

Einführung in die Grundlagen des Weiterbildungsgangs

**«Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie –
körperorientiert»**

**Beschreibung des Ansatzes und der methodenspezifischen Module,
angepasst für den Weiterbildungsgang für Ärzt*innen**

Ausbildungsinstitut GFK:

Kontaktadresse:

Heinz Meier

Marktgasse 37

8400 Winterthur

Stand 08. März 2021

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung

2. Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie

- a) Historische Entwicklung
- b) Entstehung des personzentrierten und experienziellen, körperorientierten Ansatzes im Ausbildungsinstitut GFK in Zürich

3. Grundannahmen, Inhalte und Verfahren: das «WAS» der Weiterbildung

- c) Anthropologie: Menschenbild und Grundannahmen
- d) Epistemologie: Erkenntnistheoretische Annahmen
- e) Personzentrierte und experienzielle Persönlichkeits- und Therapietheorie
- f) Ätiologie, Diagnose und Störungskonzeptionen
- g) Körperorientiertheit
- h) Charakterstrukturen – ein Modell zum Umgang mit Musterbildungen
- i) Bindungsprozesse – ein Modell zum Umgang mit Interaktionsvarianten

4. Vermittlung der Inhalte und Verfahren: das «WIE» der Weiterbildung

5. Literatur

6. Übersicht der einzelnen Module und ihre Inhalte

1. Einleitung

Die Weiterbildung am Ausbildungsinstitut GFK ist als Teil des FMH-Weiterbildungs-Curriculums («Psychotherapie im engeren Sinne») zur Fachärztin / zum Facharzt Psychiatrie & Psychotherapie vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiterbildung (SIWF) anerkannt.

Sie setzt sich aus Modulen zusammen, die jeweils aus mehreren themenspezifischen Kursen bestehen und in verschiedenen, dem Gegenstand entsprechenden Lehrformen (z.B. Seminare, Vorlesungen, Kolloquien, Übungen, Exkursionen) angeboten werden.

Es wird auf eine methodisch-didaktisch sinnvolle Zusammensetzung von Kontaktstudium (mit Lehrperson) und Selbststudium geachtet.

Insgesamt dauert die Weiterbildung gut 4 Jahre und umfasst etwa 650 Kontaktstunden (inkl. Selbsterfahrung und Supervision im Einzelsetting) sowie ungefähr 1'000 Stunden Selbststudium (Vor- und Nachbereitung, Leistungsnachweise, Literaturstudium, Zertifikatsarbeit usw.).

Im Folgenden wird die Vertiefungsrichtung in «Personzentrierter und Experienzieller Psychotherapie - körperorientiert» ausführlicher beschrieben. Sie gehört zu den humanistischen Psychotherapieverfahren.

2. Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie

2a. Historische Entwicklung

Der personzentrierte und experienzielle Ansatz entwickelte sich aus der frühen Zusammenarbeit von Carl Rogers und Eugene Gendlin an den Universitäten Chicago und Wisconsin.

1940 hielt Carl **Rogers** an der Universität Minnesota seine bahnbrechende Vorlesung '*Newer concepts in psychotherapy*'. Sie gilt als die Geburtsstunde der personzentrierten Therapie. Ab 1945 entwickelte, erprobte und erforschte er dann empirisch ein psychotherapeutisches Verfahren, das er zunächst (unter dem Einfluss von Otto Rank und seiner SchülerInnen) als «*relationship-therapy*», später als «nicht-direktiv» und dann als «klientenzentriert» bezeichnete. In seinen späteren Jahren nannte Rogers den Ansatz dann «**Personzentrierte Psychotherapie**».

1953 stiess **Eugene Gendlin**, der in dieser Zeit seine philosophische Dissertation «*Experiencing and the Creation of Meaning*» (erschienen 1962) an der Universität Chicago begann zu schreiben, zum Forschungsteam von Carl Rogers an dessen *Counseling Center* hinzu und gehörte anschliessend auch in Wisconsin 1957 bis 1963 in einem Projekt mit schizophrenen PatientInnen zu seinem engsten Mitarbeiterstab. Diese Zusammenarbeit erwies sich als ausserordentlich fruchtbar. In einem engagierten Team entstand richtungweisende Forschung, deren Relevanz bis heute anhält: Das Aufnehmen, Anhören/Anschauen und Auswerten psychotherapeutischer Sitzungen zum Zwecke der Forschung und Supervision ist noch heute in allen personzentrierten Weiterbildungen Standard. Die eminente Bedeutung der therapeutischen Beziehung wird verfahrensübergreifend und einhellig in der heutigen Forschung bestätigt.

Rogers entwickelte **sechs «notwendige und hinreichende Bedingungen»** für psychotherapeutische Prozesse, die für KlientInnen¹, TherapeutInnen und ihre gemeinsame Beziehung Gültigkeit haben sollten. Wichtig war ihm vor allem eine sehr spezifische therapeutische «**Haltung**», die der Therapeut einzunehmen hatte, um seinen KlientInnen günstige Bedingungen für ihre Entwicklung und das Überwinden ihrer einengenden inneren Konstellationen zu ermöglichen: er nannte sie Empathie, Akzeptanz und Kongruenz. Die KlientInnen lernten in einer sicheren, bewertungs- und interpretationsfreien Beziehung, diese Haltungen wahrzunehmen und mit der Zeit auch auf sich selber anzuwenden.

Gendlin erforschte darüber hinaus, inwieweit für die KlientInnen das Vorhandensein (oder Erlernen) einer bestimmten inneren Wahrnehmung des persönlichen Erlebensprozesses, das so genannte «*experiencing*», und seine stimmige Symbolisierung den therapeutischen Prozess weiterführen konnte.

Entwicklungsfortschritte und Veränderungen in der Psychotherapie ergaben sich demnach aus dem Ineinandewirken einer bestimmten therapeutischen Haltung und der Fähigkeit der KlientInnen, diese wahrzunehmen und ihren eigenen Prozess voranzutragen (*carrying forward*).

Aus diesen Anfängen entwickelte sich die Richtung der «**Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie**», die heute als eine der wesentlichen Weiterentwicklungen der «klassischen» klientenzentrierten Psychotherapie gilt.²

Rogers erweiterte seine Praxis und seine Theoriebildung später hin zu einer mehr dialogischen Sichtweise der Psychotherapie «von Person zu Person». Zudem wandte er sich dem Erproben seines Ansatzes in grossen Gruppen zu. Er lehrte und publizierte bis zu seinem Tod 1987.

Gendlin entwickelte seinen prozesstheoretischen Ansatz für die Psychotherapie weiter und schrieb parallel dazu an seinen philosophischen Arbeiten, die in seinem Hauptwerk «A Process Model» gipfelten³. Er starb 2017.

Beide Männer haben aussergewöhnlich umfangreich publiziert, ihre Werke wurden weltweit rezipiert.

Obwohl Rogers und Gendlin grosse Bedenken gegen eine organisatorische Verfestigung des Ansatzes hatten, haben sich noch zu ihren Lebzeiten überall auf der Welt Verbände, Assoziationen und Lehrinstitute gebildet.

Im deutschen Sprachraum wurde Rogers' Psychotherapieverfahren durch das Ehepaar Tausch an der Universität Hamburg eingeführt und unter der Bezeichnung «Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie»⁴ bekannt (Gründung der Gesellschaft GwG 1970). Verbandsgründungen in Österreich und in der Schweiz folgten.

¹ Rogers wählte den Begriff «KlientInnen» statt »PatientInnen«, um den Unterschied zu Psychiatrie und Medizin hervorzuheben

² Das F im Namen des GFK Instituts steht für „Focusing“ - Gendlins experienzieller Ansatz ist im internationalen Feld auch als «**Focusing-orientierte Psychotherapie**» **FOT** bekannt geworden.

³ Das Buch wurde von Christiane Geiser und Donata Schoeller ins Deutsche übersetzt. (*Eugene Gendlin, Ein Prozessmodell, 2. Auflage 2016, herausgegeben und übersetzt von Donata Schoeller und Christiane Geiser, Verlag Karl Alber Freiburg/München*)

⁴ Da das Ausbildungsinstitut GFK, an dem die Vertiefungsrichtung «Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie - körperorientiert» gelehrt wird, schon 1989 gegründet wurde, stand das G im Namen noch für die damals als „Gesprächspsychotherapie“ bezeichnete psychotherapeutische Richtung. Der Name ist insofern irreführend, als er unterstellen könnte, therapeutische Interventionen hätten nur verbal zu sein.

Um der Vielfalt der in den letzten Jahrzehnten unter dem personenzentrierten Dach entstandenen Richtungen Rechnung zu tragen, wurde 1997 der **Weltverband** *World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling* WAPCEPC gegründet, 1998 dann eine **Europäische Sektion** *Network of the European Associations for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling* NEAPCEPC.

Auch die seit 2002 existierende renommierte peer-reviewed **Fachzeitschrift** des Weltverbands WAPCEPC hat mit dem Titel „*Journal for Person-Centered & Experiential Psychotherapies*“ eine plurale Form gewählt.

2b. Entstehung des personenzentrierten und experienziellen, körperorientierten Ansatzes im Ausbildungsinstitut GFK in Zürich

Das Ausbildungsinstitut GFK wurde 1989 von **Ernst Juchli** und **Christiane Geiser** gegründet – beide waren in der 1982 entstandenen Vorläuferorganisation in Zürich, der **APP** – *Arbeitsgemeinschaft für Personzentrierte Psychotherapie* – bereits ausbildend tätig gewesen. Sie waren nicht in der «klassischen» Variante sozialisiert worden, sondern hatten den personenzentrierten und experienziellen Ansatz bereits als zusammengehörig kennengelernt. Folgerichtig bauten sie zusammen mit KollegInnen aus dem deutschsprachigen Raum auf diesem Fundament auf. Sie und einige ihrer KollegInnen haben Eugene Gendlin und seine ebenfalls therapeutisch tätige und publizierende Frau Mary Hendricks Gendlin noch persönlich gekannt und mit ihnen und dem New Yorker Institut zusammengearbeitet.

Da im humanistischen Feld und auch von Rogers und Gendlin selber in der Theoriebildung und in der therapeutischen Praxis dem Körper viel Aufmerksamkeit gezollt wurde, wählte und entwickelte das Ausbildungsinstitut ebenfalls von Anfang an eine körperorientierte Variante des personenzentrierten und experienziellen Ansatzes.⁵

1993 wurde das Ausbildungsinstitut GFK in die «**Schweizer Charta für Psychotherapie**» aufgenommen.

Seit Mitglieder des Lehrgremiums 1989 erstmals mit ihren Theoriebildungen und Weiterentwicklungen (den «Charakterstrukturen», den «Bindungsprozessen» und der personenzentrierten dialogischen Körpertherapie) an die Öffentlichkeit traten (Kongress GWG Köln 1989, PCEP-Weltkongresse Gmunden 1994 und Lissabon 1997), haben sie schnell Anschluss gefunden an KollegInnen im internationalen Feld. Das Institut pflegt seither Austausch und Zusammenarbeit mit internationalen Verbänden und Instituten und ist gut vernetzt. An Konferenzen und in Publikationen stellen Mitglieder des Instituts regelmässig ihre Arbeit vor.

3. Grundannahmen, Inhalte und Verfahren: das «WAS» der Weiterbildung

3a. Anthropologie: Menschenbild und Grundannahmen

«Humanistische Psychotherapie ist ein (oft mühsamer, aber lohnender) Weg, um authentische Einstellungen und reflektierte Umgangsweisen gegenüber sozio-

⁵ Das „K“ im Institutsnamen steht für die Körperorientiertheit des Ansatzes

ökologischen Lebensbedingungen und verinnerlichten Umgangsmustern zu finden.»
(W. Eberwein)⁶,

Die Grundannahme in allen humanistischen Psychotherapieformen ist, dass Menschen wahrnehmende, lebende Organismen sind, die

- selbstreflexiv, symbolisierungs- und lernfähig sind,
- sich im Rahmen ihrer Freiheitsgrade entfalten und Bedeutung schaffen können,
- selbstbestimmt und sozial zugleich sein können.

Menschen sind nicht angetrieben durch exzessive und gefährliche „Triebe“, man muss sie also nicht zähmen, belehren, von aussen lenken. Sie sind auch nicht egozentrisch und asozial. Es wird im humanistischen Menschenbild davon ausgegangen, dass man Menschen grundsätzlich zutrauen kann, sich zu besinnen, nach Wahlmöglichkeiten zu suchen und sich zu verändern. Sie sind unter günstigen Bedingungen in der Lage, eigene Wege und Lösungen zu finden, diese aber auch abzustimmen auf die Bedürfnisse ihrer Umwelt (Schon 1997 hat das eine Mitarbeiterin von Rogers, Maureen O`Hara⁷ mit „*relationaler Empathie*“ beschrieben).

Während **Rogers** anfangs noch an der Vorstellung eines abgegrenzten *Organismus* im Rahmen der damals vorherrschenden Ein-Personen-Psychologie festhielt, hat er in seinen späteren Jahren eine Beziehung „von Person zu Person“ konzeptualisiert und damit eine dialogische Form der Psychotherapie initiiert.

Gendlin hatte aufgrund seiner philosophischen Konzepte immer schon die Vorstellung, dass da zuerst der Prozess ist („*interaction first*“) und die Teilnehmenden an diesem Prozess durch diese Interaktionen aufeinander einwirken und so immer wieder neu „entstehen“.

Eine Person kann also einerseits als Individuum betrachtet werden mit den für sie typischen wahrnehmbaren Ausprägungen. Wenn es aber um grundsätzlicheres anthropologisches Nachdenken geht, ist ein *relationaler* Blickwinkel oft zielführend - die Annahme nämlich, dass Personen in und durch Interaktionen zu denen geworden sind, die sie sind, und dass sie auch weiterhin durch Interaktionen verändert werden – auch in der Psychotherapie. Dort begegnen sich zwei oder mehr Personen, und in diesem Beziehungsraum werden alle daran Teilnehmenden verändert. Es war eine Grundüberzeugung von Rogers, dass wirkliches Zuhören Mut braucht, weil es immer Veränderungsprozesse auch in den TherapeutInnen nach sich zieht.

Das Begreifen unterschiedlicher Menschenbilder und Hintergrundannahmen und die sich dadurch ergebende Anreicherung eigener und kollektiver Sichtweisen ist eine der wichtigsten Lernaufgaben in der Weiterbildung.

⁶ Eberwein, 2014, *Überlegungen zum Menschenbild der Humanistischen Psychotherapie*, in: W. Eberwein, M. Thielen (Hg.), *Humanistische Psychotherapie*, Psychosozial-Verlag Geissen,

⁷ O`Hara 1997. Sie ist Professorin für Psychologie an der National University, La Jolla, CA, Präsidentin des International Futures Forum-US und emer. Präsidentin der Saybrook Graduate School, San Francisco.

3b. Epistemologie: Erkenntnistheoretische Annahmen

Fragen der Epistemologie sind: Was kann ich wissen? Was kann ich erkennen, was und wie kann ich verstehen - bei anderen, in der Welt, in mir selber?

Rogers` Erkenntnistheorie war deutlich gefärbt durch existenzphilosophische und humanistische Annahmen. Seine viel zitierte Feststellung: «...*dass es ebenso viele Wirklichkeiten wie Menschen gibt*»⁸ nimmt erkenntnistheoretische Positionen des Konstruktivismus vorweg. Es ist demzufolge nicht möglich, «wahre» Aussagen über die Realität einer anderen Person zu machen. Der tiefen Überzeugung, dass jedes Individuum eine eigene Wirklichkeit in seinem Leben dadurch erzeugt, wie es seine Situationen (er)lebt, ihr Bedeutung gibt und sie dadurch (mit)erschafft, entspricht im therapeutischen Kontext eine Verpflichtung, immer zuerst der Lebenserzählung jeder einzelnen Person präzise zu folgen.

Gendlin war vom amerikanischen Pragmatismus und von philosophischen Positionen der Existenzphilosophie und Phänomenologie geprägt. Er betonte allerdings immer, dass er eine neue Phänomenologie wolle, die nicht nur vom Erleben ausgeht und dann bleibende Konzepte bildet, sondern die in einer **Pendelbewegung** immer wieder zum Erleben zurückkehrt, Konzepte und Symbolisierungen an ihm überprüft und sie dann wieder verändert.

In der Frühzeit hat sich das Gründerteam des Ausbildungsinstituts GFK intensiv mit verschiedenen Spielarten des Konstruktivismus auseinandergesetzt, vor allem mit dem *Radikalen Konstruktivismus* (damals noch zusammen mit KollegInnen aus der APG-IPS in Österreich). Erkenntnistheoretische Aspekte der Systemtheorie fanden ebenfalls einen Eingang in sein Denken. Noch heute ist die Vorstellung, dass wir alle in unseren jeweiligen Lebensumständen unsere Wirklichkeit (mit)konstruieren, ein wesentlicher Teil der Modellbildungen. Andererseits ist die grundlegende Relationalität und untrennbare Wechselwirkung alles Lebendigen ein in der Weiterbildung zentraler Ansatz, der sich deshalb auch in epistemologischen Fragen zeigt.

Zusammen mit der Präferenz für Prozessmodelle ergeben sich daraus grundsätzliche Fragen über die Verallgemeinerbarkeit von Wissen, von Erkenntnis, von Vorstellungen über Realität bis hin zum Nachdenken über die Unmöglichkeit von festen Entitäten, Repräsentationen und Kausalitäten - auch in unserem Berufsfeld.

Als Konsequenz lernen die Studierenden *unterschiedliche* erkenntnistheoretische Positionen kennen und erproben sie im Diskurs. Dabei werden Vor- und Nachteile der verschiedenen Theoriebildungen deutlich. Dieses Verfahren erlaubt eine grosse Beweglichkeit im Denken und einen Erfahrungsspielraum im Bereich der wesentlichen Bewegung von Konzeptbildungen hin zu persönlichem Erleben und wieder zurück zu den Konzepten (was Gendlin «*experienzialisieren*» nennt).

⁸ "It appears to me that the way of the future must be to base our lives and our education on the assumption that there are as many realities as there are persons, and that our highest priority is to accept that hypothesis and proceed from there." (Rogers 1995)

Als metatheoretisches Werkzeug zum Beschreiben von Denkprozessen und von Theoriebildungen über lebendige Prozesse hat sich das in der Weiterbildung verwendete „Zyklische Denken“⁹ mit seinem für derartige Prozesse geeigneten Denkstil bewährt.

3c. Personzentrierte und experienzielle Persönlichkeits- und Therapietheorie

Rogers nannte im Einklang mit den Vorstellungen der damaligen Zeit das, was in allem Lebendigen, also auch in Menschen, „wirkt“, eine Tendenz, sich zu „aktualisieren“, also sein Leben unter einer Vielzahl sich verändernder Bedingungen zu *erhalten* und sein Potenzial zu *entfalten*. Spezifischere Motivationen führte er nicht an.¹⁰

Gendlin sprach in seiner Prozesstheorie von „living further“: also von dem Potenzial, in einem ganzheitlichen Körper-Situations-Prozess in seine eigene Geschichte eingreifen zu können und sie zu gestalten, sich zu lösen von einer strukturgebundenen Art und Weise des Erlebens und Symbolisierens. Statt schon fertiger, „eingefrorener“, nicht mehr an die neue Situation angepasster (Er)lebensweisen können interaktive Prozesse auf konstruktive und kreative Weise fortgesetzt werden können.

Während Rogers den Übergang von einer Prozess-Phase zur nächsten vor allem am «korrekten Symbolisieren des organismischen Erfahrens und der dadurch möglich werdenden Neu-Organisation des *Selbstkonzepts*» festmachte, betonte Gendlin das Auffinden und Vortragen (*carrying forward*) einer sich jeweils neu entfaltenden Prozessbewegung, die für ihn vor allem in der *Art und Weise* («manner»), dem WIE des Erlebens (*experiencing*) stattfand.

Was passiert, wenn Menschen sich verändern und entwickeln?

In der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie geht es häufig um *Bewegungsvorstellungen*. Schon **Rogers** formulierte in seinem Artikel über „Therapie als Prozess“ die „*moments auf movement*“,¹¹ die er bei seinen Klientinnen beobachtete: Momente, in denen sich etwas eindrücklich und nachhaltig bewegte im Erleben der Person, in ihren Gefühlen, in ihren Annahmen über sich selber und über andere, in ihrem Denken oder Handeln.

Für **Gendlin** war das kontinuierliche „*carrying forward*“ des impliziten Erlebens persönlicher Situationen und der Bedeutung, die sie für den jeweiligen Menschen hat, der „Motor“ des Persönlichkeitwandels. „*Every experience and event contains implicit further movement. To find it one must sense it's unclear edge*“¹² Von diesem unklar gespürten, doch als bedeutungsvoll empfundenen Rand der Wahrnehmung aus können mit Hilfe einer spezifischen Art der Aufmerksamkeitsrichtung (auch «*Focusing*» genannt) immer neue, weiterführende Symbolisierungen entfaltet werden.

⁹ E.Juchli/U.Schlünder 2017, Zyklisches Denken

¹⁰ «Die Aktualisierungstendenz ist kein Motiv, sondern ein übergeordnetes und zusammenfassendes Prinzip der menschlichen Motivation und Verhaltensorganisation in ihrer Gesamtheit.» Höger 2006, 54

¹¹ Rogers 1973, S.134 («Momente der Bewegung»)

¹² Jede Erfahrung, jedes Geschehen enthält implizit eine weiterführende Bewegung. Um sie zu finden, müssen wir den unklaren Rand spüren.» (übers. cg), in Gendlin 1996, 15

Das Grundprinzip der BEWEGUNG (im Körper, aber auch in Form von Beweglichkeit im Denken, Fühlen und Beurteilen, im Erkennen und Einüben von Unterschieden und Wahlmöglichkeiten) im Gegensatz zu erstarrten, stereotypen, unhinterfragten Denk- und Herangehensweisen ist im Ausbildungsinstituts GFK ein wichtiger Grundpfeiler der Persönlichkeitstheorie. Er wird in allen Weiterbildungsteilen thematisiert, reflektiert und in Selbstwahrnehmung und Anwendungswissen verankert.

Im personenzentrierten und experienziellen Ansatz braucht es also, veränderungstheoretisch betrachtet, immer beides:

Es braucht eine therapeutische Beziehung, die den KlientInnen neue Arten der Bezugsaufnahme zu sich und anderen ermöglicht. TherapeutInnen fühlen sich empathisch in die Welt der KlientInnen ein, akzeptieren sie mit all ihren Anteilen immer zuerst so, wie sie ihnen begegnen, bevor miteinander weitere Bewegungen erforscht werden können, und entwickeln aus ihren eigenen Resonanzen eine authentische, aufrichtige Haltung in den Beziehungsfeldern mit ihren Klientinnen.

Es braucht die aktive Mitarbeit der KlientInnen, die mit den Therapeutinnen in Kontakt kommen und eine gemeinsame Beziehung aufbauen. Sie können im Laufe der Psychotherapie das für sie selber typische Erleben und Gestalten ihrer Situationen erkennen und verstehend akzeptieren und dann Wahlmöglichkeiten für ihre erstarrten Lebensprozesse suchen, erlernen und oft auch schon im therapeutischen Beziehungsfeld einüben.

Dieses Zusammenwirken kann im Rahmen ihrer Möglichkeiten Freiheitsgrade in den Lebenskontexten der KlientInnen sowie ein gesünderes, beschwerdefreieres, selbstständigeres und zugleich auf Andere(s) bezogeneres Leben möglich machen.

Menschen etwas zutrauen heißt auch: ihnen etwas zumuten. Psychotherapie ist Arbeit an sich selbst mit Hilfe einer anderen Person. In der therapeutischen Begleitung von Menschen sind TherapeutInnen ihnen ein aufrichtiges, akzeptierendes und einführendes Gegenüber, wohl wissend, dass sie in der gemeinsamen Beziehungsgestaltung auch verändert werden und immer wieder dazulernen müssen. Sie verzichten auf Bewertungen und auf eigene Vorstellungen, wie das Leben ihrer KlientInnen zu verlaufen habe. Sie sind, so gut es ihnen möglich ist, mit ihrem eigenen Erleben in Bezug auf sich selber, auf die andere Person und auf die gemeinsame Beziehung in Kontakt. Das macht einen hilfreichen Dialog möglich. Mit jedem Klienten, mit jeder Klientin neu versuchen TherapeutInnen, diesen Dialog zu initiieren und ihn aufrechtzuerhalten.

3d. Ätiologie, Diagnose und Störungskonzeptionen

Gründe und Ursachen, warum Menschen in ihrem Leben, in ihren Situationen in Not geraten und psychisch erkranken, sind vielfältig.

Rogers hat in seiner frühen Persönlichkeitstheorie, die er aus seiner langjährigen Erfahrung mit einem relativ einheitlichen Klientel in der Beratungsstelle einer Universität entwickelte, einen spezifischen Aspekt in den Vordergrund gestellt, nämlich den Konflikt und die mangelnde Übereinstimmung zwischen dem «organismischen Erleben» und dem «Selbstkonzept», das die jeweilige Person aufgrund biografischer Bewertungsbedingungen in der Herkunftsfamilie aufgebaut hat. Diese «*Inkongruenz*» war im «klassischen»

personenzentrierten Ansatz die alleinige Ursache von Störungen und die einzige Indikation für eine personenzentrierte Psychotherapie.

Gendlin hingegen führte aus: «According to my theory, a “pathological content” is nothing but the lack of a certain further experience. ... When the missing further experience happens, I call it “carrying forward.”¹³ Dieses Konzept war eine Meta-Vorstellung und nicht ausdifferenziert für ein bestimmtes Klientel. Er hatte auch schon früh angeregt, für die Theoriebildung von «Störungen» kein Inhalts- und auch kein Verdrängungsmodell zu wählen, sondern ein **Prozessmodell**. Er schlug vor, nach stockenden, angehaltenen Varianten von Lebensprozessen zu suchen. Er nannte sie «frozen wholes», gefrorene Ganzheiten, in der Therapietheorie dann auch bezeichnet als «strukturegebundenes» Erleben, Fühlen, Denken, Handeln. Ein «Fortsetzen» oder «Vorantragen» der Prozesse konnte dann erstarrte Aspekte des Lebendigen wieder in Bewegung bringen und neue Möglichkeiten eröffnen.

Differenzielle Fragestellungen, die sich weg bewegen von der Vorstellung, dass eine einzige «Verursachung» und eine dafür passende Therapieform für alle Menschen unterschiedslos gültig sei, sind mit der Zeit mehr und mehr in den Vordergrund getreten und waren auch im Ausbildungsinstitut GFK von Anfang an ein wesentliches Forschungsgebiet.

Wenn nämlich TherapeutInnen ihre KlientInnen vorerst einmal ohne die Hintergrundannahme einer spezifischen «Störungslehre» aus deren je eigenem Bezugsrahmen verstehen wollen und auch versuchen, die leidvollen Aspekte in ihrer Bedeutung für die Person nachzuvollziehen, wie Rogers das für unabdingbar hielt, erweitert sich das Bild sofort. TherapeutInnen können das eigene Erleben der KlientInnen und deren eigene Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen zum Ausgangspunkt ihrer therapeutischen Überlegungen nehmen. Ihr Fachwissen und ihre Erfahrung, die eigene Resonanz und eine geschulte «störungsspezifische Empathie» neben der professionellen Empathie, die sowieso für alle Anteile im Erleben der KlientInnen gefordert ist, verhelfen zu einer gemeinsam entwickelten und geteilten *Prozess-Diagnose* (der Rogers im Gegensatz zu einer Status- resp. Eingangsdiagnose immer den Vorrang gegeben hat), die sich während der gemeinsamen Arbeit anpasst und verändert.

In klinischen Kontexten sind eine personenzentrierte Grundhaltung und ein Verständnis für fließende resp. stockende und wiederaufgenommene therapeutische Prozesse immer noch ein radikales Unterfangen. Bei allen Arten von Diagnosen und „Störungsbildern“ beeinflusst es deutlich die Qualität der therapeutischen Begegnung, das Zusammenfinden, die Kommunikation und auch den Umgang mit den eigenen Verengungen als TherapeutInnen in Anbetracht grossen Leidens und seiner vielgestaltigen Ausdrucksformen. Ein grosser Teil der Weiterbildung ist diesen Themen gewidmet.

¹³ „Gemäss meiner Theorie ist ein „pathologischer Inhalt“ nichts anderes als das Fehlen eines bestimmten weiterführenden Erlebens. ... Wenn sich das Fehlende dann ereignet, nenne ich das „vorantragen“ (übers. cg) Gendlin 1996, 38

3e. Körperorientiertheit

“We need not ask whether a symptom is physical or psychological; any human experience is actually both.” (Gendlin)¹⁴

In allen humanistischen Verfahren gehört eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen, also auch der Einbezug des Körpers, zwingend zum Menschenbild. Dass in der Vertiefungsrichtung «Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie» körperorientiert gearbeitet wird, war also von Anfang an selbstverständlich.

Was heisst das?

Mit dieser Denk- und Arbeitsweise ist nicht ein eklektisches Hinzuaddieren körperbezogener Interventionen gemeint. Die im personzentrierten und experienziellen Ansatz vermittelte Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf persönliches Erleben, auf eigene Resonanzen beim Begleiten und deren angemessene Kommunikation richtet sich ganz selbstverständlich auch auf **das «verkörperte» Miteinander-Sein** im therapeutischen Prozess. TherapeutInnen und KlientInnen müssen deutlich als körperliche Wesen anwesend sein.

Die Studierenden lernen also, ihre **Aufmerksamkeit** auf die eigene Körperlichkeit zu richten: Phänomene wie **Atmung, Haltung und Bewegung** werden erforscht, das Wahrnehmungsfeld wird erweitert hin zur körperlichen Präsenz des Gegenübers und der gesamtkörperlichen Ausprägung des Beziehungsfelds. Eigene körperliche Resonanzen und ihre Bedeutung in der Interaktion werden deutlich.

Hinzu kommen dann spezifische Begegnungs- und Behandlungsformen wie die im Ausbildungsinstitut GFK entwickelte **dialogische Körperarbeit**, die wie ein «Gespräch» funktioniert, nur dass eingebettet in die verbale Interaktion zwei Körper eine Weile miteinander «sprechen» und einen gemeinsamen Weg suchen, um den Prozess der Klientinnen voranzutragen. Bei geeigneter Indikation und mit Einverständnis der KlientInnen können auch bestimmte **Arten der Berührung** eine Rolle spielen.

Metatheoretisch kann unter Berücksichtigung des «energetischen Blickwinkels» die Frage nach einer geeigneten Energieverwaltung für KlientInnen wichtig sein. Und die Einbettung der körperlichen Dimension in den sprachlichen Dialog ist von Anfang an ein wichtiges Lernfeld.

Keine Variante einer körperlichen Begegnung wird für alle gleich geeignet und förderlich sein – es gilt, wie überall, die Überzeugung von Rogers, dass es «*so viele Wirklichkeiten wie Menschen*» gibt.

3f. Charakterstrukturen – ein Modell zum Umgang mit Musterbildungen

Die zunehmende Bewusstheit, wie unterschiedlich die Menschen sind und wie unterschiedlich TherapeutInnen auf ihre verschiedenen KlientInnen reagieren, hat in den achtziger und neunziger Jahren dazu geführt, dass die Leitenden des Ausbildungsinstituts

¹⁴ «Wir müssen gar nicht fragen, ob ein Symptom körperlich oder seelisch ist – alles menschliche Erleben ist immer beides.» (übers.cg) Gendlin 1996, 182

eine personzentrierte und experienzielle Art und Weise zu suchen begannen, um diese Unterschiede zu erfragen und später dann systematisieren zu können. Dieses Erforschen hat letztendlich zur Formulierung der Modellbildung der *GFK-Charakterstrukturen* geführt.

Dieses Modell ist keine «Störungslehre», keine Beschreibung von pathologischen Zuständen. Die GFK-Charakterstrukturen verstehen sich als ein Kontinuum von akkumulierten Erlebens- und Handlungsmustern, als Interaktionserfahrungen in der Lebensgeschichte der KlientInnen in ihren jeweiligen Umfeldern - und in der Begegnung mit sich selber. Einige dieser Muster sind eher Färbungen oder Lebensstil-Eigentümlichkeiten, einige sind allerdings mit der Zeit starr und stereotyp geworden, widersetzen sich beharrlich einer Anpassung an neue Situationen und führen oft zu grossem Leiden für die Personen und ihre Umwelt. Diese Muster hat Gendlin schon 1955 während seiner Zusammenarbeit mit Rogers als «strukturegebundene Prozesse» bezeichnet. Gerade an verengten Stellen, in denen das innere Erleben der KlientInnen oder ihr Gefühls-, Denk- und Handlungsspielraum einseitig und nicht mehr veränderungsfähig ist oder sie keinen Zugang mehr zu Wahlmöglichkeiten haben, brauchen sie Empathie, Akzeptanz, eine kongruente Beziehungsresonanz – und auch das Erfahrungswissen ihrer TherapeutInnen.

Im Charakterstrukturmodell werden diese Muster ausführlich beschrieben und immer wieder an neue Erkenntnisse der Forschung und an die Fragen und Selbstbeschreibungen der Teilnehmenden angepasst. Die Studierenden lernen, oft mit einem überraschenden Zuwachs an Erkenntnis, dass die Wirklichkeit, wie sie sie wahrnehmen, nicht einmal annäherungsweise dieselbe ist, wie andere sie wahrnehmen.

Charakterstruktur-Anteile sind, wenn wir interaktionell denken, nicht primär »in« Personen zu finden, sie haben sich immer in Beziehungen, in Situationen mit anderen entwickelt und sind deshalb zutiefst relational. In der therapeutischen Situation gehört jetzt der Therapeut zum «situationalen Körper» (Gendlin) des Klienten, dort werden sich die Muster zeigen und können in korrigierenden Beziehungserfahrungen reflektiert und im Rahmen des Möglichen verändert werden.

Erfahrungswissen und eine langjährige persönliche Schulung in der Handhabung dieses Modells sind unerlässlich. Sie verhelfen den Therapeutinnen zu einer vertieften Empathie und Resonanz in Bezug auf die unterschiedlichen Erlebenswelten der KlientInnen und stärken ihre Authentizität im therapeutischen Dialog «von Person zu Person».

Auch im Umgang mit psychiatrischer Diagnostik und mit Behandlungsmanualen ist ein Rückgriff auf das Modell hilfreich. Es ermöglicht eine Spektrums- und Dimensionserweiterung für den Umgang mit leidvollen Zuständen und kann, obwohl es kein Klassifikationssystem von psychischen Störungen ist, doch als eine Art von «prozessdiagnostischer» Leitlinie verwendet werden. Wissen über Muster und Strukturegebundenheiten kann dazu beitragen, psychiatrische Diagnosemodelle wie ICD, OPD und die daraus resultierenden Behandlungsideen zu differenzieren und zu bereichern.

Das Modell hat sich auch als ein wertvolles Instrument in der Fall- und Teamsupervision erwiesen.

Die GFK-Charakterstrukturen sind kein ein für alle Mal fertiges Modell. Sie sind lebendige Gebilde, sie werden korrigiert und ergänzt, wenn sie den Erfahrungen oder dem Erleben von Studierenden, KollegInnen oder KlientInnen widersprechen. Sie befinden sich also in ständiger Bewegung. Das ist für ein Modell ungewöhnlich, passt aber zu dem Prozessansatz, den das Ausbildungsinstitut GfK gewählt hat.

3g. Bindungsprozesse – ein Modell zum Umgang mit Interaktionsvarianten

In dieser Modellbildung, die im Ausbildungsinstitut GfK ebenfalls durch personenzentrierte und experienzielle Befragungsmethoden entwickelt wurde, steht eine interaktionelle Sichtweise im Vordergrund.

Das heisst, dass wir eine so genannte «Randbildung» nicht um ein Individuum herum machen, sondern um aufeinander bezogene Individuen, die auf eine bestimmte Art und Weise in Kontakt zueinander treten und sich so aneinander binden. Diese jeweiligen «Beziehungslebewesen»¹⁵ sind dann die von «ausen» beobachtbaren und von «innen» beschreibbaren Einheiten.

Exemplarisch werden in diesem Modell prototypische Arten, wie Menschen zu anderen Menschen und zu grösseren sozialen Systemen in Beziehung treten, anhand einiger für die Psychotherapie und die Supervision wesentlicher »Bindungsprozesse« beschrieben. Dabei geht es nicht um bestimmte Bindungstypen, wie sie von den frühen BindungsforscherInnen konzipiert wurden, sondern um verschiedene Arten von Interaktionsfeldern, die spezifische Entwicklungsmöglichkeiten begünstigen.

Bestimmte Situationen oder Kontexte benötigen bestimmte Bindungsqualitäten, die immer von allen Beteiligten verkörpert werden müssen, damit das jeweilige Beziehungslebewesen sich formen und für eine Weile bestehen bleiben kann. Die Situation «jemand kommt neu in ein Team» z.B. kann nur gelingen, wenn der «Neue» und die «Alten» eine gemeinsame Suche danach beginnen, wie sie den gesamten Prozess der Neustrukturierung, des sich aufeinander Einlassens und Abstimmens durchlaufen und dann wieder ein funktionierendes Team werden können.

In Psychotherapien stehen sowohl in den Erzählungen der KlientInnen als auch in der therapeutischen Begegnung selber Bindungsprozesse im Vordergrund. Häufig sind die Bindungsvorstellungen, -wünsche oder -appelle unklar, widersprüchlich, ambivalent, viel Zeit vergeht mit Tasten und Suchen und vielerlei Abstimmungsprozessen, bis eine der Situation angemessenen Bindungsqualität gefunden wird - die dann für eine Weile «passend» ist, sich aber auch wieder ändern wird – worauf ein neuer experienzieller Suchprozess beginnt.

Das Erfassen der Komplexität solcher Bewegungen im gesamten «Beziehungslebewesen» ist hilfreich vor allem in verfahrenen, stockenden, schwierigen Situationen zwischen den an der Interaktion Beteiligten. Ein «*carrying forward*,» also ein Vorantragen einer Situation für alle, kann durch ein gemeinsames Erforschen der Bindungsbewegungen aller Personen ermöglicht werden. Wenn eine allen Beteiligten gemässe Qualität gefunden wird, kann das manche herausfordernden therapeutischen Situationen deutlich entlasten.

¹⁵ Ein Terminus, der im Ausbildungsinstitut GfK verwendet wird, siehe SGfK/GfK 2017. Vergleichbar sind etwa die Begriffe „the new us“ und „the me-with-you“ von Lynn Preston oder die „schemes of being-with“ oder „acting-with“ von Daniel Stern.

Dieses Modell als spezifisches Instrument in Therapie und Supervision zur Verfügung zu haben, erhöht die Prozesssicherheit beim Arbeiten und die Fähigkeit, über therapeutische Prozesse auf eine relationale Art und Weise nachzudenken.

Auch dieses Modell ist ein lebendiges Gebilde und immer wieder in Veränderung.

4. Vermittlung der Inhalte und Verfahren: das «WIE» der Weiterbildung

Die Darstellung des Curriculums erfolgt der Übersicht halber in einer **modularen** Form. Das Erfassen der Kursinhalte unter einer einzigen inhaltlichen Dimension lässt sich allerdings in den mehrtägigen Kursen nicht durchhalten. Immer werden in den 3-5tägigen Seminaren sowohl Metatheorie, Therapie- und Praxistheorie gelehrt, und die Studierenden üben die neu erlernten Inhalte ein (Methodentraining).

Das entspricht auch der Ausbildungsphilosophie des GFK. Die Lehrweise ist nicht additiv strukturiert, sondern die Lerninhalte werden **zyklisch** vermittelt. Das heisst, dass die Elemente der Weiterbildung (Metathorie, Therapie- und Praxistheorie, Methodentraining, Selbsterfahrung und Supervision) integral in einem bestimmten Rhythmus aufeinander bezogen und miteinander verschränkt gelehrt und erlernt werden. Jeder neue Lerninhalt soll sich mit den vorhergehenden verknüpfen, dadurch wird das früher Gelernte beeinflusst, es verändert sich und kann aus einem neuen Blickwinkel angeschaut werden. Das stützt nicht nur einen praxisnahen Lernprozess, sondern ermöglicht auch eine kontinuierliche Förderung von persönlichen und professionellen Entwicklungsprozessen der Studierenden über einen längeren Zeitraum und das Heranreifen eines persönlichen therapeutischen Arbeitsstils.

Die Weiterbildungsteile «Wissen und Können» findet überwiegend in einem **Gruppensetting** statt. Im personenzentrierten und experienziellen Ansatz ist die umfassende Ausbildung der PERSON grundlegend. Weiterbildung in Gruppen ermöglicht das Pendeln zwischen der Person als Individuum und den Interaktionen im Gruppenganzen, dessen «Teile» einzelne Personen oder Untergruppen sind. So ergeben sich vertiefte Verständnismöglichkeiten dafür, was es heisst, in unterschiedlichen Kontexten und Situationen zu leben. Lernen ist immer ein interaktiver Prozess, und eine langjährige Gruppe bietet dafür eine günstige Lehr- und Lerngemeinschaft.

5. Zitierte Literatur

Eberwein, Werner, 2014, *Überlegungen zum Menschenbild der Humanistischen Psychotherapie*, in: W. Eberwein, M. Thielen (hg.), *Humanistische Psychotherapie*, Psychosozial-Verlag Geissen

Gendlin, Eugene, 1996, *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. The Guilford Press

Gendlin, Eugene, 2. Auflage 2016, *Ein Prozessmodell, herausgegeben und übersetzt von Donata Schoeller und Christiane Geiser*, Verlag Karl Alber Freiburg/München

Höger, Diether, 2006, *Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie*. In: Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Springer

Juchli, Ernst und Schlünder, Ulrich, 2017, *Zyklisches Denken*. BoD Norderstedt

O'Hara, Maureen, 1997, *Relational Empathy: Beyond Modernist Egocentrism to Postmodern Holistic Contextualism*. In: A. Bohart/L. Greenberg (ed.). *Empathy reconsidered. New Directions in Psychotherapy*, APA

Rogers, Carl, 1973, *Psychotherapie als Prozess*. In: *Entwicklung der Persönlichkeit*, Kapitel 7, Klett Cotta

Rogers, Carl, 1995, *Do we need a reality?* In: *A Way of Being*, Houghton Mifflin Harcourt,

SGfK/GfK (hg.), 2017, *Gesprächspsychotherapie, Focusing, Körperpsychotherapie. Prozesse verstehen, Prozesse begleiten*. BoD Norderstedt

6. Übersicht der einzelnen Module und ihre Inhalte

Modul 1: Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie

Inhalte und Lernziele

Das erste Modul der Weiterbildung umfasst die basalen theoretischen und praktischen Inhalte der personzentriert-experienziellen Psychotherapie. Sie bilden die Grundlage allen Verständnisses, ermöglichen eine therapeutische Identität und die Anbindung an den kollegialen Mainstream.

Vermittelt werden in diesem Modul die Meta-, Therapie- und Praxistheoretischen Inhalte des personzentriert-experienziellen Ansatzes sowie deren praktische Umsetzung im Methodentraining.

Bezug genommen wird vor allem auf die Arbeit von Carl Rogers und Gene Gendlin und die darauf aufbauenden Weiterentwicklungen innerhalb des Ansatzes.

Die Studierenden lernen die Radikalität der Grundannahme kennen, dass Menschen sich in geeigneten Beziehungsfeldern und Lebenssituationen selbstbestimmt verändern können. Der entscheidende Wirkfaktor ist die therapeutische Beziehung. KlientInnen können in dieser Beziehung einen Zugang (wieder)finden, der eigenständige Lösungs- und Entwicklungswege möglich macht und sie gleichzeitig befähigt, ihre Wachstumsschritte abzustimmen auf ihre jeweiligen Umgebungen und Situationen.

Veränderung entsteht also zum einen aus dem Ineinanderwirken bestimmter therapeutischer Haltungen und Angebote und der Fähigkeit der KlientInnen, diese wahrzunehmen und sich selber gegenüber anzuwenden (Rogers). Zum anderen hat sich eine bestimmte Art und Weise der Hinwendung zum eigenen Erleben, die ein Vorantragen wesentlicher Erlebens- und Bedeutungsprozesse ermöglicht, als wirksam erwiesen (Gendlin).

Die Studierenden lernen und üben die Basiskompetenzen therapeutischer Beziehungsgestaltung und sind am Schluss der Weiterbildung in der Lage, die personzentriert-experienzielle Psychotherapie in ihren relevanten Facetten mit anderen Weiterbildungsinhalten zu verknüpfen, sie in ihren Berufsfeldern anzuwenden und ihren eigenen therapeutischen Stil zu entwickeln.

Modul 2: Körperorientiertheit in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie

Inhalte und Lernziele

In den humanistischen Verfahren gehört eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen, also auch der Einbezug des Körpers, zwingend zum Menschenbild. Schon Rogers betonte „organismisches“ Erleben, Gendlin hat körperliches (Er)Leben differenziert beschrieben.

Was bedeutet es, im Rahmen einer personzentriert-experienziellen Beziehungsgestaltung körperorientiert zu denken, zu handeln, zu begleiten?

Gemeint ist sicher nicht ein einfaches Hinzunehmen beliebiger körperlicher Interventionen. Wichtig ist zuerst eine Schulung der **Wahrnehmung** in Bezug auf eigenes körperliches Erleben und eigene Resonanzen beim Begleiten und deren angemessene Kommunikation. Das ermöglicht TherapeutInnen überhaupt erst, das entsprechende Wahrnehmungsfeld präsent zu haben und es auch KlientInnen möglich zu machen, es in ihrem inneren Bezugsrahmen nach und nach zu erschliessen.

Alltägliche Phänomene wie Bewegung, Haltung, Atmung werden erforscht, und es wird deutlich, wie das körperliche Dasein der Menschen verknüpft ist mit ihren Themen, mit ihren Lebenssituationen, mit ihren Gefühlen, Gedanken und Handlungen.

„**Körperliche Präsenz**“ heisst: KlientInnen und TherapeutInnen müssen als körperliche Wesen anwesend sein. Das «verkörperte» Miteinander-Sein im therapeutischen Prozess wird selbstverständlich, denn es gibt keine nicht-körperliche Interaktion. Veränderung in der Psychotherapie ist immer auch eine körperliche.

Die Studierenden lernen also, ihre Wahrnehmungsfähigkeit und ihre körperliche Resonanz zu schulen. Sie lernen und üben vielfältige Formen, die Körpermodalität im therapeutischen Gespräch „zu Wort kommen zu lassen“. Sie diskutieren geeignete Indikationen und Beziehungskonstellationen, in denen bestimmte dialogische Arten von Bewegung und Berührung den Prozess der KlientInnen vorantragen können.

Sie beschreiben Qualitäten des Lebendigen und die grundlegende Vitalität in und zwischen Personen mit Hilfe der energetischen Perspektive. Auch die Frage nach einer geeigneten Energieverwaltung für KlientInnen kann wichtig sein. Praktisch heisst das: Wie organisiert sich energetisches Geschehen? Wo ist Energie gebunden, wo verfügbar und wofür?

Modul 3: Individualität und Relationalität

Inhalte und Lernziele

Dieses Modul beschäftigt sich mit **den anthropologischen und epistemologischen Grundannahmen**, denen wir in unserer Arbeit ständig begegnen.

Da ist einerseits immer die Person als **Individuum**, mit ihrer je eigenen Ausprägung, ihren typischen Idiosynkrasien, ihrem eigenen inneren Bezugsrahmen, der privaten Bedeutung, die sie ihren Lebenssituationen gibt – und mit ihrer individuellen Art und Weise zu leiden, in Not zu geraten, Unterstützung zu suchen.

Parallel dazu ist aber immer auch ein **relationaler Blickwinkel** notwendig - die Annahme nämlich, dass Personen in und durch **Interaktionen** zu denen geworden sind, die sie sind, und dass dieses intersubjektive aufeinander Einwirken auch für all ihre zukünftigen Interaktionen gilt.

Während **Rogers** anfangs noch an einer Vorstellung der Person als Individuum im Rahmen der damals vorherrschenden Ein-Personen-Psychologie festhielt, hat er in seinen späteren Jahren eine Beziehung „von Person zu Person“ konzeptualisiert und damit eine dialogische Form der Psychotherapie beschrieben.

Gendlin hatte von seinem philosophischen Hintergrund immer schon die Vorstellung, dass da zuerst der Prozess ist („*interaction first*“) und die Teilnehmenden an diesem Prozess durch diese Interaktionen „entstehen“.

Zwischen diesen beiden Blickwinkeln bewegen wir uns im therapeutischen Kontext. Wir können auch sagen: Wir bewegen uns zwischen Vorstellungen der **Ein-Personen-Psychologie** und denen einer **Interdependenz alles Lebendigen**, in der Personen nur in ihren Situationen zu verstehen sind. Das verschiebt immer wieder die Perspektive, lässt uns anders und neu nachdenken und handeln.

Innerhalb des Moduls liegen die Akzente auf 3 spezifischen Varianten dieses Themas:

1. In den Seminaren über «**Prozesse in Gruppen**» lernen die Studierenden, wie komplex das Leben als «Einzelwesen» ist, wenn man gleichzeitig «Teil» eines grösseren sozialen Systems ist. In psychotherapeutischen Kontexten begegnen sich Personen, und in dieser Interaktion werden alle daran Teilnehmenden verändert.
2. In ihrer Weiterbildungs-Gruppe erleben die Studierenden, dass zwischen Einzelnen, aber auch zwischen Einzelnen und der Gesamtgruppe, zwischen Leitenden und Studierenden, unterschiedliche «**Bindungsprozesse**» stattfinden. Es entsteht jeweils ein neues «Beziehungslebewesen», ein manchmal flüchtiges, manchmal beständiges, in einigen Zügen sich immer wieder ähnliches und doch sich veränderndes Gebilde. In psychotherapeutischen Settings finden solche Bindungsprozesse fortwährend statt, und Kenntnisse darüber helfen dabei, festgefahrene Situationen besser zu verstehen und zu lösen.
3. Es hat sich zudem bewährt, in den therapeutischen Interaktionen nach Veränderlichem und Gleichbleibendem zu suchen. Oft geraten KlientInnen in Not, wenn zu lange etwas gleich bleibt im Umgang mit ihren Lebenssituationen oder wenn alles zu flüchtig und ohne Halt ist. Angehende TherapeutInnen sollten ihre eigenen strukturgebundenen Reaktionsweisen kennen. Die Aufschlüsselung musterhafter Arten, in Beziehung zu sein zu sich selber und zu anderen, wird in den Seminaren über «**Charakterstrukturen**» erlernt und vertieft. Das Beweglicher-Werden strukturgebundenen, angehaltenen Erlebens in weiterführende Prozessbewegungen ist veränderungstheoretisch und auch für die Wirksamkeitsforschung hochinteressant. Modul 4: Grundlagen klinische Psychotherapie

Modul 4: Grundlagen klinische Psychotherapie

Inhalte und Lernziele

Im klinischen Alltag werden Begriffe verwendet, die so nicht im personenzentrierten Ansatz vorkommen und die auch eine andere «Wirklichkeit» und insbesondere ein anderes Menschenbild und Therapieverständnis abbilden: Psychopathologie, Exploration, Anamnese, Befunde, Psychostatus, Diagnose, Funktionsniveau, Indikation / Kontraindikation für Psychotherapie, Behandlungsplan, Therapieziele.....

Wer in einem klinischen Setting tätig ist, sei es ambulant, teilstationär oder stationär, kommt nicht daran vorbei, sich mit diesen Begriffen zu befassen und für sich selbst Wege zu finden, aus einer personenzentrierten Grundhaltung heraus Diagnosen zu stellen, therapeutisch zu handeln und die klinische Sprache auf eigene PatientInnen anzuwenden.

Im Modul 4 der Weiterbildung wird vermittelt, wie eine klinische Exploration von Patienten und Patientinnen unter Beibehaltung einer personenzentrierten und experienziellen Grundhaltung durchzuführen ist. In einem nächsten Schritt wird gelehrt, wie aus den erhobenen Befunden psychiatrische Diagnosen gemäss ICD-10 abgeleitet, aber auch erste Hypothesen bezüglich der Einschätzung der PatientInnen nach einigen im GFK erprobten Modellen und Verfahren entwickelt werden können. Darauf aufbauend wird der Frage nachgegangen, wie auf dieser Grundlage die Indikation (oder Kontraindikation) für die psychotherapeutische Behandlung im jeweiligen Setting gestellt wird, wie Behandlungspläne abgeleitet und Therapieziele hierarchisiert werden können. In diesem Kontext erfolgt auch eine erste Einführung in das Thema der «Behandlungsempfehlungen durch die Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.)».

Weiter lernen die Studierenden, Befunde und Diagnosen sowie die daraus folgenden Konsequenzen für die Behandlung zu kommunizieren: im Gespräch mit den PatientInnen, aber auch innerhalb der Institution (Rapporte) sowie «nach aussen» (Versicherungen, Nachbehandler, Ämter, Justiz). Sie lernen auch, die klinische Dokumentation entsprechend zu führen.

Besondere Beachtung wird in diesem Kontext in der schriftlichen Kommunikation die Aufrechterhaltung einer personenzentrierten Grundhaltung und die Beschreibung von PatientInnen aus einem personenzentrierten Blickwinkel finden.

Grundlagen der Psychopharmakologie sind ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt des Moduls 4, da eine Therapie-begleitende Pharmakotherapie im klinischen Setting häufig eingesetzt wird. Daher ist es unerlässlich, dass PsychotherapeutInnen die gängigsten in der Psychiatrie eingesetzten Medikamente kennen. Im Seminar werden also die Indikationsstellung für eine pharmakologische Behandlung, das Erkennen von Nebenwirkungen sowie ein Grundwissen bezüglich Medikamenteninteraktion vermittelt.

Arbeiten im klinischen Setting ist anspruchsvoll und verlangt von PsychotherapeutInnen gute interpersonelle Fähigkeiten, aber auch die Fähigkeit, eigene Stärken und Schwächen zu

kennen und selbstfürsorglich mit sich selbst umzugehen. Daher ist die Unterstützung der AusbildungsteilnehmerInnen bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer adäquaten Selbstfürsorge ein weiteres zentrales Thema dieses Moduls.

MODUL 5: Personzentriert-experienzielle Psychotherapie psychiatrischer Störungen

Inhalte und Lernziele

Im Modul 5 der Weiterbildung geht es grundsätzlich darum, dass die Studierenden die in der Basisausbildung erworbenen Kenntnisse und therapeutischen Kompetenzen vertiefen und in der psychotherapeutischen Tätigkeit in einem klinischen Setting mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungen anwenden zu können. Dazu braucht es fundiertes Wissen über die Setting-angepasste Indikation für Psychotherapie und über Chancen und Risiken eines psychotherapeutischen Prozesses.

Im Hinblick auf die Durchführung klinischer Psychotherapie erfolgt im Modul 5 eine vertiefte Auseinandersetzung mit personzentriert-experienzieller, störungsspezifischer Fachliteratur und den störungsspezifischen Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) betreffend affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen, somatoforme Störungen, Abhängigkeits-Erkrankungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen. Ein wesentlicher Fokus liegt darauf, diese Leitlinien vor dem Hintergrund der personzentrierten Grundhaltung zu reflektieren und den therapeutischen Zugang zu den einzelnen Störungsbildern unter Anwendung eines personzentriert-experienziellen Vorgehens zu besprechen.

Ausgehend von der Tatsache, dass in einem klinischen Setting Risikosituationen, Krisen und Störungen im Therapieprozess zum Alltag gehören, soll auch immer wieder der Frage nachgegangen werden, wie Krisen aus einer personzentrierten Grundhaltung heraus bewältigt werden können und wie auch bei PatientInnen mit destruktiven und selbstschädigendem Verhalten diese Grundhaltung beibehalten werden (oder immer wieder erstellt werden) kann. In diesem Kontext werden insbesondere Suizidalität, aggressives und bedrohliches Verhalten und selbstverletzendes Verhalten eingehend thematisiert. Weiter werden situationsangepasste Interventionen eingeführt und geübt (Suizidmonitoring, Deeskalationstraining, Skillstraining).

Ein besonderer Schwerpunkt innerhalb des Moduls 5 wird eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Grundannahmen, Modellen und «therapeutischen Werkzeugen» des personzentriert-experienziellen Ansatzes im klinischen Setting sein. Von besonderem Interesse ist dabei, was davon bei welchen Patienten zu welchem Zeitpunkt und in welchem Setting gut in den klinischen Alltag integriert werden kann. Da im Ausbildungsinstitut GFK die Körperorientiertheit ein wesentlicher Bestandteil der psychotherapeutischen Weiterbildung ist, soll auch eingehend der Frage nachgegangen werden, wie körperliche Resonanzen, Wahrnehmungen und Interventionen in der klinischen Arbeit ihren Platz finden können. Die AusbildungsteilnehmerInnen sollen die Fähigkeit erwerben, auch in Bezug auf die

störungsspezifische Psychotherapie jeweils angemessene körperorientierte Interventionen vorzuschlagen und durchzuführen.

Im gesamten Modul 5 werden zudem die zentralen Prinzipien der störungsangepassten Psychopharmakotherapie vertieft.

Modul 6 Übergeordnete Themen und aktuelle Entwicklungen

Inhalte und Lernziele

Dieses Modul ist nicht, wie die Module 1-5, einem inhaltlichen Schwerpunkt gewidmet. Es umfasst Inhalte, die metatheoretisch bestimmten übergeordneten Themen zugeordnet sind sowie aktuelle Entwicklungen. Einige dieser Angebote sind für die Studierenden verbindlich.

Modul 6 setzt sich zusammen aus

- dem Vorstellen und Diskutieren von **Forschungsergebnissen** und **wissenschaftlichen** Weiterentwicklungen im PCE-Ansatz und im allgemeinen psychotherapeutischen Feld, die über das hinausgehen, was regelmässig in den inhaltlichen Modulen vermittelt wird.
- **metatheoretischen und übergeordneten** Fragen zu:
 - Erkenntnistheorie
 - Anthropologie
 - Ethik
 - Philosophie
 - Kultur
 - politischen und sozialen Fragen
 - Ökologie
 - Spiritualität.
- Angeboten **auswärtiger DozentInnen**. Sie dienen der Horizonterweiterung, die wir neben der Etablierung einer therapeutischen Identität für absolut notwendig halten.
- relevanten Studientagen aus dem alljährlich erscheinenden GFK-Kursprogramm, die den Studierenden zur **freien Auswahl** stehen oder die ihnen von der Studiengangsleitung zur persönlichen Weiterbildung empfohlen werden. Sie vertiefen die Inhalte der Weiterbildungsseminare in den Modulen 1-5.
- von Jahr zu Jahr in rollender Planung festgelegten Anlässen und Themen, die man am besten mit „**Unvorhersehbares**“ oder „**aus aktuellem Anlass**“ beschreiben könnte. Die Auseinandersetzung mit nicht-Gewusstem, nicht-Antizipierbarem gehört ohnehin zum Kerngeschäft der PsychotherapeutInnen... Aber darüber hinaus befindet sich unsere Welt im Moment und wahrscheinlich noch für einige Zeit (*Anmerkung: geschrieben im Juni 2020 während der Corona-Pandemie*) in derart tiefgreifenden, komplexen und vor allem rasend schnellen Umwälzungen, von denen noch niemand weiss, was sie für Folgen für unseren Berufsstand haben und für das

Leben überhaupt. Wir alle müssen immens viel in kürzester Zeit neu begreifen, lernen, wieder verwerfen, neu überlegen. Weltweit verschieben sich Prioritäten auf allen Ebenen, nicht nur in unserem Beruf, gewohntes Denken und Verhalten fallen plötzlich weg, und neue Blickwinkel, Denkwege und Anpassungsleistungen werden erforderlich. KlientInnen werden mit neuen Themen kommen und sich und uns andere Fragen stellen.

All das entzieht sich einer langfristigen Planung. Die Themen werden kurzfristig ins Programm aufgenommen.

Modul 8 Selbsterfahrung

Inhalte und Lernziele

Im Rahmen der Selbsterfahrung werden Erleben und Verhalten der Weiterzubildenden als Personen und als angehende PsychotherapeutInnen reflektiert. Die Persönlichkeitsentwicklung wird gefördert und eine kritische Reflexion der Beziehungsgestaltung zusammen mit ihren KlientInnen innerhalb des therapeutischen Settings ermöglicht, vor allem im Bereich der eigenen Einstellungen und Haltungen, der eigenen Resonanz und der spezifischen Interventionen. Denkweisen und Verhaltensrepertoire werden erweitert, Wahlmöglichkeiten erprobt.

Modul 9 Supervision

Inhalte und Lernziele

Die eigene psychotherapeutische Arbeit wird sowohl in den methodenspezifischen Modulen als auch in Gruppen- und Einzelsettings durch qualifizierte SupervisorInnen begleitet. In den Supervisionen geht es um die Klärung des therapeutischen Auftrags und der Therapieplanung, um die Anwendung der erlernten Theorie- und Praxiskenntnisse, um die Reflektion des Erlebens in der therapeutischen Interaktion, um das Entwickeln von Prozesssicherheit, um das Erstellen von Verbindungen zwischen Problemdefinition, Interaktionsgeschehen und verschiedenen Theorieperspektiven. Damit wird eine schrittweise Entwicklung der eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit ermöglicht und unterstützt. Supervision findet im *Gruppensetting* in den in der Gruppe stattfindenden Weiterbildungsseminaren statt, darüber hinaus auch im *Einzelsetting* während der gesamten Ausbildungszeit. Die Studierenden evaluieren also über die gesamte Weiterbildung hinweg kontinuierlich ihre psychotherapeutische Arbeit, setzen sie in Beziehung zum jeweils neu Gelernten und entwickeln so ihre Kompetenzen weiter.