en nieuwe plannen. "One's whole map of some trouble changes" (Gendlin, 1984, p. 87). Bijvoorbeeld bij de hogervermelde "verkrachte" cliënte komt er op het einde van de sessie naar boven: "Ik heb eigenlijk nooit het respect gekregen dat ik nodig had om mij als vrouw te kunnen ontwikkelen, heel mijn opvoeding was vernietigend ten aanzien van het vrouwelijke... Ik voel mij nu sterker, alsof ik mij nu durf tonen... Ik wil mezelf wat beter verzorgen, ik ga eens iets moois kopen voor mezelf..." Mathieu-Coughlan en Klein (1984) situeren deze ervaring van nieuwe, autonome en meer positieve gevoelens tussen schaalstap 6 en 7 van de "Patient Experiencing Scale" en onderscheiden ook deze stap als een sleutelgebeuren van adequate therapie.

In deze fase kan het zinvol zijn om het probleem nog langs meerdere zijden te benaderen, bijkomende vragen te stellen en te kijken naar verbanden met andere voorvallen. Bijvoorbeeld: "Dat waar je nu allemaal op stoot, wat betekent dat met betrekking tot je moeilijkheden van de laatste tijd?" Het kan ook nuttig zijn om na de gevoelde opluchting – nadat men eerst een stilte heeft gelaten – concrete stappen in de realiteit in overweging te nemen. Bijvoorbeeld: "Wat je nu ontdekt hebt, hoe zou je dat vorm kunnen geven in je dagdagelijkse leven?" Als er soms een suggestie of iets van advies te geven valt, dan is dit het goede moment. Bijvoorbeeld: "In folder X vind je een gevarieerd gamma van interessante groepsreizen," of "Probeer er eens met je vader over te spreken." In deze fase is er een grotere bereidheid om nieuwe verbanden te leggen en om in te gaan op nieuwe interacties of stappen te zetten, waar men voordien niet toe in staat was. Bij het zetten van concrete stappen in het dagelijkse leven, komt de cliënt in contact met andere facetten van het probleem, waaruit zich dan weer een nieuwe gevoelde betekenis kan vormen.

Doorheen de diverse stappen verandert er iets in de cliënt. Maar daarnaast blijkt herhaaldelijk dat de cliënt deze wijze van omgaan ook buiten de sessies leert gebruiken voor zichzelf en anderen. Veel cliënten

rapporteren dat ze teruggrijpen naar een fantasie (zoals bijvoorbeeld 'de boot uitladen') die hen helpt om afstand te maken als ze opnieuw dreigen bedolven te raken onder de problemen. Of ze merken bij zichzelf dat ze gevoeliger worden en meer open staan voor wat zich als nog vaag en ongevormd aandient. Ze zetten hun gewaarwordingen minder vlug opzij. De cliënt heeft als het ware geleerd therapeut te zijn voor zijn eigen innerlijk proces, dat door Gendlin (1984) dan ook treffend "the client's client" wordt genoemd.

TE STERK BEZIG ZIJN MET EEN SPECIFIEKE WERKWIJZE DOET AFBREUK AAN DE GRONDHOUDINGEN

Als een therapeute sterk gericht is op het in praktijk brengen van een specifieke werkwijze, dan doet zij daarmee meestal afbreuk aan de grondhoudingen. De zorg om een houding niet te reduceren tot een techniek is binnen client-centered kringen altijd aanwezig geweest. Rogers (1980) protesteert bijvoorbeeld heftig tegen de gelijkstelling van "de grondhouding empathie met de techniek van reflectie" (p.139). Toch blijkt in de praktijk soms dat therapeuten meer bezig zijn met de technische uitvoering dan met de grondhouding zelf. Zo heb ik onderzocht dat therapeuten zich soms sterk richten op focusing als techniek en daarmee zondigen, niet alleen tegen de Rogeriaanse grondhoudingen, maar ook tegen de focusingattitude zelf die er een is van ontvankelijk zijn voor wat zich nog aan het vormen is, zowel binnen de cliënt, als binnen de therapeute, als tussen hen beiden. Van de moeilijkheden die ik op die manier in de voorbije jaren ben tegengekomen (zie ook Leijssen, 1986), tracht ik hier iets in kaart te brengen.

Een veel voorkomende "fout" is dat de therapeute *te vroeg* komt met vragen naar het onderliggende niveau, namelijk wanneer de cliënt eigenlijk eerst meer wil vertellen over heel zijn situatie en nog geen behoefte heeft aan verdieping. De behoefte aan verdieping dient zich meestal pas aan als de cliënt "uitverteld" is, iets beleeft van "wat nu?" of op een of andere manier gewaarwordt dat er in zijn verhaal iets onduidelijks, iets problematisch zit, waarbij hij zou willen stilstaan. Maar in eerste instantie wil de cliënt zijn verhaal doen en daarin gehoord en begrepen worden.

Het *taalgebruik* van de therapeute past niet altijd exact bij de beleving van de cliënt, het is te veel de taal van de focusinginstructies. In plaats van bijvoorbeeld: "Hoe voelt dat in je lichaam?", kan de focu-

singuitnodiging specifiek bij de beleving aansluiten met bijvoorbeeld: "Dingen zeggen waaruit je kennis blijkt, doet je bijzonder ongemakkelijk voelen; welk soort ongemak is dat?". Bovendien is de term "*lichaam*" voor sommige cliënten zeer beladen: we betreden daarmee een gevaarlijke of verboden zone, we raken aan een taboe. De cliënt "antwoordt" dan met blokkering, afsluiting. Op zo'n moment is het belangrijk de sluiting te respecteren en eerst verder te bouwen aan het veilige milieu waarin de cliënt kan blijven stilstaan bij de blokkering. Bij vrouwen met incestueuze of verkrachtingservaringen komt deze beladenheid van het "lichaam" in extreme mate voor.

Soms komen de interventies van de therapeute als een *hindernis* om wat er daar nu specifiek te voelen is, nog verder te laten vormen. De cliënt gaat dan in op wat de therapeute heeft binnengebracht, waarbij dat andere, dat zich misschien nog had kunnen vormen, op de achtergrond geraakt. Murase (1988) merkt op dat van zo gauw de therapeute enige moeilijkheid ondervindt om ten volle empathisch aanwezig te zijn bij de cliënt, de therapeute moet stoppen met de focusinginstructies. In Japan ondervond hij dat als er dan toch werd doorgegaan, de cliënt overspoeld werd door angstaanjagende beelden en alle zelfcontrole verloor.

De globale *situationele context* en de interactie waarbinnen de focusinginstructies worden aangeboden, worden soms verwaarloosd. Door gaans impliceert dit een onvoldoende laten vormen of een negeren van een gevoelde betekenis omtrent het aan gang zijnde gebeuren, bij de cliënt of bij de therapeute. Bijvoorbeeld: een cliënte heeft in het derde gesprek geruime tijd verteld over een vroegere relatie met een man. De therapeute vraagt: "Kan je eens even stilstaan bij wat je daar nu rondom die man beleeft? Wat komt er daarbij in je op?" De cliënte ervaart "spanning". Als de therapeute ingaat op die spanning blijkt het te maken te hebben met de situatie hier-en-nu, waarin de cliënte zou willen weglopen omdat ze weet dat ze in therapie dieper op het probleem zal moeten ingaan. De wijze waarop de situatie hier-en-nu in de therapie de cliënte raakt, zit vóór al het andere waarover zij spreekt. Het "eigenlijke" probleem van dit moment, wordt aanvankelijk door de cliënte niet opgepakt en ook de therapeute heeft er geen voeling mee. Gelukkig komen cliënte en therapeute in dit voorbeeld wél bij het eigenlijke probleem van dit moment, ook al was de focusinginstructie op iets anders gericht. Maar bij een cliënt die sterk gericht is op de verwachtingen van anderen, zal de vraag naar verdieping van het pro-

bleem, overkomen als iets waaraan hij moet beantwoorden. Het brengt hem dan eerder weg van het zich bijvoorbeeld ongemakkelijk voelen in de aanwezigheid van de therapeute en dat even kunnen toelaten en daarop ingaan. Gendlin tracht dat te ondervangen door aan de cliënt ook "splitlevel instructions" te geven: "The moment the instructions seem to do some violence in you, stop, see directly what you have there. On one level "follow" and on another level "don't follow" the instructions." "The splitlevel instruction is to find the individual's process with our diagram and to find where the diagram fails" (Gendlin, 1984, p. 88). Toch blijkt soms dat het focuserend ingaan op een specifiek probleem, iets anders, dat eigenlijk wezenlijker is, kan overslaan. Ik heb mij dat bijvoorbeeld gerealiseerd na een ervaring met een student die bij mij kwam aankloppen met een persoonlijk probleem waarrond hij meer klaarheid wou scheppen. Ik voelde mij wat op mijn ongemak omdat die student altijd kritisch was tegenover mij en ik voelde mij enigszins geduwd om mijn expertschap te bewijzen. In plaats van aan dat beginnende gevoel in mezelf aandacht te schenken, ging ik onmiddellijk mee met datgene waarover de cliënt begon te vertellen. Na de sessie gaat de cliënt opgelucht buiten en ik ben tevreden dat de cliënt goed heeft kunnen werken aan zijn probleem. Een tijd later verneem ik van een collega dat diezelfde student eigenlijk allerlei gevoelens tegenover mij heeft. Op dat moment besepte ik dat ik focusing als een techniek had aangewend en dat ik de situationele en interactionele context waarin die student met zijn vraag naar mij kwam en mijn eigen aanvoelen van dat gebeuren, had genegeerd.

De focusingtechniek leent er zich toe om intense, levensbelangrijke gebeurtenissen door te maken met iemand waarmee men geen persoonlijke relatie hoeft te hebben of waarbij men geen aandacht moet besteden aan de *onderlinge relatie*, zolang die niet hinderend werkt. De therapeute komt niet op de voorgrond, er hoeft geen bewuste perceptie te zijn van de persoon van de therapeute, het "er zijn" van de therapeute kan volstaan opdat de cliënt zich veilig genoeg voelt om het proces te laten doorgaan. Het centrale gebeuren is het ontvouwingsproces in de cliënt, de relatie tussen de cliënt en de therapeute is ondergeschikt en in functie van dat gebeuren, het gaat niet zozeer om een ontmoeting tussen twee mensen. Maar als de therapeute en/of de cliënt steeds een bijzondere voorkeur hebben voor deze werkwijze, kan men zich afvragen of daarmee iets anders wordt ontweken, namelijk het contact of de reële ontmoeting met de ander. Dat gegeven zou dan eigenlijk eerst

moeten bevestigd worden.

Tot slot wil ik hier nog wijzen op een ander probleem: op de markt van welzijn en geluk kan focusing zich gemakkelijk een plaats veroveren als een van de vele methoden waarmee men bij mensen allerlei ervaringen kan opwekken. Gendlins boek *Focusing* (1981) werkt mede de illusie in de hand dat problemen eenvoudig zijn op te lossen met een handleiding. Het is positief dat inzichten uit therapie worden vertaald in bruikbare principes voor het grote publiek. Maar het gevaar dat focusing hier aangewend wordt louter als een techniek, los van de grondhoudingen, is niet denkbeeldig. Ik heb soms de indruk dat focusing bedreven wordt als een van de vele *welvaarts-bezigheden*, consumeren om te consumeren, een honger naar ervaringen, zonder dat men zich afvraagt van waaruit die behoefte komt. De fundamentele problemen worden daarmee omzeild. Therapie is een complexer en moeizamer gebeuren, waarin we veel zorg dienen te besteden aan de wijze waarop en de context waarin we onze instructies aanbieden.

DE AANGEWENDE WERKWIJZE IS TEVENS UITDRUKKING VAN DE PERSOONLIJKHEID VAN DE THERAPEUTE

Meestal wordt een therapie-methode belicht vanuit het proces in de cliënt. Dit moet natuurlijk de hoofdbekommernis zijn. Toch meen ik dat het belangrijk is te beseffen dat de keuze voor een therapierichting en de aangewende werkwijze ook uitdrukking is van de persoonlijkheid van de therapeute. Zou het bijvoorbeeld kunnen dat psychoanalyse therapeuten aantrekt met een voorkeur voor intellectueel begrijpen? Zijn gedragstherapeuten mensen die graag controle hebben? Houden gezinstherapeuten van actie en dirigeren? Recruteert gestalttherapie eerder ludieke persoonlijkheden? En wij client-centered therapeuten... hebben wij misschien gemeenschappelijk dat wij ons aangetrokken voelen tot "contact"?

Rogers (1980) vertelt op de hem zo eigen openhartige wijze, iets over zijn persoonlijke affiniteit: "As I look back, I realize that my interest in therapy certainly grew in part out of my early loneliness. Here was a socially approved way of getting really close to individuals and thus filling some of the hungers I had undoubtedly felt. The therapeutic interview also offered a chance of becoming close without having to go through what was to me a long and painful process of gradual and deepening acquaintance" (p. 34). Bewust of onbewust kiest elke therapeute ook van-

uit persoonlijke behoeften voor een bepaalde therapierichting. Ieders vormgeving van de grondhoudingen is tevens uitdrukking van ieders specifieke "eigen(aardig)heden". En dat is goed, want daarmee wordt therapie een persoonlijk en levendig gebeuren. Zo bekeken zouden we bijvoorbeeld kunnen veronderstellen dat de Rogeriaanse grondhoudingen door Gendlin vertaald werden in focusing, enerzijds als een nieuwe benadering van een probleemgebied, anderzijds als een werkwijze waarin Gendlin meer "zichzelf" kon zijn. Ik voel mij niet bevoegd om de persoonlijkheid van Rogers en van Gendlin te doorgronden om deze stelling te staven; ik kan dit alleen onderzoeken vanuit mezelf. Ik zal dat proberen te illustreren aan de hand van enkele dimensies die in therapie voorkomen en waarin elke therapeute haar persoonlijke positie zal kiezen.

Vooreerst de dimensie *directiviteit*, een gevoelig thema in Rogeriaanse kringen! Aanvankelijk heb ik mij ontzettend ingespannen om te "passen" in de klassieke client-centered therapie, waarbij ik veronderstelde dat ik de cliënt voortdurend moest volgen. Focusing bevalt mij o.a. omdat ik hier met mijn actieve en directieve kant aan mijn trekken kom, op een wijze die voor de cliënt vruchtbaar blijkt te zijn. Ik zou mijn actieve kant niet graag achterwege laten in therapie. Het brengt immers energie en dynamiek binnen die bij sommige cliënten iets dat afgestorven of ondergedekt is, terug in beweging brengt. Tevens wordt die directiviteit en activiteit goed bewaakt binnen een proces waarin stilte, wachten bij het onzegbare en voortdurend toetsen aan het innerlijk referentiepunt, zo'n belangrijke plaats innemen.

Vervolgens zou ik naar de dimensie *afstand-nabijheid* willen kijken. Meestal wordt hierover geschreven vanuit de bekommernis om in therapie de passende werkrelatie voor de cliënt te installeren. In deze context werd ik bijvoorbeeld getroffen door een bedenking van Fuhrmann (1989) rondom het gebruik van focusing bij psychosomatici: "There seems to be a third between client and therapist to which both can refer without touching each other directly. That looks like a support to the safety of the client, which enables him to allow more intensity in the therapeutic relation." Ik ben van mening dat er in goede therapie afstand nodig is om therapeutische nabijheid mogelijk te maken. Maar ik kan tevens onderkennen hoe deze verhouding van afstand en nabijheid bij mij past. Eén van de redenen waarom het werken met focusing mij aanspreekt is dat met mijn betrokken aanwezigheid de cliënt doorheen een belangrijk proces kan gaan, terwijl ik toch de afstand van de expert

blijf behouden. Als therapeute ben ik deelgenoot van een intens en in-tiem proces zonder dat wij ons als cliënt en therapeute telkens dicht bij elkaar hoeven te voelen. Mijn behoefte aan een wederzijdse existentiële ontmoeting is beperkt tot enkele mensen die ik meestal zorgvuldig gekozen heb. In die zin past focusing bij mij als persoon en installeert het een niveau van nabijheid waarbij ik mij met veel cliënten goed voel. Mijn gevoeligheid om niet gelijk wie dicht bij mij te laten komen, maakt ook dat ik zeer attent ben voor de ruimte die een cliënt nodig heeft om zich veilig te voelen; ik zal niet vlug te dicht op de cliënt zitten, ik versmelt niet gemakkelijk met de cliënt. Ik blijf als therapeute vaak een goede correctie te zijn op een innemende, versmachtende moeder en schizoïde cliënten komen tot bloei in de nabijheid-afstand positie met mij. Omtrent deze dimensie merkt McConaughy (1987) op: "Each therapist needs to determine a comfortable level of intimacy that suits his or her individual character. Appropriate therapeutic strategies are those that are tailored to the therapist's unique interpersonal manner" (p. 306).

Een andere dimensie die ik *zwaarte-lichtheid* zal noemen, komt tot uiting in de wijze van omgaan met problemen. Iemand die zich identificeert met problemen is "zwaar", belast, beladen, bedrukt. Iemand die voeling kan houden met iets anders dan de problemen is "licht", open, energiek. Dit betekent niet dat problemen worden weggeduwd, vergeten of gerelativeerd, maar wel dat men zich niet laat bedelven onder de zwaarte. Men "heeft" problemen, men "is" de problemen niet. Met focusing zoeken we om bij de cliënt die "werkrelatie" tot zijn probleem te installeren. Maar ik vind het ook voor mij als therapeute belangrijk dat mijn therapeutisch bezig-zijn niet alleen maar "zwaar" is. Ik heb behoefte om contact te houden met het "lichte". Ik wil ook het speelse, het fantasmatische, het creatieve in mijn persoon plaats geven in mijn therapieën. Ik hou ervan om in therapie te spelen met taal, niet-verbale uitdrukkingsvormen te gebruiken, humor binnen te brengen en plezier en zin in het leven te ontdekken.

Hiermee heb ik enkele aspecten belicht die ik via focusing kan vormgeven. Andere therapeuten kiezen wellicht andere wegen om met hun eigen(aardig)heden aan dezelfde en andere aspecten vorm te geven. Daarbij blijkt vaak – zoals ik ook illustreerde in de hoger beschreven dimensies – dat onze "zwakke" kant tevens onze "sterke" kant is. Mijn sterke en mijn zwakke kanten mogen in mijn werkwijze vervat liggen, zolang ik mij dat bewust ben en bereid blijf om die aspecten onder ogen

te nemen. Het wordt gevaarlijk als ik er blind voor ben, of als ik de methode ga misbruiken om moeilijke aspecten voor mezelf uit de weg te gaan en mezelf vanuit persoonlijke belangen buiten schot wens te houden. Grondige zelfreflectie, eerlijk doordenken op commentaren van cliënten en collega's en supervisie die niet eindigt bij het beëindigen van een opleiding, zijn voor mij manieren om daarover te waken.

RELATIEBEKWAAMHEID IMPLICEEFT VOORNAMELIJK GRONDHOUDINGEN EN DAAROP GEENTE VAARDIGHEDEN

Therapie is voor de cliënt en voor de therapeute een zoektocht naar wat de cliënt wezenlijk nodig heeft. Als de relatiebekwaamheid van de therapeute toeneemt, is de kans groter dat er experiëntieel geraakt wordt aan een voor de cliënt wezenlijke belevingslaag, zodat er verandering en groei kan optreden. Binnen die relatiebekwaamheid maak ik een onderscheid, analoog aan de differentiatie die Rice (1983) beschrijft, tussen grondhoudingen en vaardigheden of technieken. Grondhoudingen omschrijven de wijze van zijn van de therapeute, en inspireren haar gedrag. Vaardigheden of technieken specificeren de concrete stappen die de therapeute in specifieke situaties onderneemt, waarmee zij aan die grondhoudingen gestalte geeft. Zo heb ik focusing beschreven als een grondhouding en als een vaardigheid of een techniek waarin diverse stappen kunnen onderscheiden worden. Binnen client-centered therapie zijn we tot de omschrijving van specifieke vaardigheden of technieken gekomen door te analyseren wat bekwame en ervaren therapeuten doen in de praktijk. Daarmee wordt er iets van het adequaat therapie doen zichtbaar en doorgeefbaar. Hierrond wordt o.a. waardevol onderzoek verricht door Rice en haar medewerkers (Rice & Greenberg, 1984) die therapiefragmenten bestuderen om de meest faciliterende interventies in bepaalde situaties te identificeren en om aldus meer inzicht te verwerven in de processen die verandering teweeg brengen. Vanuit die bevindingen kunnen we onze therapeutische vaardigheid leren verscherpen en aldus onze relatiebekwaamheid vergroten.

Daarnaast wenst Rice (1983) het belang van de primaire relationele factoren centraal te stellen en hoopt zij dat we scherper leren zien wanneer juist die grondhoudingen cruciaal zijn. Ik zou willen beklemtonen dat de grondhoudingen altijd eerst zijn, en vaak is dit het enige waarmee we de cliënt tegemoet treden en raken in zijn wezenlijke belevingslagen. "Bekwamer" worden als therapeute, betekent in de eerste plaats

groeien in de grondhoudingen en in tweede instantie zelf ontdekken of bij een ander leren zien hoe die grondhoudingen een vorm kunnen vinden waarmee specifieke cliënten in specifieke situaties kunnen bereikt worden. Deze stelling wordt bijvoorbeeld op bijzondere wijze geïllustreerd door de persoon en het werk van Prouty. Wie Prouty aan het werk ziet, wordt in de eerste plaats getroffen door de liefde en de invoeling waarmee hij omgaat met zwaar contactgestoorde patiënten. Hij verlangt echt naar contact met die patiënten en hij bereikt hen ook! Het gedrag dat hij daarbij stelt, kan gevat worden in de techniek van de "contact-reflecties" (Prouty, 1976; Leijssen & Roelens, 1988). Ook blijkt dat die techniek kan worden aangeleerd (Hinterkopf & Brunswick, 1981). Maar Prouty zegt tevens dat de techniek niet werkt als je niet echt contact wil maken. Prouty zou zelf ook nooit tot de ontwikkeling van zijn werkwijze zijn gekomen, ware het niet dat hij gedreven was om contact te blijven zoeken. Prouty reveleert een vaardigheid of een techniek waarmee ook andere therapeuten relatiebekwamer kunnen worden, op voorwaarde dat ze tevens de grondhoudingen waaruit deze techniek is ontstaan en op gebaseerd blijft, mee in hun persoon verinnerlijken en steeds als vertrekpunt en basis van hun handswijze blijven doorleven.

• Het zwaartepunt ligt in de grondhoudingen. Van hieruit zoekt de therapeute contact te maken volgens haar eigen aanvoelen en met haar eigen vormgeving of met wat zij van anderen geleerd heeft als zijnde een zinvolle vormgeving in specifieke omstandigheden. In de loop der jaren wordt het mij steeds duidelijker hoe verregaand de Rogeriaanse grondhoudingen van empathie, echtheid en aanvaarding en de focusingattitude van wachten bij het onzegbare, soms moeten worden doorgetrokken opdat ze ook voldoende zouden zijn. Met "voldoende" bedoel ik: het moment waarop die grondhoudingen bij de cliënt zijn doorgedrongen en hij ze bij zichzelf kan verinnerlijken. Een cliënt die de grondhoudingen van de therapeute voldoende heeft verinnerlijkt, kan, zonder therapeutische begeleiding, stilstaan bij zijn beleving, op vriendelijke accepterende wijze zijn ervaring exploreren en meer en meer zichzelf zijn in uiteenlopende situaties. Het zijn precies de cliënten die hier het verst van af zijn, die het sterkst appelleren op een verdoordrijven en consequent volhouden van de basishoudingen bij de therapeute.

• Als practici worden we vaak geconfronteerd met de moeizame strijd om samen met onze cliënt vooruit te geraken, doorheen de vele hinder-

nissen in de cliënt, de steeds terugkerende scenario's van interacties waarin we vastlopen en de blinde vlekken in de therapeute. Als de therapeute doorheen dat alles haar grondhoudingen kan handhaven en (of) verdiepen en aldus contact kan maken met het wezenlijke in de cliënt, dan komt er binnenin de cliënt iets in beweging, waarbij ik het cruciale keerpunt situeer op het moment dat de cliënt de grondhoudingen van de therapeute echt waarneemt en ook naar zichzelf kan beginnen toe-passen, zij het nog met de begeleiding van de therapeute. Vanaf dat keerpunt worden er verdere bewegingen in de cliënt mogelijk en kan het ervaringsproces van de cliënt zich verder ontvouwen en herorganiseren.

Vastlopen in therapie lijkt mij niet zozeer een tekort aan vaardigheid, maar wel iets in de cliënt dat de verinnerlijking van de grondhoudingen in de weg zit of iets in de therapeute waardoor zij de grondhoudingen niet ten volle of niet ver genoeg of niet consequent kan realiseren, waardoor belangrijke gebieden onontgonnen blijven. De weerstanden in de cliënt kunnen verminderen vanuit de consequent en ver doorgevoerde grondhoudingen bij de therapeute. De therapeute kan groeien in de grondhoudingen door eigen blinde vlekken en specifieke gevoeligheden bloot te leggen via therapie en supervisie. Ook "leven" helpt om bepaalde kwaliteiten verder te ontwikkelen en relatiebekwaamheid te vergroten. Bijvoorbeeld: intens samenleven met een partner, moeder worden, opgroeiende kinderen meemaken, uiteenlopende contacten, afscheid nemen van dierbaren, enz... hebben voor mij diverse belevingswerelden dichterbij gebracht, andere kwaliteiten in mijn persoon gestimuleerd, mij een grotere mildheid ten aanzien van de menselijke eigenaardigheden gegeven en mij meer geconfronteerd met het wezenlijke van het bestaan.

De relatiebekwaamheid van de therapeute kan groeien, maar soms komt het punt waarbij het duidelijk kan zijn dat zij niet kan bieden wat de cliënt nodig heeft of dat het teveel vraagt en dat de pogingen tot contact zoeken worden gestaakt. Of de cliënt kan ervaren dat het aanbod niet (meer) wezenlijk tegemoetkomend is, het raakt hem niet (meer) echt en hij verlaat de therapie.

BESLUIT

De cliënt komt met een, vaak nog niet geëxpliciteerde, nood naar de therapeute. Cruciaal is of de therapeute vanuit haar relatiebekwaam-

heid daarmee kan contact maken en aldus de cliënt in zijn diepere belevingslagen kan raken. Binnen die relatiebekwaamheid zijn de grondhoudingen primordiaal. De door Rogers (1957) omschreven grondhoudingen van empathie, onvoorwaardelijke aanvaarding en echtheid en de door Gendlin gespecificeerde focusingattitude van de aandacht naar binnen te richten en te wachten bij wat nog onduidelijk is, zullen bij consequente doorzetting vanwege de therapeute, op een bepaald moment door de cliënt worden overgenomen. Het begin van die verinnerlijking is een eerste cruciaal keerpunt. Vanaf dat moment komen de gestropte ervaringsprocessen in beweging en worden er nieuwe interacties mogelijk. Vanaf dan kunnen we nog diverse sleutelgebeurtenissen onderscheiden naarmate het ervaringsproces zich verder ontvouwt en naar nieuwe betekenissen evolueert. Hoe we concreet naar die verinnerlijking kunnen toewerken en hoe we die verdere groei kunnen faciliteren, kan geanalyseerd worden door het gedrag van cliënten en therapeuten in diverse situaties te ontleden. Daarmee kunnen we dan de vaardigheid of de techniek beschrijven. Zo zitten er bijvoorbeeld in de focusingbeweging diverse stappen die telkens een stukje proces doorlichten. Onderzoek kan in de komende jaren wellicht nog meerdere processen doorlichten zoals die door ervaren klinici reeds spontaan worden herkend en gefaciliteerd. Ik deel de mening van Rice (1983) dat het expliciteren van signalen die ons uitnodigen om specifieke interacties te faciliteren, niet onvereenigbaar hoeft te zijn met het aangaan van een echte menselijk relatie. We kunnen als therapeute bekwaamer worden door specifieke wijzen van interveniëren aan te leren, specifieke responsen beter te leren afstemmen op specifieke cliënt-situaties en onze gevoeligheid daarin te blijven verfijnen. We zullen daarmee onze relatiebekwaamheid vergroten op voorwaarde dat die ingebed blijft in en uitdrukking is van de grondhoudingen. De veruitwendiging van de grondhoudingen zal ook altijd een persoonlijke kleur hebben, overeenkomstig de eigen aard van de therapeute. Dat draagt ertoe bij dat therapie een persoonlijke ontmoeting kan zijn. Hierbij heeft de therapeute de morele plicht om haar inbreng te bewaken en blijvend te bevragen, o.a. via supervisie of leertherapie. Tenslotte lijkt het mij van groot belang dat een therapeute zoekende blijft, open staat voor wat zich aandient vanuit theorie, onderzoek en praktijk, geboeid is door haar werk en zich met inzet en enthousiasme kan blijven engageren voor haar cliënten.

REFERENTIES

- Depestele, F. (1986). Het lichaam in psychotherapie. In R. Van Balen, M. Leijssen, & G. Lietaer (Red.), *Droom en werkelijkheid in client-centered psychotherapie* (pp. 87-123). Leuven/Amersfoort: Acco.
- Depestele, F. (in druk). Experiëntiële psychotherapie: een stap in de praktijk. *Tijdschrift Klinische Psychologie*.
- Fuhrmann, E. (in druk). Some aspects of combining focusing with person-centered approach in the work with psycho-somatic clients. In *Client-centered and experiential psychotherapy in the Nineties*. Leuven.
- Gendlin, E. T. (1968). The experiential response. In E. Hammer (Ed.), *Use of interpretation in therapy* (pp. 208-227). New York: Grune & Stratton.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing* (rev. ed.). New York: Bantam Books.
- Gendlin, E. T. (1984). The client's client: The edge of awareness. In R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp. 76-107). New York: Praeger.
- Grindler, D. (1982-1983). "Clearing a space" with someone who has cancer. *The Focusing Folio*, 2(1), 11-23.
- Grindler, D. (1985). Research perspectives on 'clearing a space' and cancer. *The Focusing Folio*, 4(3), 98-124.
- Hendricks, M. N. (1986). Experiencing level as a therapeutic variable. *Person-centered Review*, 1, 141-162.
- Hinterkopf, E., & Brunswick, L. (1981). Teaching mental patients to use client-centered and experiential therapeutic skills with each other. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 394-402.
- Iberg, J. R. (1981a). Focusing. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 344-361). New York: Wiley.
- Iberg, J. R. (1981b). *Focusing states rather than traits: A suggested level of abstraction for person perception in psychotherapy*. Unpublished manuscript.
- Itoh, (1988, September). *The 'experiencing' in 'Tsubo' image therapy. Paper presented at the International Conference on Client-centered and Experiential Psychotherapy*, Leuven (Belgium).
- Kanter, M. (1982-1983). Clearing a space with four cancer patients. *The Focusing Folio*, 2(4), 23-27.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, Ph., & Kiesler, D. J. (1986). The experiencing scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71). New York: Guilford Press.
- Leijssen, M. (1984). Focusing in de praktijk van client-centered therapie. In G. Lietaer, Ph. H. van Praag, & J. C. A. G. Swildens (Red.), *Client-centered psychotherapie in beweging* (pp. 397-427). Leuven: Acco.
- Leijssen, M. (1986). Moeilijkheden met focusing: studie van therapiefragmenten. In R. Van Balen, M. Leijssen, & G. Lietaer (Red.), *Droom en werkelijkheid in client-centered psychotherapie* (pp. 151-179). Leuven/Amersfoort: Acco.
- Leijssen, M. (in druk). Focusing and nonverbal forms of expression. An illustra-

- tion of a group session, using drawings. *Person-centered Review*.
- Leijssen, M., & Roelens, L. (1988). Herstel van contactfuncties bij zwaar gestoorde patiënten door middel van Prouty's pretherapie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 18, 21-34.
- Mathieu-Coughlan, P., & Klein, M. H. (1984). Experiential psychotherapy: Key events in client-centered interaction. In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 213-248). New York: Guilford.
- McConnaughy, E. A. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy*, 24, 303-314.
- McGuire, M. (1982-1983). "Clearing a space" with two suicidal clients. *The Focusing Folio*, 2(1), 1-4.
- McGuire, M. (1984). Part I of an excerpt from: "Experiential focusing with severely depressed suicidal clients". *The Focusing Folio*, 3(2), 46-59.
- McGuire, M. (1984). Part II of an excerpt from: "Experiential focusing with severely depressed suicidal clients". *The Focusing Folio*, 3(3), 104-119.
- Murase, T. (1988, September). *The negative effect of the 'focusing' technique*. Paper presented at the International Conference on Client-centered and Experiential Psychotherapy, Leuven (Belgium).
- Prouty, G. (1976). Pretherapy: A method of treating preexpressive psychotics and retarded patients. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 13, 290-294.
- Rice, L. N. (1974). The evocative function of the therapist. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311). New York: Wiley.
- Rice, L. N. (1983). The relationship in client-centered therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and patient relationship*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Rice, L. N. (1984). Client tasks in client-centered therapy. In R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp. 82-202). New York: Praeger.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 97-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1977). Carl Rogers counsels an individual. II: On hurt and anger. APGA. Washington.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Santen, B. (1986). Focusing en imaginatie. In R. Van Balen, M. Leijssen, & G. Lietaer (Red.), *Droom en werkelijkheid in client-centered psychotherapie* (pp. 181-188). Leuven/Amersfoort: Acco.