

Focusing en de experiëntiële dimensie

Ton Coffeng*

Inleiding

Focusing werd ontdekt bij het bestuderen van therapiefragmenten. Sommige cliënten waren af en toe stil tijdens de therapie om na te gaan of het klopte wat ze gezegd hadden. Ze toetsten de woorden aan wat ze innerlijk voelden. Zij bleken later hun therapie met meer succes af te sluiten dan anderen (Gendlin, Beebe, Cassens, Klein, & Oberlander, 1968; Gendlin, 1969; Durak, Bernstein, & Gendlin, 1997). Dit typische therapiegedrag van deze cliënten noemde Gendlin *focusing*. Hij werkte het uit tot een methode, zodat anderen het konden leren (Gendlin, 1981).

Wanneer iemand focust, richt hij zijn aandacht op het midden van zijn lichaam. Het is een typische introspectie (Iberg, 1981). Hij maakt dan contact met zijn *felt sense*: een vaag gevoel in het gebied van de borst of buik, dat weergeeft hoe hij een bepaalde situatie ervaart. Hij zit bijvoorbeeld met een probleem in zijn maag. Dit gevoel is vaag, maar bevat toch impliciet alle aspecten van die situatie. Het is nog preconceptueel en preverbaal (Depestele, 1995a, 1995b). Wanneer iemand contact maakt met deze gevoelde complexiteit en er passende woorden voor vindt, dan is er opluchting. De woorden worden innerlijk herkend: hij heeft de spijker op de kop geslagen. Zo kan iemand de draad van het gesprek even kwijtraken. Hij zoekt waar hij gebleven was. Als het hem weer te binnen schiet, is er opluchting op de plek waar hij zocht. Daar voelt hij wat hij wilde vertellen. Er volgt ook een gevoelsverschuiving. Het oorspronkelijke gevoel verandert: de persoon kijkt anders tegen het probleem aan waar hij zojuist op focuste. Het komt in een ander licht te staan. Niet alleen in het gevoelsaspect van de *felt sense* treedt verandering op, maar ook in de nog impliciete betekenissen ervan: er ontstaan nieuwe woorden en interpretaties. De verandering gaat zelfs verder

* A.M. Coffeng is psychiater-psychotherapeut bij GGZ-Friesland. Hij geeft cursussen *focusing* aan cliënten, naast individuele en groepspsychotherapie, onderwijs en onderzoek. Hij coördineert een trauma-dissociatieteam. Hij is opleider, supervisor en leertherapeut van de VCgP, coördinator/opleider van het *Focusing Institute* (Gendlin) en het *Pre-Therapy Network* (Prouty).

dan het probleem waarop de persoon focuste. Ook andere problemen komen in een nieuw licht te staan: de persoon is innerlijk veranderd.

Focusing is in feite een concretisering van het begrip *experiencing*. Hiermee beschreef Gendlin (1961,1962) een gevoels- of ervaringsproces. Elk moment staat iemand in contact met de omgeving en ervaart hij dit lijfelijk. Ook eerdere gebeurtenissen kleuren dit ervaringsproces. Zo zal iemand een omgeving herkennen en heeft hij hier een innerlijke toetssteen voor. Maar hij voelt direct ook dat er iets veranderd is, al is het alleen maar een schilderij dat een beetje scheef hangt. Dit innerlijk gevoelde, *felt sense* genoemd, heeft impliciete en nog onuitgesproken betekenissen. Het heeft affectieve en cognitieve aspecten. Het gevoel is specifiek en vraagt in elke situatie een specifiek antwoord. Slechts één bepaalde verwoording of handeling voelt aan als ‘juist’ (Depestele, 1995a, 1995b), zoals bijvoorbeeld de neiging om het schilderij recht te hangen. Het passende antwoord zet de innerlijk gevoelde beleving in beweging: het verandert en nieuwe impliciete betekenissen komen naar voren, die dan weer een nieuw antwoord vragen. Aldus ontstaat een gevoelsproces waarbij iemand contact heeft met zijn omgeving, in gesprek is met zijn innerlijke beleving, en hieraan uiting geeft.

In experiëntiële psychotherapie proberen therapeuten dit gevoelsproces van cliënten te volgen (Gendlin, 1973, 1974). Hiervoor stemmen zij zich af op de experiëntiële kleur van de uitingen van hun cliënt: zowel de affectieve als cognitieve aspecten van diens beleving. Immers, iemands verdriet heeft een reden: er is wat gebeurd met een van zijn vrienden. Het is specifiek: het voelt anders dan wanneer datzelfde met een ander was voorgevallen. Ook het proces en de richting ervan moeten gevolgd worden. De cliënt en diens *felt sense* weten welke richting dit proces uit wil. De therapeut weet dat niet zeker; diens volgende reflecties zijn dan ook tentatief. Pas aan de reactie van de cliënt op zijn interventie merkt hij of hij diens spoor volgt. Zo kan de cliënt de therapeut voortdurend corrigeren, op basis van de innerlijke toetssteen van zijn eigen ervaringsproces (Gendlin, 1968, 1980, 1996; Iberg, 1981). In paragraaf 3 wordt dit verder uitgewerkt.

Inmiddels zijn er allerlei toepassingen totstandgekomen van focusing, waardoor de term verschillende betekenissen heeft gekregen. Zo is er *het cliëntproces* van focusing, zoals juist uiteengezet. Er is *de gestructureerde oefening* van zes stappen, die wordt gebruikt als oefen- en zelfhulpmethode. Focusser en helper hebben hierbij een gelijke positie (Gendlin, 1981, 1987). Ook is er de methode om *focusing aan anderen aan te leren* (Coffeng, 1985; Gendlin 1979). Ten slotte is er *het gebruik van focusing in psychotherapie*: het bevorderen dat de cliënt tijdens de therapie focust. Dit wordt door sommigen ‘focusingtherapie’, door anderen (waaronder mijzelf) juist ‘experiën-

tiële psychotherapie' genoemd (Coffeng, 1998b; Depestele, 1994; Gendlin, 1996; Iberg, 1981; Leijssen, 1991; McGuire, 1996; Wiltschko, 1996).

1 De gestructureerde oefening van zes stappen

Zoals reeds aangestipt, werkte Gendlin zijn vorm van vruchtbare introspectie (focusing) uit tot een procedure van zes stappen. Wij zullen deze stappen uiteenzetten en aanwijzingen geven voor de helper. De stappen zijn ook elders beschreven (Gendlin, 1981, 1996; Grindler, 1982; Leijssen, 1991, 1995; McGuire, 1982).

Eerst enkele opmerkingen vooraf. Iemand die voor het eerst focust, moet weten waarop hij zich moet concentreren: het midden van de romp. Ook moet hij weten dat het om een concentratie gaat die het midden houdt tussen alertheid en diepe ontspanning. Het is daarom van belang dat de focusser goed zit: niet te rechtop, en niet te veel onderuit. Als hij te alert is, kan hij de ogen sluiten; zakt hij te diep weg, dan opent hij de ogen, zoals hij jaloezieën van een raam instelt. Wordt hij afgeleid door de radio, dan zet hij die uit; dwaalt hij af door gedachten, dan zet hij de radio zachtjes aan. Op dezelfde wijze doseert hij de interventies van de helper. Deze stelt vragen of geeft suggesties, die de focusser daarna in zichzelf herhaalt. Later, wanneer de focusser alleen oefent, stelt hij zich dezelfde vragen alsof een helper aanwezig is. Dit is anders dan in zichzelf praten: het is een actieve innerlijke dialoog waarmee iemand zich op het focussen concentreert. Wanneer de focusser geholpen wordt, bepaalt hij toch zelf wat er gebeurt: hij geeft de helper een teken om met de volgende vraag te komen of te wachten.

Stap 0

Begonnen wordt met wat ik *stap 0* noem. Elders wordt die niet als aparte stap vermeld. Het is een aanloop- of contactoefening, waarmee de focusser eerst van binnenuit contact maakt met zijn lichaam en de grond (Coffeng, 1997; Gendlin, 1981; Olsen, 1982, 1983). Het is ook een stap waarnaar de focusser later kan terugkeren, als hij angstig wordt, gaat zweven, of het contact met de grond en zichzelf verliest. Stap 0 heeft mijn voorkeur boven ontspanningsoefeningen. Immers, iemand kan pas echt ontspannen, als hij ontdekt wat dwarszit en als dat is opgelost. In ontspannen toestand kan men bovendien niet goed focussen.

De helper begint met de vraag of de focusser goed zit (werkhouding). Deze rekt zich uit of gaat verzitten. Ook vraagt de helper of ze op de goede afstand zitten. De focusser kan zijn stoel wat verschuiven. Vervolgens wordt de focusser gevraagd de aandacht te richten op zijn tenen en te kijken of hij ze voelt. De helper wacht rustig af. Het kost tijd voordat de focusser de

vraag in zichzelf herhaald heeft, zijn tenen van binnenuit voelt, en een reactie kan geven. Dan wordt gevraagd of de focusser voelt dat zijn voeten de grond raken, en nadat hij geknikt heeft, of hij zijn enkels kan voelen, zijn knieën en zijn liezen. Steeds wordt gewacht tot de focusser knikt. Dan vraagt de helper of hij voelt dat zijn rug contact heeft met de leuning en zijn zitvlak met de zitting van de stoel. Vervolgens of hij kan voelen dat zijn lichaam onderhevig is aan de zwaartekracht. Daarna wordt de aandacht gericht op de buik. Kan de focusser zijn maag voelen? Kan hij volgen hoe zijn borst en buik op en neer gaan bij het ademen? Voelt hij ten slotte, dat er bij elke inademing lucht naar binnen komt? De focusser heeft nu van binnenuit contact met zijn lichaam, en kan overgaan naar *stap 1*.

Stap 1: ruimte maken

Bij de *eerste stap*, ‘ruimte maken’, zet iemand ‘dingen die dwarszitten’ voor zich op de grond. Hij schept daarmee ruimte tussen zichzelf en die ‘dingen’. Het zijn gevoelens over problemen, situaties of gebeurtenissen die negatief, positief of neutraal kunnen zijn (men vergat de lichten van de auto uit te doen), en die gevoelsmatig drukken ‘het ligt me zwaar op de maag’. Het zijn niet gedachten over problemen die iemand aan zijn hoofd heeft.

De focusser richt zijn aandacht op het midden van het lichaam, bijvoorbeeld op de plek waar passagiers voelen dat het vliegtuig gaat dalen. Hij stelt zichzelf daarbij de paradoxale vraag ‘of alles goed gaat’, en wacht op een fysieke reactie, zonder te antwoorden. Hij vraagt níét of er problemen zijn, want dan gaat hij ze bedenken. Het lichaam reageert bijvoorbeeld met spanning. De focusser gaat vervolgens na waar die spanning mee te maken heeft. Hij is bijvoorbeeld iets vergeten wat ‘te binnen schiet’. Hij zet het fysieke gevoel met dit probleem denkbeeldig voor zich op de grond als bagage. Dat geeft opluchting: ruimte. Hij staat los van het probleem. Het lichaam krijgt even zijn oorspronkelijke vorm terug.

Vervolgens wordt gevraagd, of ‘behalve dit ene probleem alles verder goed gaat’, en weer gewacht op een fysieke reactie. Als er een tweede druk of spanning is, wordt gekeken met welke situatie dit samenhangt, en wordt ook dat op de grond gezet. Dit wordt herhaald met eventuele andere problemen, totdat er innerlijk ruimte is.

Problemen moeten op de juiste afstand gezet worden, zodat ze in het juiste ‘focus’ staan. Zo ver dat men er geen last van heeft en ruimte voelt, maar ook niet zo ver dat ze uit het zicht zijn. De focusser neemt een positie in tussen wegrennen en erin duiken, of tussen de struisvogel en de beerput (Leijssen, 1995; Weiser, 1996). De helper vraagt dan ook expliciet of iets op de goede afstand staat. De helper let er tevens op dat de focusser niet in

problemen duikt die hij op de grond zet. Hij moet ze niet analyseren of in gevoelens duiken, want dan raakt hij verstrikt in *dead ends* (Gendlin, 1996). Wanneer het de focusser moeite kost om een probleem neer te zetten, vraagt hij zich af 'hoe het zou voelen als dat probleem achter de rug is'. Meestal reageert het lichaam met opluchting en kan het probleem daarna op de grond gezet worden.

Als iets dwarszit zonder dat men weet wat het is, kan het met een vraagteken neergezet worden. Als het de focusser toch stoort dat hij het niet weet, kan hij vragen 'hoe het zou voelen wanneer het te binnen schiet'. Er volgt opluchting waarna het alsnog weggezet kan worden.

Tot slot wordt gevraagd naar het 'achtergrondgevoel': een vaag gevoel van onbehagen, onrust, neerslachtigheid of angst, dat iemand dagelijks begeleidt en als een grauwsliuier in het lichaam hangt. Het wordt alsof het behang is opgerold en ook op de grond gelegd. Het gevoel van ruimte is nu compleet. Dit laat de focusser even door zijn hele lichaam trekken. Hij rust uit en kijkt van een comfortabele afstand naar zijn problemen. Als de focusser moe is, kan hij het hierbij laten. Ik ben dik tevreden als cursisten zover komen. Ook anderen beperken zich tot de eerste stap (Grindler, 1982; Holstein, 1990; McGuire, 1982). Het is voor cliënten een verademing dat zij niet door nare gevoelens heen hoeven, maar er even naast kunnen staan. In sommige gevallen, zoals bij trauma en dissociatie, ga ik zelfs niet verder dan stap 0 (Coffeng, 1998a).

Stap 2: het krijgen van een felt sense

De *tweede stap* gaat over 'het krijgen van een felt sense'. Het is een typisch gevoel, dat verschilt van louter fysieke sensaties (honger) en ook van emoties (woede). Emoties zijn heftig en worden duidelijk gevoeld: het hart klopt van angst. De felt sense is zwak en vaag. Eerst voelt men niets: het moet zich nog vormen. Dat kost tijd. Het is specifiek: het slaat op één bepaalde situatie. Het geeft aan hoe men ermee in zijn maag zit, en wat zou moeten gebeuren. Het heeft affectieve én cognitieve aspecten. Als wijdhoeklens bevat het tevens alle aspecten van die situatie. Bij emoties is men juist gefixeerd op één aspect ervan (Gendlin, 1990b). De felt sense heeft ten slotte een procesaspect en een richting, het wacht op één passend antwoord.

Bij de tweede stap gaat iemand na welk typisch gevoel hij heeft over een bepaalde situatie. Hij kiest iets uit om op te focussen. Ervaren focussers nemen iets wat ze bij stap 1 op de grond hebben gezet. Hun innerlijke reactie bepaalt de keuze en het juiste moment. Het gevaar is niet denkbeeldig dat ze weer in een probleem duiken, in plaats van erop te focussen. Beginningen kunnen daarom beter iets neutraals nemen, zoals een voorwerp in de kamer. Men zet het onderwerp waarop men focust denkbeeldig op een goede af-

stand voor zich neer, en kijkt ernaar als naar een schilderij. Men vraagt aan zichzelf wat er zo kenmerkend is, en wacht op een innerlijke reactie. Men gaat na *waar* men een fysieke reactie voelt. De felt sense moet zich uitkristalliseren. Dit kost tijd: denken gaat snel en voelen gaat langzaam. Het vergt geduld en concentratie om op deze vage reactie te wachten en er contact mee te houden. Dat is wat anders dan te bedenken wat men voelt en het vage gevoel over te slaan. Hierbij kan de helper assisteren (zie paragraaf 3). Ten slotte vraagt de focusser aan zijn lichaam, waar de kern zit van de felt sense. Het lichaam reageert en op één bepaalde plek wordt het meest typische (drukkende, kleverige, weïge, borrelende) van de felt sense gevoeld. De tweede stap is de belangrijkste en meest specifieke van focusing.

Stap 3: handvat

Wanneer de felt sense duidelijk is geworden, gaat de persoon over naar de *derde stap*: 'handvat'. Hij vraagt zichzelf af of er een woord of beeld is dat dit typische gevoel omvat en als houvast kan dienen. Het zijn woord(en) of beeld(en) die te binnen schieten en niet bedacht worden. Woorden die te binnen schieten worden innerlijk herkend: de felt sense wordt sterker; bij bedachte woorden wordt het juist zwakker. Woorden of beelden dienen slechts als handvat om de felt sense op te kunnen roepen, en hoeven geen literaire hoogstandjes te zijn. Zo verbood ik een welbespraakte cliënt om woorden te gebruiken. Zwijgend kreeg hij het beeld van zijn moeder, die uit het raam hing en hem met een laken uitzwaaide. Dit had hij vroeger vanuit de trein gezien. Als er geen woord of beeld komt, kan men de felt sense omschrijven, zoals 'plakkerig', 'knijpend', 'weïg', en dat als handvat nemen. Als dat ook niet lukt, noemt men het voorlopig: 'dit gevoel'. Meestal schiet later een beter handvat te binnen.

Stap 4: resoneren

De *vierde stap*, 'resoneren', vroeger *checking handle* genoemd, heeft zowel de functie van controleren als van herhalen. Eerst wordt het woord herhaald en gaat men na of het gevoelsmatig klopt. Een woord dat klopt wordt innerlijk herkend: de felt sense wordt sterker. Een woord dat niet klopt, wordt onmiddellijk weggegooid, om te wachten op een beter. Wanneer een woord, bijvoorbeeld 'medelijden', innerlijke een lauwe reactie geeft, neemt men als tijdelijk handvat: 'het is iets als medelijden'. Later komt het juiste woord: 'zelfmedelijden'. Zodra het handvat past, wordt het toch nog enkele malen herhaald zoals een refrein: 'geresoneerd'. Dit bevordert de gevoelsverschuiving. De felt sense wordt sterker, lossen, verliest zijn spanning en verandert van karakter. Soms gaat dit gepaard met fysieke of emotionele reacties, zoals zuchten, lachen, huilen, of een andere lichaamshouding; meestal is het

minder opvallend en alleen merkbaar aan de veranderde mimiek of stem van de focusser. Deze signaleert dat de felt sense iets veranderd is of zich heeft verspreid, en dat het oorspronkelijke handvat niet meer past. Er is een nieuw handvat nodig. Na de verschuiving voelt het probleem lichter, en de oplossing dichterbij. De focusser voelt zich beter.

Stap 5: vragen stellen

Als er geen verschuiving is opgetreden, kan de focusser deze alsnog bevorderen met *de vijfde stap*: ‘vragen stellen’. Hij stelt zichzelf open vragen en wacht op een reactie van de felt sense. Het zijn geen vragen over de inhoud van het probleem, maar over de aard van de felt sense. Vermeden moet worden dat men gaat denken. De focusser kan met het woord spelen, zoals bij ‘plakkerig’: wat plakt er zo? Hij kan ook vragen wat de felt sense nodig heeft, of wat er nodig is. Wanneer er dan nog geen verschuiving volgt, is het beter om de oefening te beëindigen. Door te forceren of op een bepaalde oplossing te wachten, houdt men een verandering tegen.

Stap 6: verwelkomen

De oefening wordt afgesloten met *de zesde stap*: ‘verwelkomen’. Het is nodig om wat zojuist gebeurd is, een plaats te geven. Immers, zodra gedachten de overhand nemen en uitmaken wat men had behoren te voelen, gaat het effect van focusing verloren. Bovendien is de focusser nu kwetsbaar voor kritische gedachten, zoals in paragraaf 3 wordt uiteengezet. Voordat kritische gedachten kunnen toeslaan, gaat de focusser daarom de gemaakte stappen nog eens langs, voelt ze na, en herhaalt het laatste handvat. Hij staat open voor wat er gebeurd is en beloont zichzelf. Het is goed om te pauzeren. De verschuiving heeft rust nodig om geïntegreerd te worden. De zesde stap voorkomt dat men gaat beredeneren, of te snel overgaat tot andere activiteiten. Ook moet de focusser de tijd nemen om weer om te schakelen van zijn innerlijke concentratie naar de buitenwereld.

Een kort woord over ‘kritische stemmen’. Het zijn innerlijke stemmen of gedachten die commentaar geven op gebeurtenissen, waarin men zelf een rol speelt. Het is negatieve kritiek op zichzelf, zoals: ‘Ik moest *weer* zo nodig ...’ Stereotype gedachten en doemscenario’s, die ook optreden tussen ontwaken en opstaan, of vóór het slapen. Het zijn verinnerlijkte uitlatingen van vroegere opvoeders en worden ‘kritische stemmen’ of *superego attacks of the critic* genoemd. Tijdens de hele oefening kunnen ze parten spelen. Hierdoor duikt de focusser bij de eerste stap in problemen die hij op de grond zet of heeft hij last van bedachte problemen. Ze belemmeren ook om een felt sense te krijgen (‘dat lukt je toch niet’), of proberen in te vullen wat men voelt. Ze kraken het gevonden handvat af. Vooral na een gevoelsver-

schuiving kunnen ze verraderlijk toeslaan, als de focusser er niet op bedacht is. Het is een reden om fit te zijn en niet liggend te focussen. Dit wegzakken of 'stereotiep-kritisch' reageren treedt vooral op wanneer iemand alleen is (Gendlin, 1964). De helper is hier onmisbaar. Eerder dan de focusser merkt hij dat deze denkt in plaats van voelt. Men kan leren om kritische stemmen op heterdaad te betrappen en hun aanvallen te pareren. Zo zegt Gendlin bijvoorbeeld terug: 'Ik weet dat allemaal al; kom maar terug als jullie iets nieuws te melden hebben.' Men kan kritische stemmen ook beschouwen als een papegaai, en een doek over de kooi doen. Meer informatie hierover is elders te vinden (Gendlin, 1996; Müller, 1995; Stinckens & Leijssen, 1999).

We hebben zojuist focusing beschreven als zelfhulpmethode. Hoewel men de oefening alleen kan doen, lukt het beter met een helper. Alleen al de aanwezigheid van een andere persoon geeft de focusser rust, zodat gevoelens er kunnen zijn. Omdat de helper vragen stelt, hoeft de focusser niet aan de juiste vragen, procedure of de tijd te denken en heeft hij alle aandacht voor het focussen. Ook helpt de ander om zich te concentreren. Zo zorgt hij ervoor dat de focusser niet van buiten gestoord wordt in zijn innerlijke en kwetsbare proces. Hij ontlast de focusser van deze zorg, zodat deze niet op zijn hoes hoeft te zijn.

Zoals ik net heb verteld, voorkomt de helper dat kritische stemmen de overhand krijgen. De helper hoeft geen hulpverlener te zijn, maar iemand die de techniek van het focussen kent. Helper en focusser hebben een gelijkwaardige positie. Tijdens de oefening is de focusser de baas over het proces; de helper geeft stappen aan in het tempo van de focusser. Nadat er één persoon gefocust heeft, wordt er gewisseld. De tijd wordt tevoren afgesproken: elke partner gebruikt evenveel tijd (Gendlin, 1987). Dezelfde procedure wordt gevolgd wanneer deelnemers tijdens een workshop in paren oefenen.

2 Het leren van focusing

2.1 Cursus aan cliënten

Cliënten leren focusing meestal in een cursus, waarin de zes stappen van de oefening worden uitgelegd en uitgevoerd aan de hand van Gendlins boek (1981) en een stencil (Coffeng, 1982). De cursus bestaat uit zes wekelijkse bijeenkomsten, met een evaluatie. Er is uitleg, een gezamenlijke oefening, oefeningen in kleine groepjes en een nabespreking. Cursisten oefenen ook thuis en brengen hiervan verslag uit. Van cliënten vergt het leren van focusing een hele omschakeling en ook de groep roept angst bij hen op. Daarom zijn er regels. Cliënten krijgen eerst informatie en kijken met de cursuslei-

ding of focusing bij hen aansluit, voordat zij tot deelname beslissen. De regels worden met hen doorgenomen. Zo hoeven ze tijdens oefeningen niet over hun innerlijke ervaring te spreken. Na afloop kunnen ze er iets over zeggen. Een duidelijke grens tussen het innerlijke proces en het praten erover. Ze mogen kijken in plaats van oefenen. Ze mogen ook op elk moment een oefening afbreken of de ruimte uitlopen. Er wordt altijd halverwege gepauzeerd. Benadrukt wordt ieders eigen tempo: het is geen wedstrijd. Er wordt niet op problemen ingegaan: het is geen therapie. Ieder heeft naast de cursus een eigen therapeut. Kortom, er worden maatregelen getroffen voor de veiligheid van het individu (Coffeng, 1990 a en b).

De cursus heeft een procesaspect. Focusing vraagt om een verandering van gewoonte: contact met de gevoelsmatige kant van problemen zonder te analyseren. Men moet stoppen met nadenken of praten. Men hoeft niet uit te leggen wat er innerlijk gebeurt. Sommigen zijn bang voor gevoelens, bijvoorbeeld vanwege trauma's. Er is weerstand. Het is essentieel dat de deelnemers zelf bepalen wanneer de nieuwsgierigheid het wint van de angst. Ze mogen toekijken, een oefening afbreken of weglopen. Dit geeft gelegenheid om te doseren. De leiding bewaakt de groepsdruk, zodat er ruimte is voor het individu. Als de spanning oploopt, wordt er bijvoorbeeld extra gepauzeerd.

Een dergelijke oefencursus in een groep biedt ons inziens belangrijke voordelen. In individuele psychotherapie is het moeilijker om cliënten focusing te leren. Men is dan zowel docent als therapeut. In de therapie hebben cliënten vaker behoefte om iets te vertellen dan te oefenen. Ze durven echter niet gauw een oefening te weigeren of aan te geven dat iets niet lukt, om hun therapeut niet teleur te stellen. In individuele therapie is er geen gelegenheid om te pauzeren of bij een ander te kijken zoals in de groep. De combinatie van oefenen met psychotherapie roept dan ook vaak weerstand op (Leijssen, 1986). Er is ruimte nodig om kennis te maken met focusing, zonder dat een therapeutische relatie op het spel staat. Een cursus naast de therapie geeft die ruimte (Coffeng, 1985, 1997, 1998b).

2.2 *Het leren van focussen aan therapeuten*

Vaker dan cliënten bepalen therapeuten zelf het moment waarop ze focusing leren. Ook hun motivatie is anders. Ze hebben bijvoorbeeld behoefte om zelf iets te ervaren. Anderen willen gericht therapie kunnen doen, of focusing bij hun cliënten toepassen. Door focusing te leren, krijgen therapeuten bij uitstek een basis om de theorie van allerlei opleidingen te integreren en hun eigen therapeutische stijl te ontwikkelen. Vanwege opleidingseisen wordt deze cursus uitgebreid met theorie, maar verder lijkt hij op die

van cliënten. Zo worden de hiervoor vermelde regels gehanteerd. Immers, therapeuten moeten omschakelen om meer op eigen intuïtie dan op theorie te vertrouwen en kunnen ook geconfronteerd worden met eigen problematiek.

Therapeuten leren de techniek van de zes stappen in een *basiscursus*. Deze heeft dezelfde opzet als bij cliënten, met als toevoeging een literatuurbespreking. Daarna kunnen ze deelnemen aan een *verdiepende ervaringsgroep* om het therapeutisch effect van focusing nog beter bij zichzelf te ervaren. Vervolgens is er de cursus *experientiële psychotherapie*, waarin men leert om focussen met psychotherapie te integreren en hierbij de juiste toon en dosis te vinden. Ten slotte is er de cursus *specifieke toepassingen*, waarin het gebruik van focusing bij allerlei problematiek wordt uitgewerkt, zoals rouw, trauma's, enzovoort. Ten slotte kan men geschoold worden in *het geven van een cursus aan cliënten*. Hierbij staan didactische aspecten centraal, alsmede het oog hebben voor individuele cliënten en het groepsproces tijdens zo'n cursus. Dit leert men door een ervaren focusing-docent gedurende ruim een jaar te assisteren (Coffeng, 1990).

3 Het gebruik van focusing in de psychotherapie

In gesprekstherapie verloopt focusing anders dan bij de gestructureerde oefening (Gendlin, 1980, 1998). Ook de context en de rolverdeling zijn anders dan bij een focusingpartner (Coffeng, 1998b; Gendlin, 1996). De therapeut geeft geen instructies volgens de stappen van de oefening, maar faciliteert en assisteert. Het gaat vloeiender. De therapeut probeert momenten te benutten waarop een cliënt zou kunnen focussen en interventies hiervoor zo in te passen dat het proces niet verstoord wordt. Dit vergt flexibiliteit: alertheid om op het juiste ogenblik in te grijpen én oog voor het natuurlijke verloop van de therapie. Een combinatie van activiteit en sensitiviteit. Het is immers overbodig om een cliënt tot focussen aan te sporen, wanneer hij dit al doet (Iberg, 1996). Om dit goed op elkaar af te stemmen is de rogeriaanse luisterhouding onmisbaar. Het is de basis waarop men steeds terugkeert om interventies te toetsen; het is de rode draad in de therapie (Gendlin, 1980).

3.1 Fasen

Als kader voor focusingsuggesties gebruik ik het fasenmodel van Iberg (1981, 1990), die naar het therapieproces kijkt aan de hand van focusing. In plaats van zes stappen ziet Iberg drie fasen. De namen ontleende hij aan het proces van zwangerschap en bevalling. Hij benoemt ze als volgt:

1 zwangerschap;

- 2 baring;
- 3 ontluiking.

De fasen zijn te herkennen, wanneer men de band van een hele therapieessie beluistert. Bij elke fase zijn er passende interventies (Coffeng, 1992; Gendlin, 1980; Iberg, 1981).

1 Zwangerschapsfase

In de zwangerschapsfase is een cliënt gespannen, spreekt met vlakke, monotone stem, heeft weinig contact met de therapeut en reageert amper op diens interventies. Hij heeft nog weinig contact met zichzelf. Hij praat als een verstrooide professor en betwijfelt of wel iemand luistert. De cliënt praat druk en heeft de neiging om door te praten. Er zijn geen stiltes of er is alleen maar stilte. De uitingen zijn rationeel of juist zeer emotioneel. Uitspraken zijn gekleurd door zelfkritiek of lijken zich te verdedigen tegen denkbeeldige kritiek.

2 Baringsfase

In de baringsfase begint het gesprek te haperen; de cliënt aarzelt, alsof hij het spoor kwijt is. Hij twijfelt aan wat hij zojuist vertelde. Tot zijn verbazing blijkt hem iets anders dwars te zitten dan wat hij dacht. De woorden van de therapeut, die hij eerder afwees, lijken hem toch te raken. De vaart van het gesprek neemt af, de stem ‘breekt’ en verandert, hij praat zachter; het gelaat wordt kwetsbaar. De blik is naar binnen gericht. Het is het kenmerkende moment van focusing: hij krijgt contact met zijn felt sense.

3 Ontluikingsfase

In de ontluikingsfase is er iets op zijn plaats gevallen. Er is opluchting. Het gezicht ontspant en wordt natuurlijker, evenals het stemgeluid. Er is weer oogcontact met de therapeut. De cliënt praat niet door, maar stopt telkens om na te gaan wat hij voelt. Ook de woorden van de therapeut laat hij eerst bezinken voordat hij reageert. Het gesprek verloopt spontaner en vloeiender. Er zijn verrassende wendingen. Er is een flexibele interactie.

De drie fasen volgen op elkaar en hebben een onderlinge samenhang (Coffeng, 1992; Iberg, 1981, 1990). Iemand heeft de ‘zwangerschapsfase’ nodig om ‘barend’ te kunnen worden. Hij moet eerst zijn verhaal kwijt. Ook kan hij de tweede fase niet overslaan. Hij kan alleen maar ontluiken, als hij eerst in de tweede fase is geweest. Wanneer hij daartoe toch wordt gedwongen, wordt zijn proces gehinderd. Het is onmogelijk dat er op dat moment al iets verandert. Pas als hij eerst heeft kunnen stilstaan, kan iets op zijn plaats vallen.

3.2 Interventies

Bij de fasen zijn er passende interventies voor het focussen. *In de eerste fase* is de cliënt nog ‘zwanger’ van wat hij gaat vertellen en ook van het impliciete verhaal dat zich nog moet ontrollen. Interventies zijn erop gericht dat hij zich kan oriënteren, zoals men een piloot assisteert bij het landen. De therapeut helpt de cliënt om contact te maken met de omgeving, de therapeut en met zichzelf, zoals Prouty doet met zijn ‘contact-reflecties’ (Prouty, 1994). Daarnaast luistert de therapeut, geeft terug wat de cliënt zei, vat samen en herhaalt de woorden die een emotionele lading hebben. Wanneer de cliënt amper in de gaten heeft dat de therapeut luistert, maakt deze duidelijk dat hij luistert door te onderbreken en te herhalen wat hij hoorde. Wanneer de cliënt luid spreekt herhaalt de therapeut luider, zodat de cliënt merkt dat hij niet tegen een muur praat. Als de cliënt snel spreekt, herhaalt de therapeut langzaam, opdat de cliënt contact krijgt met wat hij voelt. Als de cliënt corrigeert, herhaalt de therapeut de correctie.

De volgende interventies zijn experiëntieel. De therapeut verwijst naar het impliciete gevoel van waaruit de cliënt spreekt – wat hem dwarszit – en dit impliciet gevoel geeft aan of de therapeut het juist weergeeft (Gendlin, 1968). De therapeut helpt de cliënt bijvoorbeeld om iets op een afstand van zich neer te zetten. Hij benadert de felt sense met speciaal woordgebruik. Wat de cliënt vertelt, herhaalt de therapeut als *dingen* die hem dwarszitten, zoals: ‘Oh, *dat* is er ook nog gebeurd’, of: ‘*Dat* zat je nog dwars’, of: ‘*Het* is een heleboel, geen wonder dat je *er* vol *van* zit.’ De therapeut geeft het onderliggende gevoel weer, zoals: ‘Dat was een hele teleurstelling.’

Wanneer geluisterd wordt zonder haast, advies of oordeel, krijgt de cliënt ruimte. Daarna zal blijken of hij even stil kan staan of vaart mindert en over kan gaan naar de tweede fase. De therapeut kan ook voorstellen om letterlijk ruimte te maken (stap 1 van de oefening). Als de cliënt daar moeite mee heeft, keert de therapeut terug naar herhalen en samenvatten. Er is dan kennelijk meer tijd nodig.

In de *baringsfase* verlaat de cliënt het monotone praten. Hij praat langzamer, aarzelt en krijgt contact met zijn felt sense. Dit is een belangrijke kentering. Ook de therapeut neemt gas terug en volgt de cliënt. Hij vermindert zijn interventies, praat langzamer en met zachte stem om de cliënt die zich concentreert, niet te storen. De therapeut gaat dus niet praten als er een stilte valt, zoals helaas vaak gebeurt. Hij vraagt niet naar gevoelens, omdat de cliënt daar reeds naar op zoek is en het antwoord nog niet kan geven. Hij vraagt ook niet om te focussen, omdat de cliënt dat al doet! Wat de therapeut wel doet is zachtjes en langzaam weergeven wat de cliënt zegt of wat hij ziet: ‘Het lijkt of je iets op het spoor bent’, of: ‘Het is of je het kan voelen’,

of: ‘Het lijkt of het er is.’ Gendlin zegt: ‘We keep it company’ (Gendlin, 1984). We assisteren om er contact mee te houden, zonder dat er wat moet. De cliënt heeft weinig directieven nodig: de therapeut hoeft af en toe alleen maar blijk te geven van zijn aanwezigheid. Later kan de cliënt er wat over zeggen. Immers, het juiste woord komt vanzelf bij de goede houding: een vriendelijke en geduldige nieuwsgierigheid. Als het te binnen schiet, is er opluchting en gaat de cliënt over naar de derde fase.

In de *ontluitingsfase* is de cliënt innerlijk aan het veranderen. Wat hij tevoren dacht, komt op losse schroeven te staan. Hij maakt weer oogcontact en begint te praten, nu vanuit zijn directe en nieuwe ervaring. Er verandert van alles. Nieuwe zinnen, gedachten, inzichten: de cliënt valt van de ene verbazing in de andere. Ook emotioneel verandert er veel, hetgeen hem kwetsbaar maakt. Soms schrikken cliënten en gaan ze actief meedenken om het proces te sturen. Ze draven door en raken dan verstrikt. Ook interpretaties van de therapeut kunnen dit effect hebben. De therapeut kan beter bevestigen dát er wat verandert, dan ingaan op wat er verandert. Om de cliënt te beschermen tegen zelfkritiek of te snelle conclusies remt de therapeut hem af en brengt hem terug naar het moment waarop hij veranderde: het laatste woord dat op zijn plaats viel.

3.3 Voorbeelden

Cliënten die focusing geleerd hebben, zullen suggesties om te focussen gemakkelijk verstaan; ze hebben maar een half woord nodig. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld druk praat zegt men: ‘Je stem is schel. Kun je kijken wat dat is?’ We vragen of zij innerlijk iets kan bespeuren van de spanning. Vaak is dat iets anders dan wat ze zei. We slaan twee vliegen in een klap: we sluiten kort wat interfereerde en komen direct bij wat er dwarszit. Andere cliënten zijn aan het begin van het gesprek reeds in de tweede fase: ze zijn stil en willen niet in de gewoonte vervallen om te praten. Ze zoeken wat er zit: ze focussen. Vaak willen therapeuten weten wat er gebeurt. Ze stellen vragen of duiden de stilte als weerstand. Men kan beter zeggen: ‘Het lijkt of je zoekt wat er is’ of: ‘Er is iets wat je kennelijk nog niet kan zeggen.’ Cliënten zijn op een keerpunt. Ze merken dat het om iets anders gaat en krijgen contact met het proces. Het is nog vaag en preverbaal.

Sommigen hebben meer tijd nodig voor de eerste fase. Zo wilde iemand alleen maar over een dwanggedachte praten. Het hele uur kon ik niets anders doen dan luisteren. De laatste minuten vroeg ik tijd om even ruimte te maken (stap 1). Dat lukte. In de volgende sessies begon de cliënt over de obsessie, maar sloot zij af met focusing. Geleidelijk kwam er meer tijd voor het focussen en begon ze te vertellen over traumatische ervaringen.

Als cliënten overspoeld worden door emoties, kan het helpen om als pauze even ruimte te maken. We kunnen hen dan vragen hoe het zou voelen als ze afstand hebben tot wat hen overstuurt of als dit probleem achter de rug is. Ook is het nuttig om ruimte te maken wanneer het proces te hard gaat, zoals in de derde fase. Zo raakte iemand gespannen en sprak ze met veel zelfkritiek. Ze viel terug in de eerste fase. Ik onderbrak haar om ruimte te maken. Na dit intermezzo kwam ze weer in de derde fase en vertelde opnieuw hetzelfde verhaal. Dat bleek helemaal niet zo negatief als eerst (Coffeng, 1988). In de derde fase, waarin zo veel verandert, is het überhaupt goed om letterlijk een pauze in te lassen of de sessie eerder te beëindigen.

We hebben verschillende interventies besproken, zoals het ruimte maken en het geduldig volgen bij de tweede fase. Ook op andere momenten zijn focusinginterventies te gebruiken. Zoals wanneer een cliënt iets voelt (fase 2) en op het punt staat het onder woorden te brengen. Soms schrikt hij van de woorden en keurt ze af of snapt de logica er niet van. Hij wordt dan geholpen om contact te houden met wat hij voelt, de woorden te toetsen aan wat hij voelt en niet aan wat hij denkt. De cliënt moet wennen aan nieuwe woorden, ook al snapt hij *nog niet* wat de ratio ervan is. Ook therapeuten hoeven het niet direct te snappen; ze hoeven alleen maar te herhalen. Het herhalen heeft een belangrijke functie. Pas na de gevoelsverschuiving volgen nieuwe betekenissen en uitleg. Zo herhaalde ik bij iemand, die af en toe wat murmelde, zachtjes wat ik verstond. Ze ervaaarde dit alsof we samen door een labyrint liepen. Focussen is aangewezen op het moment dat de cliënt een spildraai maakt: als hij zijn relaas onderbreekt en aarzelt. Hij doet dat vaak zonder het zelf te merken of hij zegt toevallig iets nieuws. Zodra hij verder gaat met zijn verhaal, onderbreekt de therapeut en brengt hem terug naar het voorafgaande nieuwe moment. Het zijn kostbare momenten.

Het gebruik van focusing in psychotherapie kan niet alleen volgens recept. Om het op het juiste moment en op de juiste wijze in te voegen moet men de fase herkennen. Door zelf te leren focussen (Sachse et al., 1992) en door opleiding in de experiëntiële therapie kan men de gevoeligheid hiervoor ontwikkelen.

4 Het gebruik van focusing bij verschillende problematieken

4.1 Rouwtherapie

Focusing kan in een rouwtherapie worden opgenomen. Zo is er bijvoorbeeld de rouwtherapie van Ramsay (Ramsay & Hapée, 1979). Dit is eigen-

lijk een gedragstherapie waarin iemand wordt geconfronteerd en gedwongen om emoties te uiten. Omdat deze aanpak zwaar is en niet zonder risico's (suïcide), verving ik de confrontaties door focusing (Coffeng, 1986). Dit baseerde ik op de volgende overwegingen. Wanneer iemand bij een emotionele gebeurtenis stilstaat en de kern ervan voelt, is er opluchting (Gendlin, 1964). Dit lukt nog beter als hij afstand heeft tot die gebeurtenis (stap 1 van focusing). Bovendien verloopt rouwverwerking eerder via kleine gevoelsverschuivingen dan door het uiten van heftige emoties. De volgorde is anders: eerst is er een verschuiving en opluchting, en daarna volgt een catharsis met emoties. Dat is minder beangstigend dan bij de methode Ramsay. Er is een vierde principe. Vaak gaat het niet zozeer om de ernst maar om de typische context van het verlies, zoals gevoeld wordt in de felt sense. Hierop sluiten focusing en experiëntiële reflecties aan. Het laatste principe betreft het gebruik van beelden bij focusing. Beelden geven rouwgevoelens vaak beter weer dan woorden en laten ook meer interpretaties toe. Ze geven emotionele ruimte en hebben bovendien een creatieve kracht (Santen, 1986). De beelden moeten wel telkens aan de felt sense getoetst worden. Hoe verloopt zo'n therapie? Een goede anamnese geeft een duidelijke kijk op de context van het verlies. Er worden afspraken gemaakt over het aantal sessies en over eventuele crisisopvang. Vooraf leert de cliënt focusing. Daarna wordt zij aan het begin van de sessie gevraagd om de overleden persoon voor de geest te halen. De therapeut helpt om het zich levendig voor te stellen. Als zij het voor zich ziet, moet zij op dat beeld focussen, wachten op een felt sense en op woorden. Die woorden worden herhaald. Zo ziet iemand zichzelf en haar man in een zeilboot. Ze ziet zijn petje en geniet ervan. Ze focust en krijgt een misselijk gevoel. Ik vraag welk woord past. Het is 'verdrietig'. Het beeld verdwijnt (verschuiving). Ik vraag wat er verdrietig is. Ze ziet dan zichzelf alleen in de boot en krijgt het woord 'eenzaam' (verschuiving). Ze wordt angstig (verschuiving). Ik vraag wat er zo eenzaam en angstig is. Eerst zegt ze: 'Ik kan niet zeilen.' Na een stilte schiet ze in een lach (verschuiving) en zegt: 'Natuurlijk, ik moet laveren!' Ze is opgelucht.

Cliënten wordt ook gevraagd wat zij met de overledene hadden willen bespreken. Ze vragen dit aan hun lichamelijk verankerde felt sense. Zo wil iemand met haar moeder bij een vijver zitten. De plek is belangrijker dan wat ze wil bespreken. Het laatste is het afscheid. Cliënten moeten de overledene loslaten en nagaan op welke wijze ze afscheid willen nemen of wat nog eerst moet gebeuren. Beelden zijn hierbij behulpzaam. Een cliënte krijgt het beeld van grote schuurdeuren, die ze samen met haar overleden broertje opent. Op deze wijze drukt ze uit dat ze met hem wil vieren dat ze

haar gevoelens niet meer hoeft in te houden. Tot haar verbazing moet ze niet huilen, maar is ze blij en opgelucht (Coffeng, 1992b).

Verrassend is dat cliënten al beginnen te rouwen, terwijl ze nog focussen aan het leren zijn en de rouwtherapie nog niet begonnen is. Het rouwen verloopt met natuurlijke en kleine stapjes. Cliënten verliezen hun angst voor gevoelens en lopen niet als een kruidvat rond: er is zelden een crisis. Ze zijn met een proces bezig en zoeken zelf uitingen voor hun rouw. Oplossingen doen zich spontaan voor. Zo heeft een cliënt een ritueel bedacht om afscheid van zijn vrouw te nemen, maar dat lukt niet. Wanneer hij echter focust op het beeld van haar, hoeft hij niets meer te bedenken: zij loopt weg, zwaait en sluit een deur achter zich. Hij roept haar terug om nog iets te zeggen: de deur blijft gesloten. Hij legt briefjes bij de deur: de deur blijft dicht. Als hij opnieuw focust op de deur wordt hij rustig: zijn vrouw had aangegeven dat het zo goed was. De therapie helpt om het rouwproces op gang te brengen. Het rouwen zelf gebeurt vaak tussentijds bij verwanten. Ook gaan cliënten uit zichzelf naar het graf om nog iets tegen de overledene te zeggen.

4.2 Vroege rouw

Kinderen lopen gemakkelijk vast, vooral wanneer belastende omstandigheden hun rouw negatief beïnvloeden. De gestrande rouw gaat dan interfereren met hun ontwikkeling en raakt daarmee ook verstrengeld. Dit leidt tot problemen op latere leeftijd. Wanneer zij als volwassenen eenmaal hulp zoeken, zien ze zelf geen verband meer tussen hun klachten en het vroege verlies. Ook hulpverleners leggen niet altijd dit verband of menen ten onrechte dat er aan zo'n vroeg ontstaan litteken niets meer te doen is. Anderen bieden slechts een gewone psychotherapie of een korte rouwtherapie, terwijl de combinatie van beide nodig is. Zo'n gecombineerde therapie gaat terug naar het vroege verlies, met oog voor de rouw bij kinderen en de verwevenheid van de rouw met hun ontwikkeling (Coffeng, 1995a). De rouw is ingebed in een gewone psychotherapie. De verwevenheid geeft deze therapie een cyclisch beloop: rouw wordt afgewisseld met andere thema's en komt steeds weer terug. De therapeut is actief. Hij helpt gevoelens te verwoorden en biedt steun, zoals volwassenen kinderen helpen. Ook assisteert hij om te reconstrueren wat vroeger gebeurd is. Cliënten hebben amper herinneringen. Wel lichamelijke sensaties, beeldfragmenten of uitingen ervan in hun gedrag: *behavioral memory* (Terr, 1988). Via focussen proberen cliënten hiermee contact krijgen, terwijl hun therapeut hardop reconstrueert wat gebeurd kan zijn. Cliënten toetsen zijn reconstructie aan hun felt sense. Cliënten hebben ook gebrekkige herinneringen, omdat ze als kind weinig informatie kregen over het gebeuren rond het overlijden. Die hebben ze no-

dig als houvast voor hun gevoelens. Zij worden aangemoedigd alsnog na te vragen wat er vroeger gebeurd is. Iemand die destijds bij haar dode zusje was weggehouden, vond een oude lerares die nog kon beschrijven hoe haar zusje opgebaard lag. Ze zag het nu voor zich en kon afscheid nemen.

Er is nog een andere reconstructie: het rechtzetten van wat niet en wat wel had behoren te gebeuren. Kinderen (en volwassenen) hebben hiervan een innerlijke blauwdruk (Gendlin, 1993). Via focusing krijgen ze er contact mee. Zo wil een cliënt, die bij de begrafenis van haar vader was weggehouden, alsnog een denkbeeldige begrafenis. Nu heeft zij de regie: ze laat muziek spelen waarvan haar vader hield.

Samengevat, focusing geeft cliënten met een vroege rouw houvast voor gebrekkige herinneringen aan de overleden persoon en voor het uiten van rouwgevoelens. Het gebruik van beelden maakt het mogelijk om zich de situatie van vroeger voor te stellen en recht te zetten wat had moeten gebeuren. De therapeut beseft dat de volwassen cliënt zich weer voelt als een kind en als een kind hulp nodig heeft. De therapie heeft een cyclisch verloop.

4.3 *Trauma's type I*

Bij posttraumatische stresstoornissen biedt focusing de mogelijkheid om bij een traumatische ervaring stil te staan. Met de eerste stap kan daarvoor een veilige afstand worden gemaakt. Cliënten leren het verschil tussen overwelddigende emoties en de felt sense of tussen traumatische herbeleving en verwerking. Ze ontdekken het onderscheid tussen de gebeurtenis en hun eigen reactie daarop. Zo was een meisje getuige geweest van de suïcide van een familielid. Hij had schreeuwend en dreigend met een geweer rondgelopen en daarna zichzelf door het hoofd geschoten. Ze had herbelevingen ervan en had het gevoel dat de dader nog steeds rondspookte. Het lukte om een veilige afstand te scheppen en innerlijk ruimte te maken. Ze legde een steen die op haar maag drukte, op de grond (stap 1). Ze ging na wat er typisch was aan het hele gebeuren (stap 2). Ze voelde dat iets irriteerde. Ze wilde destijds haar jas oprapen die gevallen was, maar dorst zich niet te verroeren (stap 3 en 4). Nu had zijzelf de regie en kon denkbeeldig de jas alsnog op de stoel leggen (reconstructie, stap 5). Dat luchtte op. In volgende sessies kreeg ze moed om op te staan en de aanwezigen toe te spreken. Dat was ook opluchtend. Door zelf de regie in handen te nemen kreeg ze weer macht over zichzelf. Ze was niet bang meer voor emoties en had geen moeite met rouwen. Uiteindelijk stuurde ze kwaad de dader weg en beval hem haar met rust te laten.

Belangrijker dan technieken is de attitude: respect voor de reacties van cliënten en hun eigen manier van verwerking. Het zijn normale reacties op

een abnormale gebeurtenis. Het heeft tijd nodig en geduld. Vaak zijn anderen ongeduldig. Ook de plek is belangrijk. De cliënt kan het trauma niet onder ogen zien op een druk spreekuur of bij therapeuten die bang te zijn voor afschuwelijke verhalen of dat ontkennen. Verwerking van trauma's lijkt op rouw en elementen van rouwtherapie zijn dan ook bruikbaar. Zoals bij rouw ligt ook hier het accent op kleine experiëntiële stappen. Elliott gaf onlangs een voorbeeld hiervan (Elliott, Davis & Slatick, 1998).

4.4 Vroege trauma's type II, dissociatie

Schokkende ervaringen laten bij kinderen sporen na als herbelevingen van het trauma en dissociatieve stoornissen. De sporen zijn gesplitst en gefragmenteerd: volwassenen zien geen verband meer met het trauma. De traumatisering is meerlagig (Van Ravesteijn, 1978). Dissociërende cliënten hebben dan ook moeite met focusing. Hun proces is langzamer en vraagt een andere benadering. Traumafragmenten kunnen niet direct verwerkt worden: ze zijn nog 'pre-experiëntieel' (Coffeng, 1998a). Ook andere symptomen zijn resten van het trauma en zijn nog 'pre-expressief' (Prouty, 1998). Hierbij passende technieken – *pre-therapy* en *pre-symbolic processing* (Prouty, 1994) – ondersteunen dit langzame proces en bieden een basis. Daardoor zullen symptomen en traumafragmenten later zichzelf gaan verklaren. Ze krijgen dan samenhang, worden herkenbaar, waardoor de cliënt aan verwerking toekomt. Het trauma wordt geleidelijk geïntegreerd. Men hoeft dit proces niet te sturen of te programmeren.

Focusing neemt een bescheiden plaats in. Soms zijn elementen bruikbaar. Wanneer iemand bijvoorbeeld pijn heeft, betekent dit dat haar lichaam iets te zeggen heeft over vroeger. Zo verandert de negatieve houding van slachtoffers tegenover hun lichaam en gevoelens. Ook tegenover hun gebrekkige herinneringen. Het geeft vertrouwen dat hun lichaam ervaringen heeft opgeslagen: *body memory* (Terr, 1988, 1994). De cliënt krijgt hiermee contact via focusing. Zo heeft iemand een misselijk gevoel na een nachtmerrie zonder de herinnering van een trauma. Het vermoeden van een vroeg trauma blijkt later toch juist te zijn.

Voorzichtigheid is geboden met focusing. Langzame en op contact gerichte interventies hebben voorrang. Als de naald in de groeve valt en de cliënt het trauma ervaart als iets wat *heeft* plaatsgehad, is de cliënt aan verwerking toe. Cliënten die het eerst eng vonden om te focussen, komen er dan op terug. Herstel komt vanuit het lichaam. Het bevestigt wat er is gebeurd (Pesso, 1990) en heeft een blauwdruk van morele waarden. Zoals we reeds vermeldden bij de vroege rouw, raadpleegt de cliënt met focusing zijn innerlij-

ke blauwdruk om dingen recht te zetten en morele waarden te herstellen (Gendlin, 1993).

De regel van Rogers, 'de cliënt is de expert', geldt bij uitstek voor traumacliënten. Zij weten welke procedure aansluit. Therapeuten die dat negeren, verliezen de inbreng van cliënten uit het oog. Symptomen moeten gerespecteerd worden als *coping* waarmee cliënten hebben overleefd. Symptomen kunnen bovendien gegevens in zich dragen over het trauma, zoals later in de therapie zal blijken (Prouty, 1998). Bespreking van alle facetten van deze therapie valt buiten het bestek van dit hoofdstuk (geïnteresseerden verwijs ik naar: Coffeng, 1996a, 1996b, 1998; Coffeng, 2000; Prouty, 1994).

4.5 *Focusing met echtparen*

Men denkt bij echtparen eerder aan systeemgerichte interventies dan aan focusing. Toch is focusing met relatietherapie te combineren. Zo is het mogelijk dat beide partners in dezelfde cursus focusing leren en in de groep of los van elkaar oefenen. Ook buiten een cursus kan men een echtpaar focussen leren. Om beurten wordt er dan geoefend met een van de partners. De ander kijkt toe en mag er zich niet mee bemoeien. De focusser is op zichzelf gericht; de ander kijkt toe en heeft afstand. De partners mogen niet op elkaar reageren. Na afloop kan de focusser iets zeggen. Er ontstaat zo ruimte voor vernieuwde communicatie. Soms heeft de vrouw als eerste het boek van Gendlin (1981) gelezen en is ze er druk mee bezig, terwijl de man sceptisch afwacht. Later blijkt hij het boek 's nachts gelezen te hebben. Of de ene leest het boek, terwijl de ander juist zonder theorie wil oefenen. Dit slaat dan ineens weer om. Tegenstellingen blijken paradoxen: de vrouw ziet tot haar ontroering dat haar man gevoelens heeft, ook omdat ze nu de goede afstand heeft. Het beeld verandert dat ze van hem had. Dit biedt aanknopingspunten voor systeeminterventies. Soms zijn er andere verrassingen. Zo ontdekken de echtelieden, dat ze letterlijk ruimte nodig hebben: hun huis is te krap. Verhuizen blijkt beter dan echtpaartherapie.

Focusing geeft ruimte aan het individu. Er is even aandacht voor het intrapsychische van elke partner. Dit doorbreekt rigide interacties waarin ze gevangen zaten: ze hoeven even niet op elkaar te reageren. Er komt plaats voor de gevoelens van elk individu. Zoals bij de derde fase van Iberg, is er dan ruimte om te veranderen. Wat echter in de therapie of cursus mogelijk is, blijkt thuis lastiger. Dan heeft de partner in de helperrol de neiging om zich ermee te bemoeien of ervaart de ander het als bemoeizucht. Ze zitten te dicht op elkaar en vallen terug in oude patronen (Armstrong & Armstrong, 1988). Daarom raad ik echtparen aan om niet met elkaar te focussen, maar thuis elk een eigen plek te zoeken.

4.6 *Focusing en groepstherapie*

In groepspsychotherapie is focusing goed te gebruiken (Coffeng, 1995b). Er kan tevoren een cursus gegeven worden, zodat groepsleden vertrouwd raken met de techniek. Het is dan tijdelijk een gestructureerde groep met het accent op individuen. Als de therapie eenmaal begonnen is en de aandacht gericht is op de groep, kan de therapeut geregeld teruggrijpen op het focussen; dit kan door bijvoorbeeld te vragen of iemand voelt wat hij zegt of door de groep stil te zetten en te vragen wat er in iedereen omgaat. Focusing geeft gelegenheid om contact te maken met nog onduidelijke gevoelens, voordat iemand wat hoeft te zeggen. In plaats daarvan kunnen anderen vertellen wat ze ervaren, zonder op het intrapsychische proces van het individu in te gaan. Bij een beginnende groep neemt vaak iemand het voortouw als reactie op de spanning en vertelt iets waar de hele groep op duikt. Alle aandacht is gericht op dat ene individu. De therapeut vraagt dan aan de anderen om te focussen en te zeggen wat zij ervaren. Op die manier kan het ene groepslid focussen, terwijl niemand op hem let. Men voegt interpuncties toe die ruimte geven, zodat het proces niet te hard gaat. Men onderbreekt snelle interacties of conclusies. Dat geeft rustpunten. Men kan ook de groep even stilzetten om gezamenlijk te focussen, in plaats van te discussiëren.

De fasen van Iberg (1983) zijn in een groep te gebruiken voor interventies. Zo moeten cliënten in een beginnende groep (eerste fase) hun plek vinden en wil ieder zijn verhaal kwijt. Dan reflecteert de therapeut wat elk groepslid zegt, zodat iedereen ruimte krijgt (stap 1) en gehoord wordt (Levine, 1979). Men is er nog niet aan toe om op gevoelens in te gaan. In de tweede fase is de groep de weg kwijt en weet niet hoe het verder moet. Oude patronen werken niet meer, men staat voor het onbekende. Dit is een moment om groepsleden contact te laten maken met hun felt sense. Men laat hen focussen op de impasse en op onduidelijke gevoelens (stap 2 en 3). In deze fase bewaakt de therapeut het proces van elk individu en voorkomt dat anderen te snel reageren op onzekere uitingen van de enkeling. Men helpt de groep om de impasse te verdragen. In de derde fase hebben groepsleden vertrouwen in hun gevoelens en ontdekken ze nieuwe verwoordingen. De interacties veranderen en worden flexibel. Het proces is 'ontluikend'. Groepsleden corrigeren elkaar. Soms gaan veranderingen te snel. Groepsleden vallen terug in oude patronen; groep en therapeut zijn wanhopig. Het helpt dan om de groep even stil te zetten en ruimte te maken. De groep komt weer volop in proces en pakt na dit intermezzo de draad op. De groepsleden blijken toch veranderd te zijn.

Terwijl suggesties om te focussen gericht lijken op individuen, bevorderen

ze juist het groepsproces en interacties. Dit vertellen groepsleden vaak na afloop.

5 Wat draagt focusing bij aan het therapeutisch effect?

5.1 Focusing maakt kleine, maar essentiële veranderingen zichtbaar

Therapeuten hopen verandering te zien. Dat is duidelijk wanneer iemand met een fobie weer op straat durft. Maar zijn veranderingen al eerder zichtbaar, zodat therapeuten het directe effect van hun interventies kunnen zien? Dit is niet onbelangrijk. Immers, sommigen ontgaat het effect van hun interventie. Of zij wachten het niet af en voegen andere interventies toe waardoor ze het effect van de eerste interventie verknoeien. Bij nauwkeurige observatie ziet men iemand die focust van moment tot moment veranderen. Dat gebeurt al tijdens de oefening van zes stappen. Zo is iemand opgelucht wanneer hij een probleem op de grond heeft gezet (de eerste stap) en kijkt hij er anders tegenaan. Een buitenstaander ziet de verandering: een zucht of ontspanning. Dit geldt ook voor de volgende stappen: aan iemands gezicht is te zien of hij contact heeft met zijn felt sense (Iberg, 1981), en wanneer hij de goede uitdrukking ervoor vindt. De stem komt van binnenuit, anders dan de vlakke toon en rationele manier van tevoren. Zijn volgende uitlatingen geven blijk van die verandering. Omdat de felt sense verandert, zijn de woorden die volgen, steeds weer anders. Ook in gesprekstherapie zijn deze kleine veranderingen te zien. Zo mindert een cliënt de vaart van het gesprek en richt hij de blik even naar binnen. Daarna zegt hij iets op een nieuwe manier of op een andere toon. Hetzelfde is te zien na interventies, wanneer de cliënt even stil is en daarna met nieuwe woorden iets zegt.

Deze kleine veranderingen zijn essentieel. Het zijn geen opvallende tekenen van vooruitgang, maar essentiële stappen in het therapieproces of *experiential steps* (Gendlin, 1990). Therapeuten kunnen cliënten naar deze momenten terugbrengen wanneer ze verzanden. Dergelijke kleine veranderingen worden vaak gemist, terwijl ze een aanzet kunnen zijn tot grote veranderingen. Zo zette iemand de slinger van een klok stil, omdat het getik hem stoorde. De handeling bleek cruciaal. Hij vond wat hem dwarszat en durfde later een familielid hiermee te confronteren. In korte tijd verdween zijn depressie. Hoewel hij al lang was afgekeurd, vroeg hij herkeuring aan en meldde zich weer op zijn werk.

5.2 *Focusing geeft cliënten het stuur in handen*

Focusing geeft cliënten een instrument om hun eigen therapie te sturen. Zij gaan steeds na of wat ze vertellen datgene is wat hen bezighoudt en of de woorden hun gevoel exact weergeven. Met elke volgende zin proberen zij het nog nauwkeuriger te omschrijven. Zo merken cliënten in de loop van het gesprek, dat wat ze verteld hebben eigenlijk niet is wat er dwarszat. Pas als dat andere naar voren is gekomen, gaan ze opgelucht weg. Op dezelfde wijze luisteren ze of reflecties van de therapeut aansluiten. Van binnen wordt bevestigd of het klopt. Zo niet dan corrigeren ze de therapeut, zoals bij het stemmen van muziekinstrumenten. Ook tijdens de cursus focussen krijgen cliënten het stuur in handen. Sommigen ontdekken dat hun therapie niet past en vragen om een andere therapie of therapeut. Anderen kunnen beter beslissen of ze in therapie zullen gaan of ze beseffen dat ze bepaalde beslissingen moeten nemen, in plaats van psychotherapie (Coffeng, 1985).

5.3 *Focusing versterkt het effect van technieken uit andere oriëntaties*

Gendlin (1961, 1964) benadrukt het universele karakter van *experiencing* bij verschillende psychotherapeutische benaderingen en het experiëntiële effect van allerlei interventies. Hij staat open voor alle technieken die een impasse kunnen doorbreken, niet alleen die van de cliëntgerichte oriëntatie. Concrete handelingen of directieve technieken kunnen nodig zijn. In zijn recente boek (Gendlin, 1996) kijkt hij welke technieken (*avenues*) van verschillende scholen bruikbaar zijn, los van hun theoretische context. Hij uit kritiek op therapeuten die interventies doen, effect verwachten binnen hun eigen kader en als dit uitblijft toch vervolgen met soortgelijke interventies. Zij hebben een landkaart en missen veranderingen die niet op de kaart staan. Ze missen het ‘experiëntiële effect’ van hun interventie. Hij beklemtoont dan ook het belang van de basale rogeriaanse luisterhouding, waarmee therapeuten openstaan voor de reactie van cliënten op iedere interventie. Indien de therapeut alert is op deze processignalen, kan hij adequaat reageren. Als er niets verandert, staat hij stil bij de impasse. Zo kan het zijn dat een cliënt steeds iets herhaalt, omdat het maar niet tot de therapeut doordringt. Vandaar de paradox: Gendlin is onorthodox in het gebruik van allerlei methoden, maar houdt vast aan de luisterhouding. De therapeut reageert op de eerstvolgende reactie van de cliënt, voordat hij met nieuwe interventies komt. Hij volgt de cliënt en niet zijn eigen gedachtegang. Allerelei technieken – zoals geleide fantasie, werken met dromen, lichaamsgericht werk en vrije associatie – kunnen bovendien met focusing gecombineerd worden. Ze sluiten dan beter aan bij de lichamelijke ervaring van cliënten, die ook

zelf beter aangeven of dit het geval is. Dat geeft houvast. Het voegt een verfijning toe, waardoor technieken effectiever worden: meer geneesmiddel, minder bijwerking. Focusing werkt als katalysator en het effect is ook breder: veranderingen ontstaan op meer dimensies dan de therapeut verwacht. Zo worden beelden lichamenlijk verankerd bij geleide fantasie. Het procesaspect wordt versterkt, waardoor verrassende wendingen mogelijk worden, in plaats van reeksen beelden of emoties. De cliënt voelt met zijn felt sense, dat de volgende stap de logische is. Dat focusing ook met bepaalde therapieën gecombineerd kan worden, werd reeds in paragraaf 4 geïllustreerd.

Dan is er nog de combinatie van een cursus focussen naast een psychotherapie. Dit ondersteunt de therapie en geeft soms aanleiding tot veranderingen. Hiervan tot slot een voorbeeld. Een cliënte werd naar de cursus verwezen omdat ze geen contact had met gevoelens en alles rationeel onder controle hield. Ze was zo gespannen dat haar hoofd boven haar romp leek te zweven. De therapie liep vast. Tijdens het focussen echter werd haar hoofd weer één geheel met haar romp. Kort daarop meldde haar therapeut een doorbraak: voor het eerst toonde ze emoties in de therapie en werd de rouw om haar overleden zus bespreekbaar.

Literatuur

- Armstrong, M. & H. Armstrong, (1988). When couples focus together. *The Focusing Folio*, 7 (4), 27-30.
- Coffeng, T. (1982). *Focussen*. Stencil voor cursisten.
- Coffeng, T. (1985). *Focussen, een cursus als pre-therapie*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11 (6), 402-409.
- Coffeng, T. (1986). Focusing en rouwtherapie. In R. van Balen, M. Leijssen & G. Lietaer (red.). *Droom en werkelijkheid in client-centered psychotherapie*, (pp. 189-195). Leuven: Acco.
- Coffeng, T. (1988). *The use of focusing in therapy*. Video ICCEP, Leuven.
- Coffeng, T. (1990a). *Cursus focussen, informatie voor deelnemers*.
- Coffeng, T. (1990b). *Cursus focussen, informatie voor verwijzers*.
- Coffeng, T. (1990c). *Cursustraject Focusing & Experiëntiële Psychotherapie*, RINO-Noord.
- Coffeng, T. (1992a). Het therapieproces in het licht van Focussen. *VRT-Periodiek*, 30 (3), 7-23.
- Coffeng, T. (1992b). *Recontacting the child*. Video vroege rouw, Chicago.
- Coffeng, T. (1995a). Psychotherapie en vroege rouw. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21 (4), 268-289.
- Coffeng, T. (1995b). Focusing en groepspsychotherapie. In T. Berk, M.P. Bolten, E. Gans & H.G.Y. Koksmas (red.). *Handboek Groepspsychotherapie*, (pp. 119.3-25). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Coffeng, T. (1996a). *The delicate approach to early trauma*. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.F. Schmid & R. Stipsits (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy*, (pp. 499-511). Frankfurt: Peter Lang.
- Coffeng, T. (1996b). Experiential and pre-experiential therapy for multiple trauma. In U. Esser, H. Pabst & G.W. Speierer (eds.), *The power of the person-centered approach*, (pp. 185-203). Köln: GWG.

FOCUSING EN DE EXPERIËNTIËLE DIMENSIE

- Coffeng, T. (1997). *Focusing als pre-therapie*. Pilotstudy. Riagg-Friesland, R.U. Groningen, RINO-N. (met Bouman, Fischer, Schook, Smid, Tijssen, Veening, Zandberg).
- Coffeng, T. (1998a). Pre-experiencing: a way to contact dissociation. *The Folio*, 17 (1 & 2), 43-53.
- Coffeng, T. (1998b). Focusing-oriented psychotherapy (Gendlin). Boekbespreking. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 36 (3), 219-222.
- Coffeng, T. (2000). In H. Feuerstein, D. Müller & A. Weiser Correll (Hrsg.), *Focusing in Process*, (pp. 51-61). Köln: GwG.
- Depestele, F. (1994). Speaking out. *The Folio*, 13 (3), V-IX.
- Depestele, F. (1995a). Het lichaam vóór de 'gevoelde zin'. In G. Lietaer & M. van Kalmthout (red.). *Praktijkboek gesprekstherapie*. (pp. 109-129). Utrecht: De Tijdstroom.
- Depestele, F. (1995b). Een inleiding in het werk van Gendlin. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 21 (5), 349-370.
- Durak, G.M., Bernstein, R., & Gendlin, E.T. (1997). Effects of focusing training on therapy process and outcome. *The Folio*, 15 (2), 7-14.
- Elliott, R., Davis, K.L., & Slatick, E. (1998). Process-experiential therapy for posttraumatic stress difficulties. In L.S. Greenberg, J.C. Watson, & G. Lietaer (eds.), *Handbook of experiential psychotherapy*. (pp. 249-271). New York, NY, USA: Guilford.
- Gendlin, E.T. (1961). Experiencing: a variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy*, 15 (2), 233-245.
- Gendlin, E.T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning*. New York: Free Press of Glencoe.
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (eds.), *Personality Change*, (pp. 101-148). New York: Wiley.
- Gendlin, E.T. (1968). The experiential response. In E. Hammer (ed.), *The use of interpretation in treatment*, (pp. 208-228). New York: Grune & Stratton.
- Gendlin, E.T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 6 (1), 4-15.
- Gendlin, E.T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (ed.), *Current psychotherapies*, (pp. 317-352). Itasca: Peacock.
- Gendlin, E.T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. In D.A. Wexler & L.N. Rice (eds.), *Innovations in client-centered therapy*, (pp. 211-246). New York: Wiley.
- Gendlin, E.T. (1979). *How I teach focusing*. Manuscript The Focusing Institute, New York.
- Gendlin, E.T. (1980). Client-centered therapy as a frame of reference for training: the use of focusing in therapy. In W. de Moor & H. Wijngaarden (eds.), *Psychotherapy: training & research*, (pp. 279-297). Amsterdam: Elsevier Biomedical Press.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books. (Vertaling: *Focussen*. Haarlem: De Toorts.)
- Gendlin, E.T. (1984). The client's client. In R.F. Levant & J.M. Shlien (eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach*, (pp. 76-107). New York: Praeger.
- Gendlin, E.T. (1987). Focusing partnerships. *The Focusing Folio*, 6 (2), 58-78.
- Gendlin, E.T. (1990a). The small steps of the therapy process: how they come and how to help them come. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, (pp. 205-224). Leuven: Leuven University Press.
- Gendlin, E.T. (1990b). On emotion in therapy. *The Focusing Folio*, 9 (1), 1-49.
- Gendlin, E.T. (1993). *Focusing ist eine kleine Tür*. Würzburg: DAF, Focusing Bibliothek, Band 4.
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented Psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Gendlin, E.T. (1998). *Thinking at the edge*. Workshop. Nada Lou VideoProductions, Lery (Quibec, Canada).
- Gendlin, E.T., Beebe, J., Cassens, J., Klein, M. & Oberlander, M. (1968). Focusing ability in psychotherapy, personality and creativity. In J.M. Shlien (ed.), *Research in psychotherapy*, (Vol.3), (pp. 217-241). Washington: APA.

- Grindler, D. (1982-83). 'Clearing a space' with a borderline client. *The Focusing Folio*, 2 (1), 5-10.
- Grindler, D. (1982-83). 'Clearing a space' with someone who had cancer. *The Focusing Folio*, 2 (1), 11-23.
- Holtstein, B. (1990). *The use of focusing in combination with a cognitive-behavioral weight loss program*. Ph.D. Diss. University of Chicago.
- Iberg, J.R. (1981). Focusing. In J.R. Corsini (ed.), *Handbook of innovative psychotherapies*, (pp. 334-361). New York: Wiley.
- Iberg, J.R. (1982-83). Three focusing stages applied to group work. *The Focusing Folio*, 2 (3), 17-26.
- Iberg, J.R. (1990). Ms C's focusing and cognitive functions. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (eds.), *Client-centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*, (pp. 173-203). Leuven: Leuven University Press.
- Iberg, J.R. (1996). Finding the body's next step. *The Folio*, 15 (1), 13-41.
- Levine, B. (1979). *Group psychotherapy, practice and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- 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: Acco.
- Leijssen, M. (1991). Focusing in therapie. In H. Swildens, O. de Haas, G. Lietaer, & R. Van Balen (red.), *Leerboek gesprekstherapie*, (pp. 195-221). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Leijssen, M. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- McGuire, K. (1996). Focusing therapy. Theory, research, practice and training. *The Folio*, 15 (1), 43-53.
- McGuire, M. (1982-83). 'Clearing a space' with two suicidal clients. *The Focusing Folio*, 2 (1), 1-4.
- Müller, D. (1995). Dealing with self-criticism: the critic within us and the criticized one. *The Folio*, 14 (1), 1-9.
- Olsen, L. (1982-83). How I do body work. *The Focusing Folio*, 2 (3), 1-8
- Olsen, L. (1983). *Focusing and imagery*. Workshop, Breda.
- Pesso, A. (1990). Center of truth, true scene and pilot in Pesso system/psychomotor therapy. *Bulletin Ned. Vereniging van Pessotherapie*, 6 (2), 13-21.
- Prouty, G.F. (1994). *Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Westport, CT: Praeger.
- Prouty, G.F. (1998). Pre-therapy and the pre-expressive self. *Person-centered Practice*, 6 (2), 80-88.
- Ramsay, R.W. & Hapée, J.A. (1979). Rouwtherapie. In J.W.G. Orlemans (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum-Slaterus.
- Ravesteijn, L. van (1978). Gelaagdheid van emoties. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 4 (4), 175-185.
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F., & Maus, C. (1992). *Klären und Verändern eigener Motive, Ziele und affektiver Schemata. Focusing als psychologisch fundiertes Therapieverfahren*. Bern: Huber.
- 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: Acco.
- Stinckens, N. & Leijssen, M. (1999). De innerlijke criticus in cliëntgericht-experiëtiële psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25 (1), 5- 26
- Terr, L. (1988). What happened to early memories of trauma? *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 96-104.
- Terr, L. (1994). *Unchained memories: true stories of traumatic memories, lost and found*. New York: Basic Books.
- Weiser, A. (1996). Relationship = distance + connection, a comparison of inner relationship techniques to finding distance techniques. *The Folio*, 15 (1), 1-8.

FOCUSING EN DE EXPERIËNTIËLE DIMENSIE

Wiltchko, J. (1996). Focusing therapy. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.F. Schmid & R. Stipsits (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy*, (pp.145-162). Frankfurt: Peter Lang.