

Christiane Geiser Juchli

Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie (GfK)

Darstellung der Institution

G, F und K stehen für die Anfangsbuchstaben unserer Therapierichtungen: Gesprächspsychotherapie (Carl R. Rogers), Focusing (Eugene Gendlin) und Körperpsychotherapie (Wilhelm Reich und andere körperorientierte Verfahren). Wir haben diese Modelle zu einer *klientenzentrierten Körperpsychotherapie* integriert: einerseits wurde die traditionellerweise rein verbale Gesprächspsychotherapie durch den Einbezug der Körperarbeit um nicht-verbale Interventionsmöglichkeiten erweitert, andererseits wurde die Körperarbeit neu aus der klientenzentrierten experienziellen Haltung heraus entwickelt.

Dieser Ansatz wurde Ende der 70er Jahre in der damaligen APP („Arbeitsgemeinschaft für Personzentrierte Psychotherapie“) von Ernst Juchli und Johannes Wiltschko erstmals gelehrt. Ernst Juchli und Christiane Geiser entwickelten das Modell anschließend weiter und gründeten 1989 das Ausbildungsinstitut GfK unter diesem Namen mit Sitz in Wil und Zürich.

Seither werden regelmäßig Ausbildungsgänge für Teilnehmerinnen aus der Schweiz, Österreich, Deutschland und Südtirol angeboten. Zur Zeit gehören 25 Personen aus diesen Ländern zum Gremium der Lehrenden. 120 vom GfK ausgebildete Personen sind therapeutisch tätig, 40 davon in der Schweiz. 50 Personen sind zur Zeit (Frühjahr 2002) in psychotherapeutischer Ausbildung, davon sind die Hälfte SchweizerInnen.

Das Institut bietet auch Weiterbildungen für psychosoziale Berufsgruppen an und arbeitet eng mit dem „Verein Focusing Netzwerk“ zusammen. Es gibt

periodisch die „GfK Texte“ und weitere Publikationen heraus (zu finden auf der Homepage des Institutes). Seit 1998 existiert in der Schweiz auch ein Berufsverband, die SGfK („Schweizerische Gesellschaft für körper- und klientenzentrierte Theorie und Praxis“).

Menschen- und Weltbild

Die anthropologischen Grundannahmen darüber, wie die Natur des Menschen beschaffen ist und die Welt, in der er sich bewegt, sind untrennbar verknüpft mit erkenntnistheoretischen Überlegungen. Unser Institut, das sich von seiner Tradition her dem humanistischen Mainstream zuordnet, hat während seiner Entwicklung durch das Anlegen eines systemischen und konstruktivistischen Blickwinkels einige Präzisierungen und Korrekturen an den vorgefundenen Konzepten vorgenommen.

Die Verwendung des Begriffs „System“ führt über die Grenzen einer individuumszentrierten Denkweise und eines „Ein-Personen-Paradigmas“ hinaus. Unter dem Blickwinkel der Systemtheorie erscheint jedes lebendige System als Ganzheit, die einerseits aus Subsystemen „besteht“ (das heißt, sich mit ihnen in ständiger aktiver gegenseitiger Interaktion und Beeinflussung befindet) und andererseits selber Teil komplexerer Systeme ist, mit denen dieser Interaktionsprozess ebenfalls stattfindet (Arthur Koestler verwendet dafür den Begriff des „Holons“).

Organismen/lebende Systeme können wir also verstehen als autopoietische Einheiten, die sich in Ko-Evolution mit der Mitwelt ständig entwickeln und mit ihr in unaufhebbarer Interdependenz verbunden sind.

Dabei bilden sie Muster und Gewohnheiten aus, die in ihren Lebenswelten für bestimmte Aspekte ihres Daseins und Überlebens notwendig sind, für andere hingegen einschränkend oder sogar lebensfeindlich werden können.

Diese in unseren Körpern, unserem Geist und unserer Psyche (die wir als Subsysteme im oben erwähnten Sinn auffassen können) vorhandenen Erfahrungswerte, wie die Welt auf uns eingewirkt hat und wir auf sie, werden in der Therapie neu geordnet, in einen für den Moment bedeutungsvollen Zusammenhang gestellt und auf ihre „Zukunftstauglichkeit“ geprüft. Dabei geht es nicht nur um die individuelle Erfahrung, Resonanzfeld ist immer die Beziehung: zu einer anderen Person, zu ganzen Gruppen und größeren Gebilden, zur nicht-menschlichen Welt. Daher ist Therapie immer auch ein politischer und ökologischer Akt.

Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Im klientenzentrierten Ansatz wird darauf verzichtet, für bestimmte Personengruppen, Problembereiche oder Krankheitsbilder vorab differenziertes Wissen zu gewinnen, um daraus Behandlungstechniken ableiten zu können. Womit auch immer der Klient erscheint, immer geht es zuerst um *seine* Wahrnehmung, *seine* Beschreibung, *sein* Erleben, *seine* Bedeutungsgebung (auch die von Krankheit und Gesundheit!).

Korrespondenz: Ausbildungsinstitut GfK,
Christiane Geiser/Ernst Juchli,
Weierhofgasse 9, CH-9500 Wil, Schweiz,
e-mail: cg@tbwil.ch, www.gfk-institut.ch

Differenziertes Wissen (z.B. über typische „Charakterstrukturen“ oder über die „Bindungsarten“, zwei im GFK gepflegte Modellbildungen) entsteht dann mit der Zeit, während der Therapie, gemeinsam erstellt von Therapeutin und Klientin, anschließend erforscht im KollegInnenkreis. Dieses Wissen ist immer provisorisch und ausdrücklich den klientenzentrierten Grundhaltungen untergeordnet (prozessuale Diagnostik).

Das gilt auch bei offensichtlich „krank“ oder „schwer gestört“ erscheinendem Verhalten, denn die Frage, wann ein Phänomen den „Normalbereich“ verlässt und „pathologisch“ wird, ist

- a) eine Frage des Schweregrades (quantitativ/qualitativ) und ist
- b) nur mit einer relationalen Sichtweise zu verstehen: gemessen woran/im Vergleich wozu/in Bezug worauf ist ein Verhalten einengend, auffällig, gestört, krank?

Störungen und Symptome sind keine Entitäten und nicht als solche benennbar, sie sind immer Beziehungs- resp. Prozessbeschreibungen und nur relational/kontextuell zu verstehen.

Therapieverständnis

Im klientenzentrierten Umfeld unüblich, aber für uns eine Selbstverständlichkeit ist die Arbeit mit dem Körper. Für uns ist es nicht vorstellbar, irgendeinen Aspekt aus der Gesamtorganisation der Person und der Beziehungsgestaltung von vornherein auszulassen. Es ist eher die Frage, welche Arbeitsweise und welche Beziehungsgestaltung es uns erlaubt, verbale und körperliche Dialoge zu führen und das Zusammenspiel relevanter Funktionen je neu zu untersuchen.

Häufig banalisiert, aber im Grunde radikal sind die klientenzentrierten Grundannahmen über die Wirkungsweise einer therapeutischen Beziehung:

Die Therapeutin „konfiguriert sich“ (so nennen wir das körperliche, geistige, seelische Sich-Ausrichten) so, dass sie größtmögliches Interesse aufbringen kann für die Person des Klienten. Sie hört zu, schaut hin, spürt hin, atmet mit. Sie versucht, diese ihr fremde Welt und die Art und Weise, wie Erlebtes darin Bedeutung erlangt, so umfassend wie möglich zu verstehen, sich darin einzufühlen. Dazu braucht es Neugier, Wissenwollen, Geduld, Respekt. Ihr ganzes Bemühen richtet sich immer wieder darauf, die

subjektive individuelle Wirklichkeitskonstruktion dieses einen Menschen in allen seinen Bezügen kennenzulernen und ihr Verstehen auf eine adäquate Art und Weise zu kommunizieren. Das ist mit *Empathie* gemeint, nicht mehr und nicht weniger. In der traditionellen Gesprächspsychotherapie war dieses Verstehen-Wollen vor allem auf die emotionale Verfassung und deren Bedeutung in der Welt des Klienten gerichtet, im GFK meinen wir explizit auch Denkstrukturen, Handlungs- und Verhaltenseigenheiten, körperliche Empfindungen und Gewohnheiten. *Empathie*-, „Transport“ ist durch Sprache, Mimik, Körperausdruck und Berührung möglich.

Zyklisch verbunden mit dieser Haltung ist eine zweite: das Bemühen darum, bedingungslos und ohne innere Bewertungen erst einmal das anzunehmen, was der Klient von sich zeigt. Das ist *Akzeptanz*. Akzeptanz ist nicht zu verwechseln mit Einverständnis, aber es heißt, „immer zuerst“ (Rogers) wertschätzend und vorurteilsfrei anzuerkennen, wie jemand lebt und in Beziehung tritt, ohne dieses Erleben sofort zu interpretieren oder Änderungsschritte einleiten zu wollen.

Während des ganzen therapeutischen Prozesses ringt die Therapeutin darum, aufrichtig mit sich selbst und ihrem inneren Erleben in Kontakt zu sein, und zwar so präzise, dass sie es wahrnehmen und gegebenenfalls authentisch kommunizieren und damit der Beziehung zur Verfügung stellen kann. Diese Haltung nennt Rogers *Kongruenz*.

Emphatisch sein, akzeptieren, kongruent sein, präsent sein: das sind Alltagswörter und Fachbegriffe zugleich. Wenn ein klientenzentrierter Therapeut diese Wörter braucht, sind sie immer in der fachsprachlichen Konnotation gemeint und beschreiben eine professionelle Kompetenz. In diesem Sinn ist der „Wirkfaktor Beziehung“ in unserem Ansatz eine spezifische Variable, keine unspezifische!

Diese Grundhaltungen sind eine Herausforderung, sie verlangen Disziplin, Verzichtleistung, Entschiedenheit und eine radikale Form des Gegenwärtig-Seins. Alle anderen Ebenen (Erfahrungswissen, spezifische Interventionen und Behandlungstechniken) sind diesen grundsätzlichen Haltungen untergeordnet.

Die Therapeutin soll in der Begegnung in möglichst vielen eigenen Orga-

nisationsformen präsent sein, damit der Klient auf verschiedene Arten, in verschiedenen Konstellationen, in verschiedenen Altern und Rollen mit ihr in Beziehung treten und so einen Entwicklungsanreiz erfahren kann. Er kann in dieser Beziehung alte Muster überprüfen, seine Wahrnehmung und Aufmerksamkeit schulen, innerhalb eines begrenzten, aber vorhandenen Freiheitspielraums Wahlmöglichkeiten erproben. Er kann lernen, welche inneren und äußeren Bedingungen er selber schaffen kann, um Veränderungsprozesse anzuregen oder überhaupt erst zu ermöglichen.

Interventionen müssen immer daraufhin geprüft werden, ob sie zum Stand der Beziehung passen (Timing, passende Bindungsart). Mit Sicherheit ist aber nie vorhersagbar, ob und wie eine Intervention für eine bestimmte Klientin resp. ein bestimmtes Klientel „wirkt“. Systemtheoretisch gesehen, sind Interventionen lediglich ein Anstoßen des Klienten. Was in seiner Welt damit passiert und in die Beziehung zurückwirkt, ist nicht planbar. Damit wird aber nicht beliebig, was die Therapeutin tut. Sie wird immer wieder neu Hypothesen aufstellen, ihre Erfahrungen ordnen und ihr Wissen und ihre Beziehungsresonanzen dem Klienten als Angebot zur Verfügung stellen. So können beide zusammen Bedingungen schaffen für einen Prozess, in dem sich Veränderung ereignen kann.

Neuere VertreterInnen des klientenzentrierten Ansatzes fordern, dass in der Therapie auch die Schulung *relationaler Empathie* notwendig ist. Wir gehen damit einig: Es soll nicht (wie es noch der frühe Rogers konzipiert hat) nur ein „wachstumsförderndes Klima“ zur Verfügung gestellt werden, in dem der Klient sein eigenes Potential wieder finden und gesunden kann, sondern er soll auch befähigt werden, diese Haltungen wieder auf die Welt hin zu richten, die er, so unsere Überzeugung, nicht nur „erleidet“, sondern auch erschafft.

Da die Therapeutin Teil des Prozesses und der darin stattfindenden Wechselwirkung ist, wird sie mit bewegt, mit angestoßen, mit verändert. Das muss sie aushalten können und als Teil ihrer Professionalität auch so wollen. Rogers spricht davon, dass die erste Bedingung zum Zuhören Mut ist, denn die Zuhörenden werden nicht unverändert bleiben.