

**Deutscher Dachverband
GESTALT THERAPIE**
für approbierte Psychotherapeuten e.V.
DDGAP

**An das
Hessische Landesprüfungs- und
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Psychotherapie / Pharmazie
Zu Händen Herrn Diefenbach/ Frau Rentsch**

**Adickesallee 36
D-60322 FRANKFURT am Main**

34132 Kassel, 29. 04. 2011

**Sehr geehrter Herr Diefenbach!
Sehr geehrte Frau Rentsch!**

Wir reichen bei Ihnen anbei die Antragsunterlagen für ein staatliches, gestalttherapeutisches Ausbildungsinstitut ein.

Inhalt I	Antragstellung
II	Wissenschaftliche Anerkennung
III	Was ist Gestalttherapie
IV	Potentieller Lehrkörper
V	Wiss. Beirat DDGAP
VI	Lehrziele
VII	Curriculum
VIII	Ausbildungsvertrag
IX	Kooperierende Kliniken und Praxen
X	Anhang I: Kooperationsverträge
XI	Anhang II: Forschung/ Wirknachweise
XII	Anhang III: Qualitätsnachweise Lehrkörper

I Antragstellung.

Die unten benannten, approbierten und in der Lehre erfahrenen Kolleginnen und Kollegen beantragen unter der Schirmherrschaft des gestalttherapeutischen Berufsverbandes DDGAP e.V., inklusive dessen Wissenschaftlichem Beirat, sowie auch im Namen ihrer Einrichtungen, denen sie vorstehen (Praxen, klinische Abteilungen, Institute, Lehrstühle), die gemeinsame Anerkennung als Staatliche Ausbildungsstätte für **Gestalttherapie**

- a) für die Behandlung Erwachsener und**
- b) von Kindern und Jugendlichen**

nach §6 des Psychotherapeuten-Gesetzes (PsychThG).

II Wissenschaftliche Anerkennung.

Wunschgemäß haben wir unsere Wirkstudiensammlung von über 100 Studien, davon 26 RCTs (randomized, controlled trials/ Studien mit zufallszugeordneten Kontrollgruppen), geordnet nach dem Methodenpapier 2.7 beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) im Dez. 2010 eingereicht.

Die nach dem letzten Methodenpapier 2.8 aktualisierte, engere Auswahl umfaßt 69 Studien (s. Beilage) und ist zunächst auf Erwachsene eingegrenzt.

Den vorsorglichen Antrag für Kinder- und Jugendlichen-Gestalt- Psychotherapie wollen Sie bitte solange zurückstellen, bis die noch laufenden Wirkstudien abgeschlossen sind und nachgereicht werden können. Die gleichsinnige Bitte hat der WBP erhalten. Unser Antrag ist seit der letzten WBP-Sitzung am 14. März 2011 in das offizielle Prüfstadium eingetreten. (s. Anlage 1)

III Was ist Gestalttherapie?

- A) Geschichte
- B) Definition und Kurzbeschreibung des Verfahrens
- C) Ergebnisforschung
- D) Anwendungsbereiche
- E) Indikation und Kontraindikation
- F) Setting
- G) Stichworte zu theoretischen Grundannahmen
- H) Zitierte Literatur

A) Geschichte.

Als hauptsächlicher Begründer der Gestalttherapie werden Dr. med. Fritz Perls (1893, Berlin, - 1970, Chicago), zunächst Arzt und Psychoanalytiker und seine Frau Lore (Laura) Perls, geb. Posner, Gestaltpsychologin, angesehen. Die Perls emigrierten 1933 über Holland und Südafrika schließlich nach den USA. Nach seinem Bruch mit Freud (1936) verdichteten sich in dem geistig aufgeschlossenen und experimentierfreudigen Therapeutenpaar zeitgenössische und überzeitliche Einflüsse zu einem neuen, originären Ansatz, den sie erst Konzentrationstherapie, dann Existenztherapie nennen wollten und der schließlich als "Gestalttherapie" bekannt wurde. (1942)

In die Gestalttherapie flossen als **geistige Quellen** ein:

Psychoanalyse bis ca 1936 in verschiedenen Varianten, klassische (S. Freud, u.a.), neoanalytische (K. Horney u.a), reichianische (W. Reich u.a.), „aktive Psychoanalyse“ (S. Ferenczi); **Gestaltpsychologie**, deren Gesetzmäßigkeiten, die an der äußeren Wahrnehmung entdeckt worden waren, nun auch bei der inneren Wahrnehmung Anwendung fanden, - Kybernetik und neuro-physiologische Informationsverarbeitung (Goldstein, Conrad), - Relativitätstheorie und Quantenphysik; **Phänomenologie** (E. Husserl), **Feldtheorie** nach K. Lewin, **Existenzphilosophie**, antike Philosophie (Heraklit), Neo-Kantianismus (S. Friedlaender), Chassidismus (M. Buber), Taoismus (LaoTse), **ZEN**-Tradition (Achtsamkeits-Konzept), Holismus

(J. Smuts), Konstruktivismus (A. Korzybski),- **Humanistische Psychologie** (A. Maslow u.a.).

Wichtige **methodische Einflüsse**: Intersubjektivitäts- und Beziehungsverständnis nach Buber, phänomenologischer Wirklichkeitszugang, ZEN-orientierte Bewusstseins-Schulung, „sensory awareness“, psychoanalytisches Neurosen-Verständnis, Körperausdrucksschulung, Körper-sprachverständnis, Mono-Psychodramatische Rollenspielformen (J. Moreno), Improvisationstheater, künstlerische Ausdruckskultur (bildnerisch, tänzerisch, musikalisch, dichterisch...), Gruppendynamik (K. Lewin)

B) Definition und Kurzbeschreibung des Verfahrens

a) Merkmale. Das Verfahren der Gestalttherapie ist eine psychotherapeutische Behandlungsmethode, die sich durch die folgenden typischen Vorgehensweisen und Zielvorstellungen auszeichnet: sie arbeitet

- 1) vergegenwärtigend**, mit erhöhter **Bewusstheit**, gelenkter, innerer **Achtsamkeit**, und damit mit dem kreativen Strom der Aufmerksamkeitsenergie,
- 2) phänomenologisch**, (sie orientiert sich nach innen und außen am Beobachtbaren,)
- 3) prozeßhaft/ dynamisch** (das heißt hier: auf den zeitlich Verlauf des Geschehens und auf die qualitativen Veränderungen fokussiert),
- 4) beziehungsorientiert und dialogisch**, und zwar intrapsychisch wie zwischenmenschlich,
- 5) erlebnis- und erfahrungsorientiert, a) mit strukturaufbauender oder b) mit strukturkorrigierender Zielsetzung** (unter konfrontativem Einbezug der gegenwärtig konkreten situativen Wahrheit mit ihrer Gefühls- u. Antriebswelt und damit mit einem evidenten, identitätsrelevanten Korrekturerleben), ein Vorgehen, das anscheinend durch die Reaktivierung und Neu-Verkoppelung neurobiologisch alte Engramme zu verändern vermag,
- 6) experimentell**, das heißt, mit Neugier und Gelassenheit der augenblicklichen, noch verborgenen Wahrheit eine Entfaltungschance geben,
- 7) ganzheitlich/ holistisch** (das meint, offen sein für Kontext, Holarchien und übergeordnete wie eingefaltete Bezugssysteme auf allen erlebbaren Ebenen),
- 8) verantwortungsbewußt** für Wertorientierung, für Selbststeuerung, Selbst- und Fremdfürsorge, Integration polarer Kräfte, Gleichgewicht sowie für Reifung und Sinnerleben,
- 9) existentiell**, das heißt, bezogen auf die reale Lebenssituation des Einzelnen und sein erlebtes Sein.

b) Die Essenz des Jetzt: „Here and Now – I and Thou“ (Fritz Perls).

Die Begegnung im Augenblick wird als das Herzstück der Gestalttherapie angesehen. Im Jetzt sind Vergangenheit und Zukunft eingefaltet. Gestalttherapie ereignet sich im bewusst wahrgenommenen „Hier und Jetzt“ im Rahmen eines achtsam zentrierten, ganzheitlichen Beziehungs-erlebens zu einem Gegenüber- und bleibt dennoch im Kontakt nach innen und außen in der Balance.

Diese Zentrierung ermöglicht nach dem paradoxen Prinzip „Sehen, was ist, verändert“, eine vertiefte Wahrheitsfindung und aktiviert die uralte Frage nach der prägnanten Eigenschwingung, nach der Selbstidentität, „Wer bist Du?/ Wer bin ich?“, die natürlich immer nur ansatzweise, gemäß dem jeweiligen Reifungszustand, beantwortet werden kann.

Gestalttherapie umschließt sowohl das psychodynamische Neurosenverständnis als auch übende und belohnende Teilaspekte, ansatzweise wie in der Lerntheorie, geht jedoch über beides hinaus; die Gestalttherapie strebt innere und äußere Integration an- samt der dissonanten Teilaspekte, soweit sie nicht auflösbar sind, sowie komplexe Stimmigkeit, also Authentizität, -ferner lebenslange Reflektion der Bezugssysteme, Umgang mit wachsender innerer Freiheit und Verantwortung - sowie achtsame Sinnfindung und Reifung.

c) Vorgehensweise: Umgang mit dem Unvorhersehbaren. Die Gestalttherapie ist primär an der individuellen Einzigartigkeit der Person, ihres Erlebens und Verhaltens ausgerichtet, bzw. auf die Unvorhersehbarkeit des Einzelereignisses eingestellt,- sie orientiert sich erst sekundär an den Normen des Durchschnittsverhaltens und der allgemein zu erwartenden Entwicklung. Das erlaubt eine aktuelle, paßgenaue, evtl. sogar existentielle Begegnung zwischen zwei Menschen, ob innerhalb oder außerhalb der Rollen von „Therapeut“ bzw. „Patient“. Auch das Rollenverhalten tritt gegenüber der mitmenschlichen Begegnung in den Hintergrund. Der Patient behält die Deutungshoheit seines Erlebens. Der Therapeut versteht sich als ein sokratisch interessierter Gast in der Welt des Patienten. Er katalysiert mit seinem Interesse und mit seinen achtsam eingebrachten Beobachtungen, die man als Vorform von Deutung auffassen kann, den Wahrnehmungsprozeß des Patienten nach innen und außen.

Jedes **Einzelereignis***, das mit **Achtsamkeit** aufgegriffen wird, und dem der Patient Bedeutung zuweist, läßt sich als Chance **nutzen**. Dieser Weg der „**experiential confrontation**“ führt über die Erscheinungen im „Hier-und-Jetzt“ geradewegs auf den aktualisierten Konflikt, bzw. auf die „Störungszone“, zu. Man braucht lediglich auf die Spuren der über Resonanzen verschränkten, selbstorganisatorischen Prozesse zu achten und im „offen aufgeschlagenen Buch der Phänomene lesen“ zu lernen.

„**Experiential Confrontation**“ ist der geradeste Weg, ein aktuelles Erleben oder Verhalten auf seine Stimmigkeit hin zu überprüfen und ist das Kernstück des spezifisch gestalttherapeutischen, „prozessualen“ Vorgehens. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf den eben aktualisierten Prozeß, der meist unbewußt läuft, aber dennoch Spuren hinterläßt, gerichtet.

*Der Ansatz einer primär am statistischen Normverhalten und den davon abgeleiteten Manualen orientierten Psychotherapie (VT im engen Sinn) sowie einer an Hypothesen mit Allgemeingültigkeitsanspruch geleiteten Vorgehensweise (PA/ TP) einerseits - und der Ansatz einer am Freiheitsgrad des Individuums orientierten Psychotherapie andererseits, verhalten sich vergleichbar wie das Vorgehen der **Klassischen Physik** und das der **Quantenphysik**.

Grawe (1998, S. 132): „Es spricht einiges dafür, dass dies die wirksamste Methode ist, um beim Patienten neues Bewusstsein für sein Erleben und Verhalten zu schaffen.“ Schon nach der Metaanalyse von Orlinski, Grawe und Parks (1994) stellte diese therapeutische Herangehensweise einen starken Prädiktor für ein positives Therapieergebnis dar.

d) Innere Freiheit als Ziel. Es erscheint paradox, dass der Therapeut sich nicht primär vorzunehmen hat, jemanden zu verändern. Veränderung stellt sich

allerdings als kalkulierter Sekundäreffekt ein: „**Sehen, was ist, verändert**“, heißt ein wirksames Paradoxon. Es geht darum, dass der Patient eine echte innere **Wahlmöglichkeit** zum Bisherigen erkennt, erlebt und diese **Freiheit in Verantwortung** zu nutzen entdeckt. Diese Prozesse gelingen nur in **achtsamer Grundhaltung** aufseiten des Therapeuten wie des Patienten. Das Risiko bleibt, die Freiheit zu mißbrauchen. **Würde** entsteht, wenn die Freiheit in Abstimmung mit dem Reifungs- und Wertestand verwendet wird.

e) Die Therapeutische Beziehung. Sie läuft gleichzeitig auf 5 Ebenen. Sie wird jedoch je nach Bedürftigkeit des Patienten bzgl. Strukturstabilisierung, Krisen- und Traumabewältigung, Konfliktaktualisierung, altersspezifischer Bedürfnislage oder anderweitigem Neuorientierungsbedarf vom Therapeuten unterschiedlich akzentuiert angeboten:

a) die Ebene des Buberschen I-and-Thou, der **Basisakzeptanz**, die auf den zentralen **Wesenskern** des Patienten gerichtet ist, ist eine unausgesprochene Art bedingungs-loser Liebe zu dessen **Sein**; sie schließt die Vorstellung über dessen noch unentfaltetes, wertvolles Potential ein, -

b) die **Ressourcenorientierung**, mit dem Fokus auf all dem, was bereits – trotz widriger Umstände – teilweise auch in Reaktion auf diese - geglückt ist,-

c) die Wahrnehmungs-Ebene für die Ungleichgewichte und Störungsfelder,

c1) für die biographisch bedingten, durch Resonanz aktualisierten, mehr oder weniger **chronifizierten Überlebens-** und **Abwehrmuster** (- „Schemata“), der Defizite, Traumata, Konflikte (incl. der Projektions- und **Übertragungsbereitschaften**, - sowie der davon induzierten **Gegenübertragungen**), sowie auch

c2) für die Situation der gegenwärtig **aktuellen Bedürfnislage** und Motivationshierarchien samt deren Realisierungswünschen – mit dem Fokus darauf,

c3) das situativ Angemessene von den „Altlasten“ zu **unterscheiden**;

d) die Ebene des

d1) **in Not** geratenen und des hinter seiner Abwehr **fixierten Selbst-**Anteils, der defezitärer, traumatischer oder konflikthaft blockierter Natur sein kann, („unerledigte Gestalt“/ „unfinished business“)-

d2) samt dem Selbstanteil im Gegenimpuls, der die **Fixierung** durch Bedeutungszuweisung **energetisiert**, z.B. beim unangemessenen Machterleben eines verbietenden oder selbstzerstörerischen Impulses,- alles wiederum inclusive Übertragungs- und Gegenübertragungs-Aspekten;

e) die **Experten-Ebene** für prozeßorientierte, **methodische Vertiefungs-Angebote**, z.B. intrapsychische Rollenspiele, (projektive) Ausdrucksübung in einem kreativen Medium, halbstrukturierte Phantasieeise, Körperwahrnehmungs-Angebote, „freies Experiment“ - (analog zum therapeutischen Spiel) etc.

Ergänzungen zu c):

Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung: **Übertragungen** werden, sofern sie stören, durch eine spezielle Differenzierungs-Technik von der Person des Therapeuten **abgelöst**.

Entwicklungsadaptiertes Therapeuten-Selbstverständnis. Der Gestalt-Therapeut hat stets diejenigen Aspekte in sich und in seinem Vordergrund authentisch zu mobilisieren, die zum Weiterwachsen und wieder "heil und ganz" werden vom Patienten gebraucht werden: z.B. die elterliche Schutzfigur, die Trost und Hilfe spendet, - oder ein aufrichtig interessiertes Gegenüber – oder ein fairer Gegner zum Kräfteressen - oder eine Autorität, die angemessene Grenzen zu setzen vermag – oder ein Freund und Meister zur sachlichen Orientierungshilfe - oder ein weiser Alter zur reifen Erlebnisverarbeitung etc. Das heißt, er verwendet seine **Gegenübertragung** (im erweiterten Sinn) nicht dafür, alte, pathogene Konstellationen zu rekapitulieren und in die Rolle jener Personen zu schlüpfen, sondern, um auf der therapeutischen Ebene „hier-und-jetzt“ entwicklungsfördernd zu wirken und evtl. korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Dabei geht es um die Frage: was hätte dieses Wesen, dieses Kind, damals in seiner Not gebraucht, um diese Situation in einer altersgemäß reiferen Form zu meistern, die ihm besser getan hätte? Das heißt, bei diesem Fokus wird die **Gegenübertragung therapeutisch** genutzt (beim Fokus auf der Abwehr dagegen diagnostisch).-

Die alte **pathogene Konstellation** wird bei der Konfliktlösungsarbeit mit den imaginierten, ehemaligen Kontrahenten natürlich auch gebraucht: sie wird sogar konkret rekonstruiert, aber im Schutz der geschilderten, therapeutischen Beziehung in einer für den Patienten heilsameren, ichsyntonen, lösungsorientierten und **reifungsfördernden Weise gehandhabt**, bei der die ehemals unterdrückten Emotionen (i.a. des „Kinder-Ichs“) ihren Ausdruck finden können, die subjektive Wahrheit des damaligen unterdrückten Persönlichkeitsaspekts akzeptiert, evtl. nachträglich modifiziert und insgesamt für den heutigen Erwachsenen integrierbar wird. Wo Selbsthaß, Selbstentwertung oder Verzweiflung war, wird die alte Erlebnisspur aktuell mit liebevollem Verständnis, Wertschätzung und achtsamer Ermutigung verkoppelt. Das Ziel ist, destruktive, innere Spannung oder innere Ausgrenzung, soweit möglich, in Akzeptanz und Stimmigkeit zu verwandeln.

Verschiedene Entwicklungsphasen benötigen unterschiedliche Reifungsanstöße. Der Therapeut versteht sich in jedem Fall in der Rolle eines **lebens- und entwicklungsförderlichen Beistandes** und förderlichen Begleiters.

Prinzipielle, universelle Passung. Aus dem Blickwinkel der Gestalttherapie ist sie kein anderes Verfahren bei Erwachsenen, bei Senioren, bei Jugendlichen oder Kindern, sie trägt von vornherein den **altersphasen-abhängigen Bedürfnissen** Rechnung.

Vom Therapeuten wird Anpassungs- und **Korrekturfähigkeit** erwartet. Der Therapeut dient der individuellen Erkenntnissuche des Patienten; der Patient ist nicht dazu da, die Hypothesen des Therapeuten zu stützen.- Fazit: Klassische Fremddeutungen werden in der Gestalttherapie als Übergriffe angesehen. Hingegen wird eine im Sinne eines sokratischen Prozesses gemeinsam erarbeitete, konsensuelle Wahrheitsfindung, bei der die Deutungshoheit beim Patienten verbleibt, angestrebt.

f) Methodische Tiefungs- und Ausdrucksebenen

Wir können als Ebenen unterscheiden:

- a) rein kognitiv-verbale Ebene (Beschreiben, Benennen, Bezeichnen, Berichten, Darüber-Reden),
- b) verbale Ebene mit emotionaler Begleit-Tönung, b1) bewußt, b2) unbewußt,
- c) primär emotionale Reaktion mit Verbalisierung, c1) bewußt, c2) unbewußt,
- d) rein nonverbale, emotionale Ausdrucks-Ebene (z.B. akustische Dialoge, gestischer Ausdruck, Mal-Prozeß, Körperwahrnehmungsübungen, -unmittelbare Betroffenheitsreaktion), d1) bewußt, d2) unbewußt,
- e) Ebene von autonomen Körperreaktionen (z.B. muskuläres Zittern während eines kathartischen Geschehens, -vegetative Übersteuerungen).

Gestalttherapie ist besonders ergiebig, wenn sie typischerweise **zwischen nonverbalen und verbalen Ausdrucksebenen oszillieren** kann mit unterschiedlicher Tiefung. Sie kann mit körpertherapeutischem Schwerpunkt im Medium Bewegung praktiziert werden -oder auch mit Hilfe von „kreativen Medien“ (Malen, Tönen, Masken-arbeit, Tönen und Klangerzeugen etc) und/oder mit dem Schwerpunkt intra-psychisches Rollenspiel, Skulptur-, gestalttherapeutische Familienaufstellung, therapeutisches Märchenspiel (Märchen als Projektionsmatrix) und Stegreiftheater etc. Die „Medien“ selbst dienen nur als technische Vehikel, als Einladung zur Projektion der inneren Strukturen. Sie sind austauschbar.

Die Tiefungsebenen unterhalb der verbalen Ebene werden also in zweifacher Weise genutzt: a) als spontane Informationsträger, die einen Wegweiser für den phänomenologischen Einstieg bieten sowie eine Orientierung für den Prozeß-Erfahrungs-Ansatz, - und b) als Übungs-, Arbeits-Spiegelungs- und Projektionsebene, die von den alltäglichen Abwehrformen weitgehend unbehelligt ist.

Jeder Gestalttherapeut ist gehalten, sich in mindestens einem **nonverbalen** Medium genauso so zuhause zu fühlen **wie** auf der **verbalen** Ebene, so dass er mit ihm aktiv umgehen kann (meist in mehreren) – sie sind ein ständiger Bestandteil der „**Haupttherapie**“. Sie machen einen Teil der reizvollen Lebendigkeit der Gestalttherapie aus und bieten viel Chancen für **erfahrungsorientierte Prozeßarbeit**. Der spontane, nonverbale Ausdruck unterliegt im allgemeinen weniger den üblichen Abwehr- und Kontrollmechanismen.

Beim Delegieren an nachgeordnete „Kreativtherapeuten“, wie es in fast allen Kliniken üblich ist, werden ganz viele therapeutische Bearbeitungs- und Verwandlungs- Chancen ungenutzt verschenkt, zumal, wenn die Teambesprechungen vom Rotstift zusammengestrichen werden.

Zum Umkreis der **zentrierenden Körperwahrnehmungsübungen** gehören alle meditativen **Achtsamkeitsübungen** in Ruhe oder in wiederkehrenden Bewegungsfolgen (Atemrituale, meditative Tänze). Sie sind in verschiedenen Variationen Bestandteil von vor allem stabilisierenden, Struktur aufbauenden und Krisen bewältigenden Angeboten.

Oft dienen bei der intrapsychischen Differenzierungsarbeit **leere Stühle** Projektionsflächen. Es ist leicht, sich darauf Menschen vorzustellen. Manche meinen irrtümlicherweise die Gestalttherapie auf diese Technik des Stühle-Rückens reduzieren zu können. Projizieren geht aber auch ohne Stühle.

Gestalttherapie lässt sich auch völlig **ohne Medien** durchführen. Das bekannte „**Here and Now – I and Thou**“-Prinzip, benötigt lediglich Achtsamkeit und eine Beziehung nach innen und außen.

Gruppenfelder laden dazu ein, alle **interaktiven** und **sozial-kommunikativen Manifestationen** zu nutzen, besonders, wenn sie diskrepant zu anderweitigen Äußerungen der gleichen Person erscheinen. Typischerweise sucht die heutige gestalttypische Gruppenarbeit eine Balance zwischen gruppenspezifischen Interaktionssequenzen und Einzelarbeiten zu finden, wobei sich Dynamik und Thema des einen wie des anderen wechselseitig befruchten.

(Historisches Auslaufmodell: Die Kette von Einzelarbeiten in der Gruppe, bei der letztere am Ende jeder Einzelarbeit wie ein „griechischer Chor“ fungiert, aber sonst nicht aktiv in den Prozeß einbezogen ist, gehört als historische Form der 40-60er Jahre der Geschichte der Gestalttherapie an.)

g) Bewußtes Langzeit- Empathie-Training:

Identifikation und De-Identifikation

“Sei mal dies..., sprich mal als das... Eine für die Gestalttherapie **zentrale Methode** ist die der **systematischen Identifikation** mit allen Vordergrundgestalten (z.B. mit ichfernen, unbewußten Körperreaktionen, mit habituellen Abwehrformen – oder mit Teilen einer Zeichnung oder eines Traums)-inclusive der Identifikation mit dem „fehlenden Teil“, für die gesuchten Lösung, wenn es eine gibt; - diese Identifikationsmethode fördert **Empathie**, induziert natürlich auch Projektionen. Sie übt, die Welt mit den Augen des anderen zu sehen und mit dem Herzen des anderen zu fühlen und aus der Integration und dem Abgleich all dieser Sichtweisen einen neuen Standpunkt zu finden. -

Es handelt sich insgesamt um ein ganzheitliches (i.S. von emotional und kognitives) vernetzendes Bewußtwerdungs- Ziel, das über das rein kognitive Mentalisierungs-Konzept hinausgeht.(!) Es verlangt ständig eine reifungsfördernde Integrationsleistung ab. Diese Einübung der „Reihum-**Identifikation**“ mit allen bedeutsamen Aspekten übersteigt auch das eher verbal-kognitive „zirkuläre Abfragen“ der Systemischen Therapie, weil die gestalttherapeutische Form stärker im Erleben, der existentiellen Daseinsberechtigung, der Bedürfnisebene bis hin zur Sinnsuche verankert ist, - sie ist aber mit jenem Ansatz grundsätzlich verwandt.

Die **Kunst des Loslassens**, der De-Identifikation, wird oft in ihrer Bedeutung unterschätzt. Das seelisch nährendes Loslassen ist mit Dank und Akzeptanz verbunden, nicht mit Entwertung oder mit Verarmungsgefühlen. Nur die De-Identifikation erlaubt den nächsten Schritt der Verwandlung, sie ist die Voraussetzung für Weiterentwicklung und Reifung. Identifikation und De-Identifikation ergänzen und brauchen einander, damit der Fluß der Verwandlungen nicht behindert wird. – Der Psychotherapie-Alltag steckt voller neurotischer Fixierungen, im saloppen Amerikanisch “unfinished

business“ genannt. Es sind innere Entwürfe, die durch einen anderen Impuls an ihrer Verwirklichung blockiert worden waren, (z.B. versucht ein erwachsener Sohn immer noch unbewußt die Aufmerksamkeit und Anerkennung seines früher sehr angesehenen Vaters durch sozial selbstschädigendes Verhalten zu erzwingen und ihn gleichzeitig durch seinen Mißerfolg zu bestrafen, obwohl der Vater inzwischen dement geworden ist und ihm das Erwünschte noch weniger geben könnte als früher...) Solche Dauerkonflikte binden Energien. Es gilt, sie auf der Subjektstufe erlebnismäßig aufzulösen.

h) Traum-Arbeit. Sie fokussiert gezielt sowohl auf die Beziehungsebene wie – und das vor allem -auf die subjektstufige Ebene (ein Erbe aus der Psycho-analyse, das zu Freuds Zeit lediglich nebensächlich war, das inzwischen aber auch zum Hauptfokus avanciert ist) und arbeitet

1) mit der oben geschilderten Identifikationstechnik, incl. der subjektiv fehlenden Teile,

2) mit der Selbstinterpretation,

3) mit der dialogischen Kontaktaufnahme der Teilaspekte - wie auch

3) mit der Verantwortungsübernahme für die Gesamtriegung des Träumers in der Rolle als „Drehbuchautor“ als dem unbewußten Träumer.

i) Das gestalttherapeutische „Experiment“ lädt wie im freien Spiel zu Assoziationen und Projektionen auf allen Sinneskanälen und mit dem ganzen leiblichen Ausdrucksvermögen ein – bei Zurücknahme der steuernden und kritischen Instanz, um dem Unbewußten möglichst viel Entfaltungsspielraum zu eröffnen. Nachträgliche Reflektion und Nachbesprechung sind erforderlich. Der große Entfaltungsspielraum dieses Angebots ist sehr gut für strukturstabile Menschen geeignet, dagegen weniger gut bis gar nicht für strukturschwache.

j) Stegreif- und Rollenspiele, z.T. als Anleihen aus dem Psychodrama, dem Living-Theatre oder der Play-back-Methode. Gestalttypischerweise wird oft die Botschaft von Teilaspekten ausgelotet und ihre Existenzberechtigung verbal und nonverbal im gegenseitigen Dialog und im Bezugsfeld des Ganzen neu entdeckt, bestimmt, modifiziert oder auch verabschiedet.

k) Standardvorgehen bei Konfliktlösung: Beziehungsklärung und Re-Integration von abgewehrten Gefühlen mit Hilfe des **intrapsychischen Rollenspiels.** Auf der Beziehungsebene wird dabei all das zum Ausdruck gebracht, was damals – zu den damaligen Bezugspersonen blockiert war – nicht ausdrückbar war („unfinished business“). Meist handelt es sich um ein frustriertes Grundbedürfnis, z.B. nach wertschätzendem Wahrgenommen-werden-wollen, nach Nähe, Zugehörigkeit, Anerkennung, Liebe etc). - Es ist wichtig, auch die Botschaft des blockierenden Impulses bewußtseinszugänglich zu machen. Diese Re- und Neu- Inszenierung hilft, ein pathogenes, aktiviertes Engramm mit einem heilsamen, ich-syntonen Erleben zu verknüpfen und die pathogene Wirkung zu relativieren oder gar neurophysiologisch zu „überschreiben“. Daß die meist angstbesetzte Begegnungsszene in der therapeutischen Re-Inszenierung eine konstruktive, heilsame Wendung nimmt, dafür hat sich der Therapeut zu kümmern; er sorgt über flankierende Stabilisierungsangebote, (Re-Parenting, Solidaritäts-Bekundungen in der Gruppe) und durch die Qualität der emotionalen, verlässlichen und transparenten therapeutischen Beziehungsgestaltung dafür, dass der Betreffende den Mut bekommt, zu seiner inneren (meist unterdrückten) Wahrheit angesichts der imaginierten Problemperson zu stehen, ihnen Ausdruck zu verleihen, seine Gefühle nachzudifferenzieren und abermals zu integrieren.

Diesen Entwurf des intrapsychischen Rollenspiels, bei dem emotionale Teil-aspekte zunächst auseinandersortiert, personifiziert, einer dialogischen Klärung zugeführt und zuletzt in geklärter Form wieder rückintegriert werden, nutzt seit ca. 30 Jahren auch Leslie Greenberg in seiner **EFT-Forschung** (Emotion Focused Therapy). Es bildet dort den zentralen, gestalttherapeutischen Part der klärenden Konfliktlösung.

I) Krisen- und Trauma-Arbeit: Sie besteht aus der Kombination von

- 1) Stabilisierungs-Methoden („grounding“, strukturaufbauende Arbeit),
- 2) bewusst unterbrechende Distanzierungstechniken, falls es zu traumabedingten oder zu psychose-nahen Reizüberflutungen kommt, sowie
- 3) der stufenweisen re-integrierenden Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis unter kontralateralem, rhythmischen Berühren des eigenen Körpers in Eigenregie des Patienten.

Die **Distanzierung**, bzw. der bewusste **Kontaktabbruch**, ist der ergänzende **Gegenpol zur Integration**, die ansonsten das Hauptziel der Gestalttherapie darstellt. Hier, im bewussten Fall der vorübergehenden, **schützenden Kontaktunterbrechung** dient diese der Regeneration und Stabilisierung der Restpersönlichkeit.-

Unfreiwilliger und/oder unbewußter Kontaktabbruch wird in der Gestalttherapie als Krankheitssymptom gewertet. Somit befinden wir uns hier auf einer Gratwanderung, die wiederum große Achtsamkeit abverlangt. Die bewusste Kontaktunterbrechung ist zumeist nur eine Übergangslösung.

Bei der Traumaexposition ist es für die traumatisierte Person wichtig, die Kontrolle und Macht über die Situation wieder zu erlangen, (wofür es altbekannte Vorgehensweisen gibt, z.B. die Bildschirm-Methode*), - sich lebendig und selbstbestimmt im eigenen Körper zu fühlen und der stützenden und wertschätzenden Solidarität seiner früheren und heutigen Bezugspersonen gewiß zu sein.

(*Die Distanzierungsmethoden, wie z.B. die Bildschirmmethode ahmt distanzierende und affektisolierende Abwehrformen im Dienste des Ichs nach: mit Hilfe einer imaginierten Fernbedienung und eines Fernsehers, der wahlweise weit weg positioniert werden kann, kann die Bildschirmgröße verkleinert, der Ton abgeschaltet, die Farben gelöscht und der ganze Film jederzeit zum Stillstand gebracht oder rückwärts laufen gelassen werden.)

Die offizielle **Traumatherapie** ist aus der gestalttherapeutischen Krisenintervention hervorgegangen, die in Deutschland bereits schon in den frühen 70ern gelehrt worden war – EMDR ausgenommen.

Die deutschen Kollegen psychoanalytischer Prägung, die den Traumatherapie-Ansatz in den 80ern in den USA kennen lernten, nachdem er damals dort „kreiert“ – und befremdlicher Weise von Francis Shapiro sogar patentiert worden war, konnten den Ursprung des Verfahrens natürlich nicht erkennen. Die heutige, von der Gestalttherapie unabhängig weiter entwickelte, offizielle Traumatherapie hat diesen Ansatz verdienstvoller Weise weiter differenziert, hat aber die bewährten Grundpositionen aus der Gestalttherapie unverkennbar beibehalten.

C) Ergebnisforschung. Sie zeigt interessanterweise, dass, obwohl sich die Interventionen in der Gestalttherapie vor allem auf Wachstum, Echtheit,

Stimmigkeit, Reifung und Differenzierung richten, die psychischen und psychosomatischen **Symptome** mit der gleichen Schnelligkeit, sozusagen als Nebeneffekt, **verschwinden**, wie die von verhaltenstherapeutisch behandelten Kontrollgruppen, die auf die Symptombeseitigung hin konzipiert sind. (Cross et al. 1980/82, Beutler et al. 1991/93), Mulder et al. 1994/95)

Überlegen und auch katamnestisch nachhaltiger befähigt erweisen sich gestalttherapeutisch behandelte Patienten gegenüber verhaltenstherapeutischen Vergleichspopulationen in ihrer **sozialen Kompetenz** sowie bei der Fähigkeit **Konflikte zu lösen**. (Watson et al.2003)

Ein Teil des **generellen, nicht-störungsspezifischen** positiven, heilsamen **Effektes** der Gestalttherapie ist vermutlich der inhärenten **Achtsamkeits-**haltung zuzuschreiben, die die Gestalttherapie und ihr therapeutisches Verständnis von Anfang an, das heißt inzwischen bereits über ein halbes Jahrhundert, geprägt hat. In Kombination mit dem Buberschen Ich-und-Du-Ansatz handelt es sich um die Auswirkung von verinnerlichter „achtsamer Liebe“, gepaart mit „zentrierender Struktur“. –

Auf den **störungsspezifischen** Anteil, den es ebenso braucht, samt seiner individuellen Ausformung, wird jeweils die prozessuale Diagnostik und das **prozessuale Vorgehen** paßgenau adaptiert. Letzteres ermöglicht, dass sich der Patient ganz persönlich wahrgenommen und verstanden fühlt und sich erreichen läßt.

D) Anwendungsbereiche

Es gilt darauf zu achten, dass ein Gestalttherapeut in allen Facetten des Verfahrens ausgebildet ist und stufenlos adaptieren kann. Das potentialentfaltende, **strukturaufbauende** Know-How der Gestalttherapie holt andere Aspekte in den Vordergrund als das **konfliktlösend- konfrontierende**, - die Palette der **Interventionen** reicht von **unterstützend** bis hin zu **paradox**. Paradoxe Interventionen sind für Patienten mit reifen Strukturen bei tragfähiger Beziehung vorbehalten.

Trotz des äußeren Unterschieds in der Ausformung stehen alle Modifikationen auf dem Boden der gleichen wachstumsfördernden, mitmenschlichen Grund-einstellung der Gestalttherapie. Wenn eine Krise eintritt, braucht weder das Verfahren noch der Therapeut gewechselt werden, noch auf eine andere Beziehungsstrategie umgeschaltet werden. Das gilt sowohl für Veränderungen in die regressive wie auch in die progressive Richtung.

Bei vollständiger Gestalttherapie-Ausbildung gibt es **keine Kontraindikation**.

E) Indikation und Kontraindikation.

Wie bereits aus den Ausführungen zur Behandlungsstrategie deutlich geworden sein mag, deckt die Gestalttherapie mit ihrer an die strukturelle Entwicklungshöhe, Defizit-, Abwehr-, Trauma- und Konflikt-situation des Patienten **anpassungsfähigen Therapeutischen Beziehungsgestaltung** sämtliche Altersstufen und sämtliche Beeinträchtigungsformen ab.

Dilletantismus und Zerstückelung: Ohne diese über längere Zeit trainierte und gewachsene, facettenreiche Kompetenz (vor dem Hintergrund quantitativ und qualitativ überdurchschnittlicher Selbsterfahrung) kann man mit den Möglichkeiten der Gestalttherapie auch Schaden anrichten, z.B. Labilisierung durch Reizüberflutung strukturell schwacher Persönlichkeiten oder durch eine Überdosis an Konfrontation ohne Basisakzeptanz und ressourcenorientierter Grundhaltung.

Gestalttherapie ist als Verfahren ein **ganzheitlicher Entwurf**. Man sollte nicht Einzel-Techniken oder methodische Bruchstücke zu x-beliebigen, therapeutischen Haltungen zusammen kombinieren. Gestalttherapie ist wertgebunden mit ethischem Anspruch; dieser verhindert Manipulationen zu Ungunsten des Patienten.

Mit ein paar Gestalt-Wochenend-Erfahrungen mit probeweisem „Stühle-rücken“ ist man noch lange kein Gestalttherapeut geworden. Das gilt auch für Kollegen mit einem abgeschlossenen „Richtlinien-Verfahren“. Jedes Verfahren geht von einem anderen Menschenbild und einem anderen therapeutischen Selbstverständnis aus, für das erst eine erlebte, integrierte und reflektierte Bewusstheit wachsen und sich verankern können muß, bevor sie authentisch und spontan angewendet werden kann.

Persönliche Eignung zum Gestalttherapeuten. Das ist eine Indikationsfrage für die Therapeutenseite. Die Anforderungen an einen Gestalttherapeuten sind hoch. Kollegen mit einer ausgeprägten bis mittleren „Strukturschwäche“, mit einer (noch) deutlichen Persönlichkeitsstörung, einer akuten Suchtproblematik, mit einer noch unverarbeiteten Traumafolge-störung, mit der Schwierigkeit, Verantwortung zu übernehmen etc sollten beraten werden, von einer Gestalttherapie-Ausbildung Abstand zu nehmen. Eventuell wird eine vorgeschaltete Therapie empfohlen und danach neu abgewogen. Gut verarbeitete Problemfelder können zu einem kompetenz-erhöhenden Erfahrungspotential verwandelt werden. Die Einschätzung dieses Prozesses bedarf großer Umsicht.

Traditionellerweise wird in den Gestaltinstituten streng gesiebt, sowohl durch vorgeschaltete, mehrtägige Aufnahmeseminare und Aufnahmeinterviews, wie durch ein Zwischenscreening nach dem ersten Selbsterfahrungs-Jahr, das über die endgültige Zulassung entscheidet.

Es wird ferner für Gestalttherapeuten ein Reifungsgrad erwartet, der sich auf die europaweit verabschiedeten **Ethik-Richtlinien** (der EAGT/ European Association for Gestalt Therapy) verbindlich einlassen kann.

Diese strengen Vorstellungen haben sich aufgrund von leidvollen Erfahrungen aus den Anfangsjahren entwickelt, als noch nicht gesiebt wurde. Da die Gestalttherapie ein hochpotentes Verfahren ist, kann man mit ihr (wie grundsätzlich mit jedem anderen Verfahren auch) bei unangemessener Anwendung Schaden anrichten. -

F) Das **Setting** ist variabel: Einzel-, Paar-, Gruppen- und Familientherapien. Letztere weisen eine gewisse Schnittmenge mit der Systemischen Therapie auf.

Die gestalttherapie-typische **Einzelarbeit mit fokussierter Regression** (von meist 20- 40 Min. Dauer) gleicht einer gezielten Operation im Beziehungsgeflecht der verinnerlichten Personen (Introjekte). Es kommt dabei normalerweise zu Veränderungen von strukturprägenden Beziehungserfahrungen. Gestalttherapie ist ganz ausdrücklich und gezielt imstande mit Hilfe seiner dialogischen Identifikationsmethode, kombiniert mit fokussierter Regressionsarbeit, in einem begrenzten Zeitrahmen nicht nur konfliktlösende, sondern auch **strukturverändernde Therapie** zu leisten.

G) Stichworte zu theoretischen Grundannahmen

Teile und Ganzes/ Integration und Desintegration. Das scheint eine erkenntnistheoretische Hauptdimension zu sein. Der Mensch erfasst üblicherweise Teilaspekte, Teilwahrheiten oder einen einseitigen Pol einer übergeordneten Ganzheit. Der Ausschnitt des Einzelnen aus dem Ganzen wird durch seinen Bezugs-Horizont bestimmt. Er selbst ist, wie fast alles, Teil und Ganzes (im Sinne eines Subsystems) zugleich. Die Gestalttherapie nutzt die Veränderbarkeit des Perspektivenwechsels und die von Bezugsrahmen, die wiederum das persönliche Selbstverständnis mitbestimmen, therapeutisch.

Ken Wilber würde von Holonen sprechen. Die Entwicklung geht in beide Richtungen: von der Ganzheit zur Vielheit und von den Teilaspekten zur Ganzheit. Ziel ist, trotz permanenter Verwandlung, immer wieder ein Ganzes zu werden, in dem alle Teile, auch die problematisch erscheinenden, ihren Ort finden. Der Gestalt-Aufbau und die Gestalt-Auflösung sind zum rechten Zeitpunkt als gleich wichtig zu sehen. (Fixierungen stören den Fluß der Verwandlung.) Das Selbst spiegelt diesen Entwurf.

Integration zu einem – mehr oder weniger komplexen – Ganzen, einer Gestalt (= Beziehungsgefüge als unteilbare, kleinste Einheit) ist eine wichtige Zielvorstellung. In diesem Ganzen sollen auch die eher dissonanten Aspekte ihren stimmigen Platz bekommen können. Unbewußte und unfreiwillige Desintegration, bzw. Kontaktunterbrechung, gelten als pathologische Zeichen. Bewußte Desintegration kann vorübergehend eine heilsame Maßnahme zur Regeneration, z.B. nach Traumatisierung, sein.

Polaritäten. Die Welt erscheint polarisiert. Den erlebten Polen mit ihrem gefühlten „Entweder-Oder“ ist jeweils eine ganzheitlichere Integrationsebene des „Sowohl-als-auch“, der Ungeschiedenheit, über- oder vorgelagert.

Beispiele: das emotionale Berührtsein kann sich zur Trauer oder zur Freude entpuppen; hinter Liebe, wie hinter Haß taucht die übergreifende Ebene der emotionalen Bedeutsamkeit auf. –

Vorder- und Hintergrund-Existenz. Dies scheint für Lebewesen eine grundlegende Polarität. Die gerichtete Aufmerksamkeitsenergie holt etwas aus dem Hintergrund heraus und erschafft es – für diesen Augenblick – zu einem bestimmten, subjektiv hervorgehobenen Etwas, einem „Seienden“, einer „Gestalt“, bzw. zu der momentan existierenden Vordergrundfigur (ex-sistere = hervorstehen), - um sie sehr wahrscheinlich im nächsten Moment wieder in ihren Hintergrund zu entlassen und eine andere „Gestalt“ zu kreieren. –

Gestalt ist ein vom Umfeld abgrenzbares, strukturelles Beziehungsgefüge, das transponierbar ist, wie eine Melodie. Aber auch ein Feld von bestimmter Qualität oder von Kräfteverhältnissen, die von ihrem Hintergrund abgrenzbar sind, wird als „Gestalt“ aufgefasst, z.B. eine intrapsychische, konflikthafte Psychodynamik oder eine abgrenzbare, zwischenmenschliche Konfliktkonstellation einer Großgruppe. –

Es scheint, dass der Heisenbergsche „epistemische Schnitt“, bei dem Abläufe auf der Quantenebene durch die energetische Interferenz des Beobachters kollabieren und verändert werden, auf den gleichen energetisierenden Vorgang zurück zu führen ist.

Die **energetisierende Gerichtetheit** (Intentionalität) ist in der Gestalttherapie-Tradition auf der Handlungsebene mit „**ad-greddi**“, im Sinne von kontaktstiftendem Herangehen, belegt, einer zunächst neutralen, vormoralischen Kraft, die sich im Sinne des vorigen Abschnitts, sowohl zu einer liebenden, konstruktiven wie auch zu einer zerstörerisch-destruktiven Kraft weiter ausdifferenzieren kann.

Selbstorganisation und Bedürfnishierarchien. Intrapsychisch sorgen offene Bedürfnisse, deren dringlichstes oder als am bedeutsamsten angesehenes sich selbst-organisatorisch an die Spitze setzt, dafür, dass die Aufmerksamkeits-energie auf dasjenige Objekt im Außenfeld gelenkt wird, das imstande ist, das aktuell dringlichste, offene Bedürfnis zu befriedigen. Dieser Vorgang verschränkt Innen- und Außenwelt.

Die Motivations- und Bedürfnis-Hierarchien reichen von den physiologischen Ebenen über die emotionalen und sozialen bis hin zu geistigen und spirituellen. Der gestufte Aufbau von Grundbedürfnissen und der weiter differenzierenden Bedürfnis-Hierarchien geht auf Abraham Maslow zurück, eine der führenden Gründerpersönlichkeiten der „Humanistischen Psychologie“, 1962. Das holistische, selbstorganisatorische Konzept, stammt von Jan Smuts, 1938.

Begegnung und Kontakt-Differenzierung. Der große Pate für das gestalttherapeutische Kontaktverständnis ist Martin Buber. Er unterscheidet den begegnungsfähigen „Ich-und-Du“- Modus - vom affektneutralen, beobachten-den „Ich-Es“-Modus (1923). Das spiegelt sich im typisch gestalttherapeutischen Kontakt wider; er sieht eine Doppelfunktion vor:

a) Erkennen eines Gleichklangs induziert eine selektive Grenzöffnung und schafft ein übergeordnetes Feld gemeinsamer Schwingungsqualität, ein nährendes „Wir-Feld“ auf verschiedenen Ebenen,

b) Erkennen von nicht zuträglicher Andersartigkeit verfestigt die Grenze. Beides gilt nach außen wie nach innen, d.h. auch zu den aktivierten Engrammen. Im Normalfall werden beide Kontaktfunktionen gleichzeitig aktiviert, wenn auch in einem unterschiedlichen Mischungsverhältnis. Beide werden zum Überleben und zur angemessenen, differenzierten Kontaktgestaltung benötigt.

Die Mikroanalyse des Kontaktgeschehens wird im **Kontaktzyklus** beschrieben. In seinem typischen Verlauf gibt es immer wiederkehrende Phasen. Phasenspezifische, habituelle Kontaktunterbrechungen auf den verschiedenen Entwicklungsebenen bieten sich als Einteilungskriterien für eine gestalttherapeutisch **spezifische Krankheitslehre** und Persönlichkeits-Pathologie an, die andernorts näher ausgeführt worden ist (Hartmann-Kottek, 2004/2008).

Therapeutische Anwendung: wenn die Kontaktaufnahme in analoger Weise nach innen geleitet wird, kann sie für die Reintegration von innerlich Ausgegrenztem, bzw. für die Rück-Verwandlung von Verzerrtem und Entfremdeten und damit zur Therapie und Krisenbewältigung genutzt werden. Dabei kommt es zu einer aufeinander aufbauenden Schrittfolge, eine Art von **therapeutischem Wegweiser:**

- 1) Sie beginnt beim Ausgegrenztem, sei es ein Impuls, ein Symptom, ein als fremd erlebter Einfall oder Traumaspekt ect, bemüht sich über Identifikation mit ihm um ein ansatzweises Verstehen seiner Aussage, -
- 2) erfasst mit seiner Hilfe den Entwurf der ausgrenzenden Kraft oder Botschaft und dessen Befürchtungen und Motivation, begreift dessen Entstehungsgeschichte, -
- 3) reichert das Konfliktfeld zwischen beiden Polen biographisch an, wagt von beiden Seiten her Dialoge in direkter Rede, um neuen, stimmigeren Kontakt zu bahnen, die -
- 4) zur Begegnung führen, evtl. mit kathartischer Explosion, -

- 5) konfrontiert sich mit seinen bisher abgewehrten Gefühlen, -
 - 6) differenziert sie nach, macht evtl. Erfahrung im Rollentausch, lässt sich berühren und verwandeln, -
 - 7) erlebt in der Tiefe die innere Beziehungs- und Identitätsveränderung und verinnerlicht die neue Situation,-
 - 8) gibt ihr auch nach außen hin Ausdruck, evtl. im Probehandeln, -
 - 9) geht in die Metaperspektive der inneren Ausgeglichenheit. -
- (Dieser Prozeß findet sich im Hartmann-Kottek-Lehrbuch unter dem Stichwort „Verwandlungszyklus“.)

Persönlichkeitsmodell. Das **Selbst** lässt sich mit seinen wechselnden Grenzen aufgrund von Resonanzen als eine Art semi-begrenztes, kohärentes, stehendes, **nicht-lokales Feld** mit partieller Bewußtseinsfähigkeit verstehen. Seine Qualität ist ganzheitsorientiert; seine Fähigkeit, dissonante Schwingungen zu tolerieren, nimmt parallel zu seiner Reifung zu. Es weist einen oszillierenden Kontakt nach innen und außen auf. - Ein weiterer Beschreibungsversuch ist das des „**offenen Systems im Fließgleichgewicht**“.

Das „**Ich**“ wird von Fritz Perls, mit der „**Pfeilspitze**“ des **Aufmerksamkeitsstrahls**, dem energiereichsten Ort des Systems, gleichgesetzt. - Analog zum traditionellen „**Es**“ Freuds werden bei Perls die **selbstorganisatorischen Bedürfnishierarchien** zugeordnet; die Persönlichkeit wird in den Erinnerungsspuren des **Gedächtnisspeichers** verankert gesehen.

In Abweichung zur einheitlichen Instanz des Freud'schen Über-Ichs/ Ich-Ideals wird eine Vielfalt an stimmigen und unstimmigen Verinnerlichungen, Werten, Überzeugungen, Überlebensstrategien etc. gesehen, die (idealerweise) lebenslang nachsortiert und auf ihre aktuelle Übereinstimmung mit der Erfahrung immer wieder neu überprüft werden wollen. **Stimmige Erfahrung** wird **assimiliert** und stärkt die Eigenschwingung.

Assimilierte Substanz, Stimmigkeit, innere Autonomie: Die assimilierte Substanz ist die Summe der Erinnerungsspuren, die (ausreichend) konfliktfrei abgesintert sind und zu einem (ausreichend) integrierten, meist nicht verbalisierungsfähigen basalen Selbstverständnis mit einer typischen, **ichsyntonen Grundschwingung** (Grundgefühl) beigetragen haben. Begünstigende Erinnerungsspuren hierfür sind **sichere** und **empathische Beziehungserfahrungen**. Sie gilt als Ort der autonomen „**inneren Stimme**“, der Intuition und als unterstützender, innerer Halt („Self-support“). Zunehmende innere Stimmigkeit ist ein gestalttherapeutisches Reifungsziel. – Gestaltpsychologisch heißt das, ein **Ganzes zu werden**, in dem auch die Teile, die primär schwierig unterzubringen waren, ihren Platz gefunden haben.

Gesundheit und **Krankheit** werden über das Ausmaß von Integration, die zur Stimmigkeit und Ganzheitlichkeit führt, bzw. über unfreiwillige, innere Kontaktunterbrechung, bzw. Desintegration, definiert.-

Sprachgeschichtlich verweisen whole, heil, healthy aufeinander.

H) Zitierte Literatur

Beutler, L.E. et al. (1993): Differential patient x-treatment maintenance among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3,1, 15-30

Cross, D.G. et al. (1982): Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1, 103- 112

Hartmann-Kottek, L. (2004/08): Gestalttherapie. Lehrbuch. *Springer, Heidelberg*.

Mulder, C.L. et al. (1994/95): Cognitive behavioral and experiential group psychotherapy for asymptomatic HIV-infected homosexuell men. *Psychosomatic Medicine*, 3, 271- 288

Strümpfel, U. (2006): Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie. *EHP, Bergisch Gladbach*

Watson, J.C. et al. (2003): Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 71, 773-781

IV Potentieller Lehrkörper

a) als Verantwortliche im Innenkreis

Afflerbach, Dipl. Psych., Marlies,- Psychologische Psychotherapeutin (TP), Gestalt- Lehrtherapeutin, Supervisorin, Dozentin (u.a. Uni Marburg), eigene Praxis in Marburg

Becker, Dr. med., Joachim, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (TP), Neurologie, FA f. Psychosomatische Medizin; Ärztl. Dir. d. Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie (Vitos GmbH) Herborn; Psychodrama-Therapeut; wh. in Marburg

Boltz, Dr. med., Ulrike, Fachärztin für Allgemeinmedizin/ Psychotherapie (TP), körperorientierte, integrative Gestalttherapeutin mit Lehr-Erfahrung; eigene Praxis in Kassel

Budde,* Dipl. soz., Eckhard, aprob. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Lehr-Gestalttherapeut, Supervisor und Coach, Seminarleiter (Symbolon-Institut), eigene Praxis in Fulda

Erbe,* Dr. med., Karlheinz, Facharzt f. Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie und -Psychotherapie, FA für Neurologie u. Psychiatrie; sozialpsychiatrische Schwerpunktspraxis für Kinder- und Jugendlichen- Psychiatrie und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (mit multiprofessionellem Team von 17 Pers.) für den Großraum Bamberg; Balintgruppen-Supervisor; Zweitwohnsitz Bad Nauheim

Gehle, Bettina, FÄ für Psychosomatische Medizin (TP), FÄ für Innere Medizin/ Psychotherapie; Gestalttherapeutin, Systemische Familientherapeutin, Psychodynamische Psychotherapeutin mit Älteren; Lehr-Erfahrung Uni ; Oberärztin, Tagesklinik, Abt. Psychosomatik, Städt. Kliniken Kassel

Hartmann-Kottek, Dr. med., Dipl. Psych., Lotte, Psychologische Psychotherapeutin, Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Neurologie und Psychiatrie u. Psychotherapie (TP mit Aus- und Weiterbildungsermächtigung), FÄ f. Innere Medizin; Gestalt-Lehrtherapeutin; Aus- und Weiterbildungspraxis in Kassel

Janssen, Dipl. Psych., Norbert, Psychologischer Psychotherapeut (TP), Gestalt-Lehrtherapeut, Supervisor; ferner Ausbildung in Körperpsychotherapie, therapeutischer Psychosynthese, Traumatherapie, Systemischer Familienaufstellung u.a., eigene Praxis in Kassel

Kerner, Dr. med., Rotraud, Ärztliche Psychotherapeutin, Gestalttherapeutin, Trauma- und EMDR-Therapeutin, Bad Zwesten

Klößner, Dipl. Psych., Detlef, Psychologischer Psychotherapeut, Pädagoge, Gestalt-Lehrtherapeut, Paar- und Familientherapeut; 20 J. Ausbildungsleiter des Gestalt-Instituts Frankfurt/M

Kogan, Dr. phil, Dipl. Psych., Jerry, Psychologischer Psychotherapeut, Gestalt-Lehrtherapeut, Instituts- und Ausbildungsleiter; Frankfurt/M

Kogan,* Dipl. soz., Wiltrud, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Gestalt-Lehrtherapeutin und Gestalt-Körpertherapeutin; eigene Praxis in Frankfurt/M

Lellek*, Dipl. Psych., Sabine, Psychologische Psychotherapeutin (TP) für Erwachsene und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Gestalttherapeutin; Oberursel

Möller, Prof. Dr., Dipl. Psych., Heidi, Psychologische Psychotherapeutin (TP), Gestalttherapeutin, Psychoanalytikerin, Supervisorin; Inhaberin des Lehrstuhls für Psychotherapieforschung der Universität Kassel

Porsch, Dr. phil., Dipl. Psych., Rita, Psychologische Psychotherapeutin (TP), Gestalttherapeutin, ca. 10 J. klinische Behandlungs-Tätigkeit, ca. 25 J. Lehre an der Uni. Kassel (Schwerpunkte: Interventionsmethodik, prozessuale Diagnostik, gestalttherapeutische Behandlungsstrategien), eigene Praxis in Kassel

Ruh, Dipl. Psych., Michael, Psychologischer Psychotherapeut (TP), gestalt-theoretischer Gestalttherapeut, Supervisor, Dozent ; eigene Praxis in Frankenberg

Schroeder, Prof. Dr. med., Wolfgang Christian, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (TP), FA f. Psychosomatische Medizin; Lehr-Gestalt-Musik-Therapeut mit Weiterbildungsermächtigung (LÄK Hessen); Privatpraxis und psychotherapeutische Weiterbildungspraxis; Neuental- Waltersbrück bei Bad Zwesten

Schubert, Dr. med., Dipl. Psych., Klaus, FA für Psychiatrie und Psychotherapie (TP); Gestalt-Lehrtherapeut, Gestalt-Körperpsychotherapeut, Supervisor, Dozent, Gesprächspsychotherapeut; Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Neustrelitz; Nebenwohnsitz Kassel

Schwartz- Kraft, Dr. med., Bibiane, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (TP); Humanistische Psychotherapieverfahren. Eigene Praxis bei Kassel

Wilms-Klößner*, Dipl. Soz., HP, Renate, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Lehr- Gestalttherapeutin, Supervisorin, 23 J. Ausbildungsleiterin am Gestaltinstitut Frankfurt/M, Dozentin; Praxis in Frankfurt/M

b) Im **erweiterten Lehrkörper** stehen obigem Team ergänzend zur Seite:

Appel-Opper, Dipl. Psych., Julianne, Gestalt- und Körpertherapeutin, approb. Psychologische Psychotherapeutin (TP)/ Potsdam

Beaumont, Dr. phil., Dipl. Psych., Hunter, Relationaler Gestalttherapeut, Tiefenpsychologie, Grenzbereich zur Spiritualität, Paartherapie, Autor; ehem. Dozent in Los Angeles, jetzt München

Belardi, Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. Nando, Gestalttherapeut, Sozialpädagoge, Supervisor; Freie Univ. Bozen, ehem. TU Chemnitz und FH Köln

Bubolz- Lutz, Prof. Dr. phil., Dipl. päd., Elisabeth, Direktorin Forschungsinstitut Geragogik „Fogera“/ Uni. Essen, /Witten und Düsseldorf, FH Freiburg,- Humanistischer psychotherapeutisch- sozialpädagogischer Umgang mit alten Menschen sowie humanistisch ausgerichtete Angehörigenarbeit

Buehring, Dr. med., Dirk, Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie,- Humanistische Psychotherapieverfahren, transpersonale Psychotherapie; Kempten

Büntig, Dr. med., Wolf, Ärztlicher Psychotherapeut, Gestalttherapeut, Bio-energetischer Körper-Psychotherapeut, Leiter des ZIST-Instituts München/ Penzberg

Burek, Ursel, MA, Lehr- Tanz- und Bewegungstherapeutin, Gestalttherapie im Medium Bewegung; langjährige Dozententätigkeit an den Univ. Amsterdam,

Bern und Kassel; Kongreß- und eigene Praxistätigkeit; Oppenheim/Rhein

Butollo, Prof. emer. Dr. phil, Dipl. Psych., Willy, Gestalt- Lehrtherapeut, Verhaltenstherapeut; Klinische Psychologie/ Univ. München,

Chu, Dr. med., Victor, Ärztlicher Psychotherapeut, Gestalt-Lehrtherapeut und Ausbildungsleiter, Tai-Chi-Lehrer; wohnaft Neckargmünd bei Heidelberg

Cöllen, Dipl. Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Gestalttherapeut, Begründer und Lehrtherapeut d. Dt. Ges. f. Integrative Paartherapie und Paarsynthese; Institut und Praxis in Hamburg

Dauber,* Prof. emer. Dr. phil., Heinrich, Erziehungswissenschaften Uni. Kassel, Innovative Humanistische Pädagogik an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie und Psychotherapie incl. Prophylaxe sozialer Delinquenz und Gewaltbereitschaft; Integrativer Gestalt- und Bewegungs-Psychotherapeut, Gestalt- Lehrtherapeut, wohnhaft Immenhausen bei Kassel

Eck, Dr. med, Dipl. Psych., Dietrich, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Lehrtherapeut für Integrative und Gestalttherapie; Hamburg und Univ. Krems

Fengler, Prof. Dr. phil, Dipl. Psych., Jörg, Psychologischer Psychotherapeut, Dozent; Gruppendynamik-Trainer (DAGG); Aufbau sozialer Kompetenzen, Suchtarbeit, Burn-out-Prophylaxe, Lehr-Supervision; Univ. Köln

Feuerstein, Dipl. Psych., Christine, Psychologische Psychotherapeutin (TP), Gestalttherapeutin, Paartherapeutin; eigene Praxis in Wetzlar

Fischer,* Waltraud, Lehr- Gestaltpädagogin/ Supervisorin/ langjährige Dozentin der Univ. Mainz/ Gestaltpädagogik; eigene Praxis in Nidderau

Förster-Uhl, Heidrun, FÄ f. Allgemeinmedizin, Ärztliche Psychotherapeutin; Gestalt-, Körper- und Traumatherapeutin, Feldenkraislehrerin, Dozentin,- eigene Praxis mit Seminarbetrieb in Lüneburg

Galuska, Dr. med., Joachim, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Gestalttherapeut, Ä. Dir. der Kliniken Heiligenfeld, Bad Kissingen

Gegenfurtner, Dr. phil, Dipl. Psych, Nina, Psychologische Psychotherapeutin (TP), Gestalttherapeutin, Emotionsfokussierte Psychotherapeutin nach Greenberg, Systemische Tanztherapeutin (BTD), Traum-Gestalt-Expertin; Psychosomatische Kliniken Bad Grönenbach

Glanzer, Dr. phil, Dipl. Psych., Otto, Psychologischer Psychotherapeut, Gestalttherapeut; eigene Praxis, Augsburg

Gottwald, Dr. med., Christian, FA f. Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Gestalttherapeut, Bewußtseinszentrierter Körpertherapeut (Hakomi-Therapeut) und weitere Methoden der Humanistischen Psychologie, Lehranalytiker, Lehrtherapeut, Supervisor; eigene Praxis in München

Grodd, Dorothea, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Psychosomatische Medizin (TP), Traumatherapeutin, EMDR-Therapeutin, EMDR-Supervisorin, Gestalttherapeutin,- eigene Praxis in Kassel

Groskurth, Dr. phil, Dipl. Psych., Peter, Psychologischer Psychotherapeut (TP), Gestalttherapeut, Gesprächspsychotherapeut, Paartherapeut; eigene Praxis in Frankfurt und Wetzlar

Hampel, Uwe, FA für Psychosomatische Medizin, FA f. Psychiatrie und Psychotherapie (TP), weiterbildungsermächtigt für Tiefenpsychologie im Einzel- und Gruppensetting (LÄK Westfalen-Lippe), Gestalttherapeut, Supervisor, Dozent, - eigene Praxis in Detmold

Hanke, Dr. med., Birgit, Fachärztin für Allgemeine Medizin/ Psychotherapie,

Gestalttherapie; Berlin

Janssen, Angela, Fachärztin f. Psychosomatische Medizin, Seminarleiterin und Dozentin, div. Ausbildungen in Gestalttherapie, Psychosynthese, systemische Familienaufstellungen, transpersonale Prozeßbegleitung; eigene Praxis in Kassel

Janssen, Dr. med., Rolf, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Gestalttherapeut, Coach, eigene Praxis, Hamburg

Knupp, Dr. med., Bernhard, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Innere Medizin, - Leitender Arzt der Abteilung: Tiefenpsychologische Psychotherapie, Integrative Gestalt- und Traumatherapie, Hardtwaldklinik II, Fachklinik für psychogene Erkrankungen, Bad Zwesten

Koemeda, Dr. phil, Dipl. Psych., Margit, Psychologische Psychotherapeutin, Bioenergetik-Lehrtherapeutin, Dozentin, Supervisorin, Leiterin wissenschaftlicher Projekte; eigene Praxis in Zürich

Krämer, Dr. theol., Markus, Gestalttherapeut/ Coach/ Supervisor; eigene Praxis in Kassel

Lang,* Dr. med., Dipl. Psych., Egbert, Kinderarzt, Neonatologe, Diabetologe, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Gestalttherapeut, Chefarzt i.R., Gründer der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS) innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), EFQM-Auditor, DIN ISO-Auditor,- Coesfeld

Ludwig-Körner*, Prof. Dr. phil., Dipl. Psych., Christiane, Psychoanalytikerin, Gestalttherapeutin, Dozentin u.a. für Entwicklungspsychologie, Frühförderung, Mutter-Kind-Beratung; IPA-Univ. Berlin, ehem. FH Potsdam

Nellessen, Prof. emer. Dr. phil., Dipl. Psych., ehem. Lehrstuhl für Gruppendynamik; Konzepte zur sozialen Kompetenzerhöhung; Kommunikationstraining, Organisations- und Systementwicklung, Supervision; wh. Baunatal bei Kassel

Pauls,* Prof. Dr. phil, Dipl. Psych., Helmut, Psychologischer Psychotherapeut (VT), Gesprächstherapeut (Ausbilder (GWG), Gestalttherapeut, Verhaltenstherapeut, Individualpsycholog. Psychoanalytiker, Prof. für Psychologie und Handlungslehre an der FH Coburg; Gründer des IPSG-Instituts f. Psychosoziale Gesundheit und der Zentralstelle f. Klinische Sozialarbeit. Ausbildungsermächtigt über die LÄK Bayern für Gestalttherapie und Gesprächstherapie; wh. Coburg

Pewesin,* Christoph, FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (TP), Gestalttherapeut, Supervisor, Dozent, Leiter d. Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes Berlin-Reinickendorf, Mitbegründer und Ausbilder bei SIMKI (Berlin); wohnhaft in Lüneburg

Rasmus, Dipl. Psych., Brigitte, Psychologische Psychotherapeutin (TP), Gestalt-Ausbilderin, -lehrtherapeutin, -Supervisorin am IGW (Institut f. Integrative Gestalttherapie Würzburg) und dem IGWien, Lehrbeauftragte an der LMU (Ludwigs-Maximilian-Universität) München, SFU (Sigmund-Freud-Privat-Universität) Wien und an der Nanjing University (China).

Revenstorf, Prof. emer. Dr. phil, Dipl. Psych., Klinische Psychologie, Hypno-Lehrtherapeut, Gestalttherapeut u.a., - Univ. Tübingen

Schmidt-Lellek, Dr. theol., Christof, Gestalttherapeut/ Paarthérapeut/ Coach/ Supervisor; Frankfurt

Tarnow, Christopher, MA, Sprach- und Erziehungswissenschaften, Kunst-, Paar- und Gestalttherapie, Gestalt-Körpertherapie, Dozententätigkeit, Supervision, Reittherapie, Praxistätigkeit;- Leiter des Instituts Eichgrund, wh. Groß-Umstadt

Tarnow, Ellen, BWL, Lehr-, Körper- und Gestalttherapie, Supervision, Dozenten- und Praxistätigkeit; Leiterin d. Eichgrund-Instituts Groß-Umstadt/ Odenwald

Uhl, Klaus, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (TP), Gestalt- und Körpertherapeut, Fortbildung in Systemischer und Traumatherapie; eigene Praxis mit Seminarbetrieb in Lüneburg

Votsmeier-Röhr, Dipl. Psych., Achim, Psychologischer Psychotherapeut (TP), Relationaler Gestalttherapeut, Schema-Therapeut, Dozent, Autor, Supervisor, Psychosomatische Kliniken Bad Grönenbach

Walch, Dr. phil., Dipl. Psych., Sylvester, Psychologischer Psychotherapeut, Lehrtherapeut für Intergrative Gestalttherapie, Gruppendynamik (ÖATP), Integrative Therapie (FPI), transpersonale Psychotherapie und holotropes Atmen (ÖATP); Buchautor,- Oberstdorf

Wassmann, Dr. med., Markus, Facharzt für Allgemeinmedizin, FA f. Psychiatrie und Psychotherapie, Ausbildung in bewegungs- u. körperorientierter Gestalttherapie, Dozent (psychiatrische Differentialdiagnostik und Behandlungsmethodik); eigene Praxis in Oldenburg

Wirth*, Dr. phil, Dipl. Psych., Psycholog. Psychotherapeut (TP) für Erwachsene, Kinder u. Jugendliche, Gestalttherapeut, Trauma-Therapeut (speziell für Hörgeschädigte, Supervisor, Dozent; eigene Praxis in Ottobeuren

Wolf-Kügel*, Inge, approbierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin auf Erzieherbasis, Gestalttherapeutin, Gestalt-Ausbilderin für den Kinder- und Jugendlichen-Bereich, Diplom-Supervisorin, Dozentin, eigene Praxis

Zierl, Dipl. Psych., Monika, Psychologische Psychotherapeutin (TP), gestalttherapeutische Körper-Psychotherapeutin, eigene Praxis, Regensburg

Zimmermann,* Dipl. Psych., Cordula, Psychologische Psychotherapeutin (TP) und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Gestalttherapeutin, Ausbilderin (am SIMKI= Sächsisches Institut für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie an der Hochschule Mittweida), Dozentin, Supervisorin/ Coach; Praxis in Berlin

* markiert die 14 Kolleginnen und Kollegen, die für die gestalttherapeutische Spezialisierung in Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie zur Verfügung stehen.

Die Listen sind noch nicht geschlossen.

Zusammenfassung:

Personelle Ausstattung – quantitativ nach Grundstudiengängen:

Wie aus dem obigen Abschnitt ersichtlich ist, stehen eine Reihe von psychologischen und ärztlichen Gestalt-Psychotherapeuten sowie von Gestalt- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Verfügung, die überwiegend in Hessen ansässig sind, teils auch zur Verstärkung aus anderen Ländern und aus benachbarten Grundberufen kommen. Entsprechend der derzeitigen Gesetzeslage sind Approbationen außerhalb der Gestalttherapie erworben worden. Wir unterscheiden zwischen einem hauptverantwortlichen Innenkreis an Lehrpersonen und Supervisoren/innen - und einem erweiterten Lehrkörper.

Der Kreis der verantwortlichen, approbierten Gestalttherapeuten besteht aus
8 Psychologischen Psychotherapeuten/innen,

7 Fachärztlichen Psychotherapeuten/innen,
2 doppelt qualifizierte Kollegen/innen (Medizin + Psychologie),
3 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auf Dipl. Soz.- Grundlage

Im erweiterten Lehrkörper approbierter Gestalttherapie-Kollegen finden sich
21 Psychologische Psychotherapeuten, Gestalttherapeuten/innen,
15 Fachärztliche Psychotherapeuten, Gestalttherapeuten/innen,
2 doppelt qualifizierte Gestaltth.-Kollegen (Medizin und Psychologie),
1 approb. Kinder- u.-Jugendl. Psychotherapeutin auf Erzieherbasis,

für besondere Aspekte können ferner hinzugezogen werden:

5 Pädagogen u.a. mit Gestalttherapeut. Zusatzqualifikation (+HP),
2 Theologen mit Gestalttherapeutischer Zusatzqualifikation (+HP).
1 Soziologe mit Gestalttherapeutischer Zusatzqualifikation (+HP)

Ferner sind die Wissenschaftlichen Beiratsmitglieder der DDGAP bereit, aus Solidarität das humanistisch- gestalttherapeutische Ausbildungsprojekt mit Rat aus ihrer Erfahrung heraus und/oder mit spezifischen Unterrichtsbeiträgen zu unterstützen.

V Wissenschaftlicher Beirat des DDGAP

Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. Nando BELARDI, Gestaltth., Univ. Bozen, ehem. TU Chemnitz
Prof. Dr. phil. Elisabeth BUBOLZ-LUTZ, Uni. Essen, Geragogik, Pth.b.Alten Menschen
Prof. Dr. phil. Jörg BÜRMANN*, Uni. Mainz, Humanistisch- Pädagogische Psychologie
Prof. Dr. phil. Olaf-Axel BUROW, Uni. Kassel, Gestaltpädagogik, Humanist. Erz.wiss.
Prof. Dr. phil. Willi BUTOLLO,* Uni. München, Klin. Psych., Gestalttherapie, VT, Traumath.
Prof. Dr. phil. Heinrich DAUBER*, Uni. Kassel, Gestaltpädagogik, Humanist. Erz.wiss.
Prof. Dr. phil. Jörg FENGLER, Uni. Köln, Gruppendynamik, Humanist. Verf., Heilpädagogik
Prof. Dr. phil. Hartmut FRECH*, Uni. Berlin, Gestaltpädagogik, Humanistische Erz.wiss.
Prof. Dr. phil. Isabelle FROHNE-HAGEMANN, Gestalt-Musikth., Musikhochschule Hamburg
Prof. Dr. med. Hans-Heinrich GOSSMANN*, MR/Siegen, int. Chefarzt i.R., „Gestalt-Balint“
Prof. Dr. phil. Leslie GREENBERG*, York-University, Canada, Emotions-fokuss. Therapy
Dr. phil. Herman GROBLER, Huguenot College, North-west-Univ., Wellington, South Africa
MRCPsych. Dr.med. Peter HEINL, London, Psychiatrie/ Psychotherapie, Intuitionstraining
Prof. Dr. phil. Claudio HOFMANN, Berlin, Gestaltpädagogik, Humanistische Verfahren
Prof. Dr. phil. Günther HOLZAPFEL*, Uni. Bremen, Humanistisch-Pädagog. Psychologie
Prof. Dr. phil. Telse IWERS-STELLJES, Uni. HH, Humanistische Psychologie, Erz.wiss.
Prof. Dr. phil. Nitzka KATZ-BERNSTEIN, Bülach/Schweiz, Gestaltth., ehem. Uni. Dortmund
Prof. Dr. phil. Jürgen KRIZ, Uni. Osnabrück, Humanistische und Klinische Psychologie
Prof. Dr. phil. Jeong Sook LEE, Gestaltverfahren, Hannam University, Daejeon, Süd-Korea
Prof. Dr. phil. Renate LUCA, Universität Hamburg, Humanistische Erziehungswissenschaften

Prof. Dr. phil, Dipl. Psych. Christiane LUDWIG-KÖRNER, PA u. Gestaltth., IPA-Univ. Berlin
Prof. Dr. phil. Heidi MÖLLER, Uni. Kassel, PA u. Gestaltth., Beratung und Klin. Psychologie
Prof. Dr. phil. Lothar NELLESSEN*, Uni. Kassel, Humanist. Psychologie, Gruppendynamik
Prof. Dr. phil. Hedwig ORTMANN*, Uni Bremen, Humanistisch- Pädagogische Psychologie
Prof. Dr. phil. Elisabeth PONOCNY-SELIGER, Forschungsmethodik, Sigm.Freud-Univ. Wien
Prof. Dr. phil. Helmut PAULS, FH Coburg, Psychologie, Sozial- Arbeit, Gestalttherapie
Prof. Dr. phil. Dirk REVENSTORF, Uni.Tübingen, Klinische Psychologie, Humanist. Verf.

VI Lehrziele

Lehrziele und Lehrkörper für GESTALT THERAPIE (personelle Vorschläge)

A) Grundkenntnisse (1. Hälfte)

- | | |
|---|--|
| 1) Entwicklungs-, sozial- persönlichkeits-, neurosen-, gestaltpsychologische, auch lern-theoretische Grundlagen, Vorder-Hintergrund-dynamik, Teil-Ganzes-Aspekte, Holarchien | Ludwig-Körner, Hartmann-K., Revenstorf, Votsmeier-Röhr, Ruh, Kriz, Afflerbach, Budde, Pauls, Hampel, Dauber u.a. |
| 2) Allg. u. spezielle Krankheitslehre der Störungen mit Krankheitswert, bei denen PT indiziert unter Berücksichtigung der international anerkannten Wissenschaft | Hartmann-Kottek, Janssen, Röhr, Strümpfel, Schubert, ist, Kogan, W., Votsmeier-Röhr, Hampel, Eck, Glanzer, Wirth u.a. |
| 3) Psychosomatische Krankheitslehre | Schroeder, Schubert, Hartmann-Kottek, Hanke, Knupp, Büntig, Gottwald, Schwartz-Kraft, Votsmeier-R., Wassmann, Gehle, Erbe, Eck, Becker, Pewesin, |
| 4) Psychiatrische Krankheitslehre | |
| 5) Methoden und Erkenntnisse der Psychotherapie-Forschung (Prozeß-, Ergebnis-forschung sowie Metanalysen) | Kriz, Strümpfel, Revenstorf, Ponocny-Seliger, Möller u.a. |
| 6) Diagnostik und Differentialdiagnostik inkl. Testverfahren, „gestalttherapeutische Experimente“, Verhaltensstichproben Möglichkeiten und Grenzen von Statistik | Möller, Kriz, Strümpfel, Schubert, Revenstorf, Ludwig-Körner, Votsmeier-Röhr, Beaumont u.a. |
| 7) Besondere entwicklungs- und geschlechts-spezifische Aspekte der Persönlichkeit, der Psychopathologie, der Potentiale, Ressourcen auch der Methodik der PT verschied. Alters, incl. der Seniorengruppen | Pauls, Klöckner D., Hampel, Bubolz- Lutz, Erbe, Pewesin, Revenstorf, Budde, Boltz, Ludwig- Körner, Zimmermann Lang, Wolf-Kügel u.a. |
| 8) Intra- und interpersonelle Aspekte psychischer und psychisch mitbedingter Störungen, Paarbeziehungen, Familien und Gruppen | Wilms-Klöckner R., Klöckner D., Afflerbach, Hartmann-Kottek, Chu, Budde, Cöllen, Janssen A.,.. |
| 9) Methoden und differentielle Indikations-stellung internat. wiss. anerkannter Verfahren | Janssen N., Revenstorf, Kriz, H.-Kottek, Votmeier-Röhr u.a. |

- | | |
|---|--|
| 10) Prävention und Rehabilitation mit besonderer Berücksichtigung des Potentials der Humanistischen Psychotherapieverfahren | Schubert, Becker, Pauls, Erbe, Zimmermann, Bubolz-Lutz
Budde, Burek, Zierl, Wirth u.a. |
| 11) Medizinische und pharmakologische Grundkenntnisse für PPs | Schroeder, Schubert, Wassmann, Erbe, Gehle, Eck, Schubert u.a. |
| 12) Dokumentation und Evaluation von psychotherapeut. Behandlungsverläufen | Schubert, Knupp, Erbe, Wassmann, Möller u.a. |
| 13) Berufsethik und Berufsrecht Menschenbild, diverse Wertvorstellungen der therapeutischen Schulen | Ruh, Kriz, Reventstorf, Hartmann-Kottek, Beaumont, Zimmermann, Schmidt-Lellek, Krämer u.a. |
| 14) Geschichte der Psychotherapie, speziell auch der der Humanistischen Psychologie | J. Kogan, Schroeder, Heeren, Ruh, Hartmann-K., Kriz, Revenstorf |

B) Vertiefte Ausbildung (2. Hälfte)

- | | |
|--|--|
| 15) Theorie und Praxis der Diagnostik, insb. Anamnese, Indikationsstellung u. Prognose Fallkonzeptualisierung, Behandlungsplanung, dialogische Zielerreichungsanalyse, prozessuale Diagnostik | Porsch, Janssen, Votsmeier-Röhr, Hartmann-K., Schubert, Butollo, Becker, Beaumont, Pauls, Ludw.-Körner, Möller, Gegenfurtner, Feuerstein, Glanzer, Rasmus.... |
| 16) Rahmenbedingungen der Psychotherapie, Behandlungssetting, Einleitung und Beendigung der Behandlung, Settingvarianten | Porsch, Budde, Wassmann, Erbe, Kogan W., Hartmann-K., Uhl, Eck, Möller, Galuska... |
| 17) Behandlungskonzepte und Techniken sowie deren Anwendung, auch Traumarbeit, humanist. Körperarbeit, Bioenergetik, dialogische Beziehungsarbeit, Konfliktlösungsarbeit mit Projektionsstühlen, Musiktherapie Gestaltarbeit mit div. kreativen Medien | Janssen, Gegenfurtner, Boltz, Kerner, Uhl, Förster-Uhl, Gehle, Schubert, Zimmermann, Lellek, Porsch, W.Kogan, Koemeda, W.-Klößner, Afflerbach, Grodd, Pewesin, Heeren, Klößner, D., Schroeder, Büntig, Appel-Opper.. |
| 18) Krisenintervention der Gestalttherapie sowie die davon abgeleitete Traumatherapie | Kerner, Budde, Gehle, Janssen, Förster-Uhl, Grodd, Hartmann-K. |
| 19) Behandlungstechniken bei Kurz- und Langzeittherapie, auch Situationsübersicht | Porsch, Schuber, Janssen, Hanke, Hartmann-Kottek, Möller, Eck |
| 20) Therapiemotivation des Patienten, Entscheidungsprozesse des Therapeuten, spez. Therapeuten-Patienten-Beziehung d. Gestaltth. | Janssen, Hartmann-K., Walch, Votsmeier-Röhr, Gegenfurtner, Afflerbach, Schubert, Glanzer... |
| 21) Einführung in Behandlungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Menschen der 2.ten Lebenshälfte | Pauls, Pewesin, Zimmermann, Budde, Erbe, Dauber, W.Kogan, Bubolz-L., Lang, Fischer, Walch.. |

22) Behandlungsverfahren bei Paaren, Familien und Gruppen, - für Organisationsstrukturen, für soziale Gerontologie
 Chu, Cöllen, D. Klöckner, Belardi, W.-Klöckner, W.Kogan, Fengler, Bubolz-L., Nellessen, Groskurth...

VII Curriculum

Ausbildungscurriculum zum Psychologischen Psychotherapeuten
 - **staatlich anerkannt** -
 - **und Weiterbildungs-Curriculum für Ärzte**
 für **Gestalttherapie**,
als einem Humanistischen Psychotherapieverfahren,
3-jährige Form

1. Hälfte

1) Praktische Tätigkeit (für Psychologen)	1800 Stdn.
Psychiatrisches und Psychotherapeutisches Praktikum in Teilzeit (Mo-Do) jeweils mit Abschlußbescheinigungen	
2) Theoretische Ausbildung	
a) 16 Samstage (1 x monatl.) à 6 DStdn.	192 Stdn.
b) 2 Blockwochen-Seminare, je 6 Tage à 6 DStdn.	144 Stdn.
Theoretische Zwischenprüfung am Ende der 2. Blockwoche	
3) Selbsterfahrung	
a) Ausbildungsgruppe: Ein erstes Wochenende wird als Auswahlverfahren gestaltet, danach geschlossenes Gruppenkonzept: 17 Wochenenden à 18 Stunden (9 DStdn.: Fr, 14 Uhr – 21.30 Uhr/ Sa, 09.00- 19.30 Uhr)	
	306 Stdn.
inkl. persönliches Abschluß- Screening zur Eignung, zu eventuellen Therapieauflagen oder zur Arbeits-Schwerpunktsverlagerungen sowie zur endgültigen Zulassung	
b) Einzel- Selbsterfahrung: mtl. 1 Doppelstunde, 16 x 2=	32 Stdn.
c) Patientenorientierte Selbsterfahrung. Minimum	40 Stdn.
Während der klinischen Praktikumszeit ist es erwünscht, an der Balint-Gruppe der Institution teilzunehmen (anrechenbar bis 100 Stunden)	
	2.514 Stdn.

Weiterbildungscurriculum für Ärzte / 1. Hälfte

Theoretische Ausbildung – siehe oben -	192 Stdn.
	144 Stdn.
Selbsterfahrung	
a) Geschlossene Ausbildungsgruppe- siehe oben-	306 Stdn.
b) Einzel-Selbsterfahrung – siehe oben-	32 Stdn.
c) Balintgruppe (wenigstens)	40 Stdn.
	<u>714 Stdn.</u>

2. Hälfte

1) Praktische Ausbildung /Lehr- Behandlungsfälle unter Supervision	
Behandlungsfälle (unterschiedlicher Dauer)	600 Stdn.
Supervision	150 Stdn.
(davon 50 als Einzelsupervision, sonst auch in Kleingruppe)	
2) Theoretische Ausbildung (Vertiefung und Spezialisierung)	
a) 11 Samstage à 6 DStdn, 1 x mtl.	132 Stdn.
b) 2 Blockwochen-Seminare, je 6 Tage à 6 DStdn.	144 Stdn.
(am Ende des zweiten Blocks institutsinterne Vorprüfung)	
c) Literatur-Seminar in regionalen Kleingruppen in Eigenarbeit und mit Referaten/ Diskussionen nach Literatur-Empfehlungen 15 monatliche Treffen à 3 Stdn. mit mind. 4 Stdn. Vorbereitung 105 Stdn. später auch als Lerngruppe zur Vorbereitung des Staatsexamens	
3) Selbsterfahrung	
Einzelselbsterfahrung, 16 Mon. wchtl. 1 Stde od. mtl. 2x2 Stdn.	64 Stdn.

Summe 2. Hälfte für Psychologen und Ärzte **1195 Stdn.**

Als ergänzende Wahlveranstaltungen für Psychologen (in der 1. oder 2.Hälfte) kommen zu den bisherigen, strukturierten 3709 Stunden hinzu:
anrechenbare praktische Tätigkeiten, Balintgruppe oder
anrechenbare theoretische Veranstaltungen/ Symposien etc ca. 500 Stdn.

Ausbildungs-Curriculum der **Psychologen (laut PTG-Forderung)** **4200 Stdn**

Weiterbildungs-Curriculum GESTALTHERAPIE der **Ärzte**
vor dem Hintergrund ihrer mind. **5-j. Facharzt-Zeit** **1909 Stdn**

VIII Ausbildungsvertrag

**Ausbildungsvertrag
für Psychologische Psychotherapeuten
für Gestalttherapie
als ein Humanistisches Psychotherapie-Verfahren**

Zwischen dem Ausbildungs-Institut der DDGAP
(Deutscher Dachverband GESTALT THERAPIE für approbierte Psychotherapeuten)
mit Sitz in Kassel
und

.....
(Anrede/ Titel/ Vorname/ Name/

.....
(Adresse: Postleitzahl/ Ort/ Straße/ Nummer)

werden auf der Grundlage des §5 des Psychotherapeutengesetzes PsychThG
sowie der Ausbildungs- und Prüfungsordnung (PsychTh-APrV) folgende
Vereinbarungen getroffen:

§1 Gegenstand

- (1) Das Institut verpflichtet sich, dem Kandidaten/der Kandidatin eine theoretische und praktische Ausbildung in Gestalttherapie, als einem der prägnantesten Humanistischen Verfahren, anzubieten, welche die fachlichen und inhaltlichen Voraussetzungen für eine eigenverantwortliche, psychotherapeutische Tätigkeit schafft. Ziel ist die Befähigung zur selbständigen Durchführung von Heilbehandlungen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie von psychischen Folgeerscheinungen körperlicher Erkrankungen. – In seltenen Fällen kann die Zulassung zur 2.ten Hälfte der Ausbildung aus Gründen der Eignung unterbleiben (s. Abs. 4).
- (2) Form und Inhalte der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten werden durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG), der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PsychTh-APrV) und der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen in der jeweils gelten-den Fassung geregelt. Das Institut und der/die Kandidat(in) verpflichten sich wechselseitig zur Einhaltung dieser gesetzlichen Richtlinien und Durchführungsbestimmungen. Ferner gelten institutsintern: eine Ausbildungsordnung, das Curriculum des Lehrinstituts, die Lehrpläne und Vorgaben durch den Ausbildungsausschuß und der Institutsleitung zu deren gewissenhafter Einhaltung sich der/die Kandidat(in) mit Unterzeichnung des Vertrags verpflichtet. Alle genannten Gesetze und Regelungen können in den Räumen des Instituts eingesehen werden.
- (3) Die Ausbildung ist vom Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheits-wesen (HLPUG) staatlich anerkannt. Das Institut verpflichtet sich, die Ausbildungskriterien, die für die Anerkennung zugrunde gelegt wurden, beizubehalten. Das Ausbildungsinstitut trägt dafür Sorge, dass alle Änderungen der Aufsichtsbehörden für die Inhalte und Rahmen-bedingungen der Ausbildung im Interesse der Kandidaten umgesetzt und hinreichende Voraussetzungen als Grundlage für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluß angeboten werden.
- (4) Das Institut vermittelt eine dreijährige (Vollzeit-) Ausbildung in Humanistischen Psycho-therapie-Verfahren, schwerpunktmäßig in Gestalttherapie. Der dreijährige Zeitraum ist eine Mindestvorgabe, er kann in Rücksprache mit dem Ausbildungsausschuß überschritten werden. Das Unterrichts-Setting wird wochenendzentriert gestaltet, so daß praktische Tätigkeiten der Ausbildung, wie auch bedarfsweise Nebentätigkeiten zum Gelderwerb parallel vereinbar sind.

Die Ausbildung gliedert sich in

- a) einen praktischen Teil mit Tätigkeiten im psychiatrischen (1200 Stunden) und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich (600 Stunden), der in kooperierenden Kliniken, Fachabteilungen und Praxen abgeleistet wird,
- b) die Theoretische Ausbildung in den Humanistischen Psychotherapie-Verfahren, speziell in der Gestalttherapie, von 600 Unterrichtsstunden, die über 3 Jahre verteilt werden, ergänzt durch ein Literaturstudium in Kleingruppenarbeit (100 Stunden),
- c) die Selbsterfahrung in unterschiedlichen Settings (vor allem einzeln, und in einer geschlossenen Ausbildungs-Gruppe, aber auch körper- und bewegungstherapeutisch, patienten-dyadisch (nach Balint), szenisch-biographisch, im Ausdrucksspiegel kreativer Medien, paar- und familienorientiert, sowie im Feld von Großgruppen),
- d) in einen Behandlungsteil mit supervidierten Lehrfällen (mindestens 600 Behandlungsstunden bei mindestens 6 Patienten – mit mindestens 150 Supervisionsstunden, von denen mind. 50 im Einzelsetting absolviert werden sollen, für die anderen 100 kann Kleingruppen-Supervision genutzt werden.

Ergänzung zu c) Da in der Psychotherapie der/die Therapeut/in das Instrument selbst ist, vor allem in einer, die sich in erster Linie als beziehungsorientiert versteht, kommt der Selbsterfahrung besondere Bedeutung zu. Sie ist der Schwerpunkt der ersten Ausbildungshälfte. Am Ende der geschlossenen Ausbildungsgruppe wird – auch im Konsens mit der Gruppe - über persönliche Eignung, über eine mögliche, fokussierte Therapie-Auflage und über die Zulassung zur zweiten Ausbildungshälfte, in der die Behandlungen im Mittelpunkt stehen, - ergänzt durch eine theoretische Zwischenprüfung, - im Ausbildungsausschuß reflektiert.

In Einzelfällen kann (aus Gründen der Verantwortung gegenüber den zukünftigen Patienten) die Übernahme in die zweite Ausbildungshälfte unterbleiben und das weitere Ausbildungsverhältnis vonseiten des Instituts gekündigt werden. Dann stehen dem/der Kandidaten/in Betreuer des Instituts zur Seite, um mit zu helfen, nach einem anderen, beruflichen Weg zu suchen.

Zu a) Praktische Tätigkeit. Das Ausbildungsinstitut verpflichtet sich, ausreichend Plätze und Angebote für alle Bausteine der Ausbildung entsprechend der PsychTh-APrV über die Kooperation mit geeigneten Institutionen zur Verfügung zu stellen.

Aber das Ausbildungsinstitut garantiert nicht für die Annahme zur praktischen Tätigkeit bei seinen Kooperationspartnern, da sich diese das Recht zu Auswahlgesprächen mit zukünftigen Mitarbeitern, gleich welcher Art, vorbehalten. Daher sind Haftungsansprüche bei Ablehnung gegenüber dem Ausbildungsinstitut ausgeschlossen.

Der/die Kandidat/in kann jedoch die praktische Tätigkeit auch in einer anderen, selbst gewählten Einrichtung für Psychiatrie und/oder Psychotherapie/Psychosomatik absolvieren, muß dann jedoch zuvor sicherstellen, dass diese von der Landesoberbehörde anerkannt und genehmigt sind, damit eine Anrechnung auf die Therapieausbildung erfolgen kann. Diese Einrichtung kann, falls sie daran interessiert ist, Kontakt mit dem Ausbildungsinstitut aufnehmen, um ein ständiger Kooperationspartner zu werden.

Zu d) Praktische Ausbildung. Die Supervisionen laufen in der Letztverantwortung des Ausbildungsinstitutes, das den Supervisoren einen Leitfaden zur Verfügung stellt.

Externe Supervisoren werden grundsätzlich anerkannt, wenn sie den Anforderungen des Landesprüfungsamtes genügen. Mindestens zwei der Supervisoren sollten dem Institut angehören. Die Fälle sollten auf mindestens 3 Supervisoren verteilt werden. Die praktische Ausbildung hängt einesteiils von der genügenden Anzahl an Patienten ab, die sich bei den kooperierenden Praxen und Kollegen melden und anderenteils von der Qualität der Arbeit des/der einzelnen Ausbildungskandidaten/in, wofür das Institut nicht garantieren kann.

Der/die Kandidat/in kann erst dann zur Prüfung zugelassen werden, wenn er/sie alle Bestandteile der Ausbildung erfolgreich absolviert hat. Nach Bestehen der Prüfung, die aus einem schriftlich und einem mündlichen Teil besteht, kann der/die Kandidat/in beim Landesprüfungsamt die Approbation beantragen.

Die Erteilung der Behandlungserlaubnis kann zum Wohl des Patienten auch trotz bestandener Prüfung verweigert werden, wenn zu diesem oder einem früheren Zeitpunkt erkennbar sein sollte, dass der Kandidat das Ausbildungsziel voraussichtlich nicht erreichen wird, bzw. für die Ausübung eines psychotherapeutischen Berufs nicht geeignet – und eine eigenständige Behandlung von Patienten, auch unter Supervision, unverantwortbar erscheint. In diesem Fall gilt §7. Das Psychotherapeutengesetz, Art. 1, § 2, Abs. 1, benennt Hinderungs-gründe, die einer Erteilung entgegenstehen könnten.

§ 2 Vertragsabschluß/ Vertragslaufzeit/ Probezeit

- 1) Der Ausbildungsvertrag kommt durch Unterzeichnung dieses Vertrags durch den Teilnehmer und dem Institut zustande.
- 2) Der Ausbildungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Ausbildungseinheiten verfallen bei Unterbrechung nicht; die Ausbildung muß nicht in der Minimalzeit abgeschlossen werden.
- 3) Der Ausbildungsvertrag gilt zunächst für eine Probezeit von 6 Monaten. Während dieser Zeit ist eine sofortige Kündigung, auch ohne Angaben von Gründen, von beiden Seiten her mög-lich; danach gelten die Kündigungsfristen von §8.- Das Vertragsverhältnis endet automatisch, wenn die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen wurde oder endgültig gescheitert ist.

§ 3 Prüfungen und Abschlüsse

- (1) Die Ausbildung ist vom Land Hessen staatlich anerkannt. Die erfolgreiche Absolvierung der angebotenen Ausbildung ermöglicht Psychologen mit Diplom- oder Master-Abschluß und dem Studienfach „Klinische Psychologie“ die Beantragung der Zulassung zur Staatsprüfung für den Psychologischen Psychotherapeuten.
- (2) Vor Beginn der praktischen Ausbildung ist eine kostenpflichtige Zwischenprüfung erforderlich. Bei erfolgreichem Bestehen und wenn keine Einwände bzgl. der persönlichen Eignung aufgekommen sind, erteilt das Institut dem/der Kandidaten/in die Behandlungs-erlaubnis unter Supervision.
- (3) Nach Beendigung der Ausbildung bescheinigt das Institut die Art und den Umfang der absolvierten Ausbildungsleistungen. Die Prüfungsanmeldung durch das Institut wird erteilt, wenn die Teilnahme an den Pflichtveranstaltungen vollständig erfolgte und der/die Kandidat/in sich zur Ausübung des angestrebten Berufes nach den Kriterien der Psychotherapeutenkammer Hessen eignet und nicht wegen eines Verstoßes gegen diese Bestimmungen oder wegen einer anderen Schwäche oder Sucht ungeeignet erscheint. Eine Verweigerung der Prüfungsanmeldung muß vom Ausbildungsausschuß mehrheitlich befürwortet werden.
- (4) Die Ausbildung wird mit der Staatsprüfung über die Inhalte der gesamten Ausbildung vor dem Landesprüfungsamt abgeschlossen.
- (5) Die Durchführung der Prüfungen wird durch die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (PsychTh-AprV) geregelt.
- (6) Eine Garantie für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluß kann nicht abgegeben werden, weil er maßgeblich von den Leistungen des/der Kandidaten/in beeinflusst wird, für die das Institut keine Verantwortung übernehmen kann.
- (7) Nach Bestehen der staatlichen Prüfung kann der Teilnehmer beim Landesprüfungsamt die Approbation beantragen. Das Psychotherapeutengesetz, Art. 1, § 2, Abs.1, benennt Hinderungsgründe, die einer Erteilung entgegenstehen können.

§ 4 Kosten

- 1) Das Ausbildungsinstitut verpflichtet sich, über vergleichsweise preisgünstige Abschlüsse mit ihren dennoch hochqualifizierten Lehrpersonen, - über einen wirtschaftlichen Umgang mit den Rahmenkosten (Verwaltung, Kommunikations-, Sekretariats- und Unterrichts-Material sowie Raumkosten etc, die finanziellen Belastungen der Kandidaten/innen vergleichsweise niedrig zu halten.
Das Institut ist als Verein durch das Finanzamt als **gemeinnützig** anerkannt. Es hat keine Gewinn-erzielungsabsicht. Durch die Gebühren werden daher ausschließlich die eigenen Kosten gedeckt.
- 2) Für die theoretische Ausbildung wird über drei Jahre eine Ausbildungsgebühr von **monatlich € 210,-** fällig, (danach bis zum Abschluß nur noch € 50,-), die über eine Einzugsermächtigung an das Instituts-Konto xy geht. Die Zahlungspflicht setzt mit dem Beginn des ersten Ausbildungshalbjahres am ein und endet mit dem Zeitpunkt der Abschlussprüfung oder der Kündigung. In diesem Betrag ist das Entgelt für **600 Theoriestunden** enthalten, ferner für die beiden Aufnahmeinterviews (je 75,-) und die Aufnahmeformalitäten (75,-). Hinzu kommen die Kosten für die Einzel- (75,-/50Min.) und Gruppen-Selbsterfahrung (30,-/50), die Einzel- und Gruppen-Supervision, für Sonderseminare, die Zwischenprüfung (120), die Abschlussformalitäten (75,-) und die Staatsprüfungskosten. - Selbsterfahrung, Supervision und Balint-Arbeit werden direkt mit den Dozenten abgerechnet, der Rest über das Instituts-sekretariat und dessen Konto. (Die angegebenen Beträge entsprechen dem Stand von 2010, sie werden in Abständen überprüft und gegebenenfalls angepaßt.)
Nicht enthalten in obigem monatlichen Betrag ist ferner die **Berufshaftpflicht**-Versicherung, die privat abzuschließen und die als Kopie im Sekretariat zu hinterlegen ist. Es werden vom Institut auch keine Pflichten oder Beitragsleistungen in die Sozialversicherung übernommen. Der/die Kandidat/in befindet sich im Status eines **Post-Graduierten-Studiums**, auch während der Praktischen Tätigkeit und der Praktischen Ausbildung. – Die gesetzliche Verpflichtung von Klinikambulanzen hinsichtlich der an den Kandidaten zu bezahlenden Vergütung (§5), ggf. Sozialabgaben oder Steuern abzuführen, bleibt davon unberührt.
- 3) Außerhalb abgeleistete Teilabschnitte, können zwar auf Antrag an den Ausbildungsausschuß angerechnet werden, soweit sie bestimmungsgerecht sind, deren Erbringer werden aber nicht vom Institut honoriert. Diese Auslagen wären vom Kandidaten selbst zu übernehmen. Auch ein höherer Selbsterfahrungs- und Supervisionsbedarf als im Curriculum vorgesehen, wird vom/von der Kandidaten/in selbst finanziert.
- 4) Einzelstunden können 24 Stunden zuvor abgesagt, bzw. verlegt werden, sie werden andernfalls dem/der Kandidaten/in in Rechnung gestellt. Gruppenstunden können in geringem Umfang wahlweise in geeigneten, institutsinternen Sonderveranstaltungen kostengünstig nachgeholt werden. Es besteht nach Absprache auch eine Möglichkeit von Nachholmöglichkeiten durch den Besuch geeigneter, externer Angebote.

Nicht-Teilnahme an Lehrveranstaltungen, die zum Curriculum gehören und die der/die Kandidat/in verursacht, entbindet nicht von der Zahlung der Gebühren. –

Beurlaubungen von der gesamten Ausbildung sind auf Antrag möglich. Bei Beurlaubungen werden Außenstände fällig oder durch Sondervereinbarungen terminiert.

- 5) Das Institut und sein Dozentennetz sehen Stundungsmöglichkeiten vor, um den Einstieg zu erleichtern, sodaß der Kostenüberschuß der ersten Hälfte mit den Einnahmen aus den Behandlungen der zweiten Hälfte großenteils ausgeglichen werden kann. Bis zum Ausbildungs- Abschluß – oder im Fall von Kündigung (s. §8) - ist das Konto mit dem Institut und den Dozenten jedoch auszugleichen. Sonderabsprachen sind möglich.
Die Benutzung des dem Kandidaten während des Unterrichts zur Verfügung gestellte technische Ausstattung, das Unterrichtsmaterial sowie die Benutzung der Präsenz-Bibliothek sind kostenfrei.

§ 5 Einnahmen

- 1) Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Lehrtherapien von Staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten, die eine berufs- und sozialrechtlich anerkanntes Verfahren vermitteln, vonseiten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden. Das Institut richtet nach Abschluß der genannten Formalien eine Institutsambulanz ein. Diese schließt mit dem/der Ausbildungs-Kandidaten/in einen separaten Vertrag über die Modalitäten der Honorierung, der Vertragsdauer und Kündigung sowie über die Einbeziehung in die gesetzliche Schweigepflicht und den Datenschutz.
Bei Weitergabe von zwei Dritteln der gesetzlichen Stundensätze kann der/die Kandidat/in bei 600 geleisteten Lehrfall-Behandlungsstunden im Durchschnitt von über € 35.000,- Einnahmen ausgehen. Davon sind allerdings die Supervisionsstunden zu finanzieren.
- 2) Manche der kooperierenden Kliniken und Institutionen sehen während der Praktischen Tätigkeit ein Taschengeld oder ein halbes Assistentengehalt vor, andere (noch) nicht. Der Gesetzgeber hat leider keine Entlohnung für diese Zeit angesetzt. Uns ist natürlich daran gelegen, dass die Kandidaten zumindest eine geringfügige Bezahlung bekommen.

§ 6 Schweigepflicht und Datenschutz

- 1) Mit der Vertragsunterzeichnung anerkennt der/die Kandidat/in – auch über die Beendigung der Ausbildungszeit hinaus alle hier geltenden Rechtsnormen und Vorschriften, speziell den § 11 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen über die Verschwiegenheit bezüglich alle persönlichen oder patientenbezogenen Informationen und Daten oder Vorgänge, die er in Lehrveranstaltungen, Falldokumentationen, kasuistisch-technischen Seminaren, Videodemonstrationen oder sonstigen Veranstaltungen sowie im Rahmen seiner Selbsterfahrung und praktischen Ausbildung in Behandlung, Supervision und Intervention erfährt, auch wenn diese sich nicht direkt auf Patienten beziehen.

- 2) Der Teilnehmer stellt zudem sicher, dass Daten und Aufzeichnungen über Patienten gemäß § 10 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen vor dem Zugriff Dritter geschützt sind.
- 3) Der Teilnehmer ist damit einverstanden, dass Supervisoren und Dozenten über die Beendigung der Ausbildung des Teilnehmers informiert werden.
- 4) Das Institut speichert und archiviert elektronisch personenbezogene und sonstige ausbildungsrelevante Daten der Kandidaten, soweit dies für die Zwecke der Ausbildung und Vertragsdurchführung erforderlich ist. Das Institut verpflichtet sich, entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zur Vertraulichkeit und Geheimhaltung dieser Daten.

§ 7 Kündigung

- 1) Die erste Ausbildungshälfte beginnt am XX.. und endet nach 18 Monaten. Die zweite Hälfte der Ausbildung folgt unmittelbar darauf, wenn der Fortführung der Ausbildung vonseiten der Zwischenprüfung keine Hinderungsgründe entgegenstehen, und endet nach 36 Monaten.
- 2) Die Kündigung der Ausbildung ist halbjährlich mit einer Frist von 2 Monaten möglich. Dem/der Kandidaten/in ist bei Kündigung der aktuelle Ausbildungsstand zu bescheinigen.
- 3) Eine einvernehmliche Vertragsbeendigung außerhalb der in Abs. 2 genannten Fristen seitens des Kandidaten kann nach Anhörung in Erwägung gezogen werden. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.
- 4) Das gesetzliche Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund und zur fristlosen Kündigung gemäß § 627 BGB bleibt unberührt. Das Institut hat darüber hinaus in den Ausnahmefällen des §1 das Recht, das Ausbildungsverhältnis einseitig zu beenden.
- 5) Kommt der/die Kandidat/in mit mehr als drei Raten in Verzug, so kann der Ausbildungsausschuß nach erfolgloser, schriftlicher Mahnung und einer letzten, schriftlichen Aufforderung das Ruhen der Ausbildung oder den außerordentlichen Ausschluß des Kandidaten beschließen.
Finanzielle Engpässe kandidatenseits brauchen nicht zur Kündigung führen; es können im gegenseitigen Einvernehmen über den Modus der späteren Nachzahlung (mit banküblichen Zinsen) die Raten für einen zu vereinbarenden Zeitraum ausgesetzt werden. Eine solche Sonderabsprache bedarf der Schriftform.
- 6) Vor einer beabsichtigten Kündigung ist der Kandidat zu hören und es sind gemeinsame Wege zu suchen, die Kündigung abzuwenden. Bei Nichtgelingen muß die Kündigung des Kandidaten im Ausbildungsausschuß mehrheitlich befürwortet werden. Sie hat schriftlich und unter Angabe von Gründen zu erfolgen.
- 7) Unterbrechungen der Ausbildung aus gesundheitlichen oder schwerwiegenden, persönlichen Gründen bedürfen ebenfalls der gegenseitigen Absprache mit der Ausbildungsleitung sowie der Schriftform.
- 8) Falls ein Ausbildungsjahrgang aufgrund mangelnder Nachfrage innerhalb eines Semesters nach dem geplanten Beginn nicht zu Stande

kommt, hat der/die Teilnehmer/in ein Sonderkündigungsrecht für eine fristlose Kündigung. Gezahlte Ausbildungsgebühren werden zinslos erstattet.

- 9) Sollte aus institutsinternen Gründen eine Auflösung des Vereins beschlossen werden, so hat das Institut dafür Sorge zu tragen, sie Ausbildungskandidaten an eine andere, verfahrensanaloge, therapeutische Ausbildungseinrichtung zu vermitteln. Diese muß einen gleichwertigen Abschluß in Theorie und Praxis anbieten können. Ein bestehendes Guthaben der Institutsambulanz ist auszubezahlen. Der aktuelle Ausbildungszustand ist zu bescheinigen.

§ 8 Ende der Ausbildung

- 1) Der Ausbildungsvertrag endet mit dem Abschluß des Staatsexamens. Ist das Ausbildungsziel nach drei Jahren noch nicht erreicht, z.B. weil noch Teilabschnitte nachzuholen sind oder die Behandlungsfälle noch etwas Zeit brauchen, verlängert sich der Vertrag stillschweigend bis zur Vervollständigung der Ausbildung.
- 2) Zur Beurteilung des Antrages sind von der Leitung der Ausbildung das ordnungsgemäße Studium des Teilnehmers und dessen ausbildungsbezogener Leistungsstand angemessen zu würdigen.

§9 Haftung für Schäden

- 1) Das Institut haftet seinem Vertragspartner, gleichgültig aus welchem Rechtsgrund, für die von ihm, bzw. seinen Mitarbeitern vorsätzlich oder grob fahrlässig verursachten Schäden sowie für Schäden aus der leicht fahrlässigen Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit.
- 2) Eine Haftung für leichte Fahrlässigkeit besteht im Übrigen nur bei der Verletzung wesentlicher Vertragspflichten, d. h. Pflichten, die sich aus der Natur des Vertrages ergeben und bei deren Verletzung die Erreichung des Vertragszwecks gefährdet ist. In diesem Fall wird jedoch die Haftung für vertragsuntypische Schäden ausgeschlossen.
- 3) Soweit die Schadensersatzhaftung des Instituts ausgeschlossen oder eingeschränkt ist, gilt dies auch im Hinblick auf die persönliche Schadensersatzhaftung seiner Angestellten, Arbeitnehmer, Mitarbeiter, Vertreter und Erfüllungsgehilfen.

§ 10 Nebenabreden

Es gilt in jedem Fall die Ausbildungsordnung. Nebenabreden bedürfen der Schriftform und der Zustimmung der Ausbildungsleitung.

§ 11 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Teile dieses Vertrages unwirksam sein, so berührt das nicht die Wirksamkeit der anderen Teile dieses Vertrages.

Individuelle Vereinbarungen

....., den.....

.....
(Ort/ Datum)

.....
(Unterschrift des/der Kandidaten/in)

Persönliche Erklärung

Ich habe die obengenannten Bestimmungen und gesetzlichen Grundlagen, insbesondere die Ausbildungs- und Prüfungsordnung, zur Kenntnis genommen. Ich verpflichte mich zu deren Einhaltung. Eine Kopie dieser Bestimmungen habe ich erhalten. Änderungen dieses Vertrages bedürfen eines beiderseitigen, schriftlich zu dokumentierenden Einverständnisses.

....., den

(Ort)

.....
(Unterschrift der/des Kandidatin/en)

....., den

(Ort)

.....
(Ausbildungs-Leitung)

IX Kooperierende klinische Lernfelder und Patientengut:

In den genannten Praxen und den kooperierenden klinischen Abteilungen, die für die praktische Tätigkeit und praktische Ausbildung zur Verfügung stehen, werden Patienten, die an psychischen Störungen leiden, in genügend großer Anzahl ambulant und stationär behandelt.

Für den Kinder- und Jugendlichen-Bereich werden parallel zur Abgabe der noch laufenden Studien auch noch weitere Kooperationsverträge nachgereicht.

Korrespondierende klinische Einrichtungen für die Praktische Tätigkeit von 1800 Stunden

für das **Psychiatrische Praktikum** (für Erwachsene) von **1200 Stdn.**
und das **Psychotherapeutische Praktikum** (für Erwachsene) von **600 Stdn.**

1) Bad Wildungen und Bad Zwesten; Wicker-Klinik-Gruppe,

Hauptgeschäftsstelle Bad Wildungen, mit all ihren psychotherapeutisch und psychiatrisch arbeitenden Abteilungen, Hardtwaldklinik I, Hardtwaldklinik II, Klinik am Homberg, Wicker-Klinik Bad Wildungen: für Psychiatrie **2 Plätze**
und für Psychotherapie/Psychosomatik **fünfzehn Plätze;**

2) Bad Kissingen: Psychiatrische Abteilung der Fachkliniken **Heiligenfeld** Bad Kissingen, Heiligenfeld GmbH, Ärztl. Dir. Dr. Joachim **Galuska**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, FA f. Psychosomatische Medizin;
für Psychiatrie **zwei Plätze,**

für Psychotherapie/ Psychosomatik **vier** Plätze;

3) **Burgebrach** (bei Bamberg): Klinik am Eichelberg, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Chefärztin: Dr. med. Andrea **Schöppner**, Fachärztin für Innere Medizin, Psychotherapie; für Psychosomatik und Psychotherapie **vier** Plätze;

4) **Hadamar**: Vitos-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar, Ärztl. Dir. Dr. med. Matthias **Bender**, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie u. Psychotherapie, - für Psychiatrie und Psychotherapie je **zehn** Plätze;

5) **Herborn**: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Vitos Herborn GmbH, Austr. 40, 35745 Herborn, , - Ärztl. Dir. Dr. Joachim **Becker**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatische Medizin: Psychiatrie und Psychotherapie je **fünfzehn** Plätze;

6) **Rinteln**: Burghof-Klinik, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Rinteln, Leitende Ärzte: Dr. med. Axel **Weibezahl** und Frau Dr. med. D. Rudolph- **Weibezahl**, Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychosomatik je **fünf** Plätze;

7) **Simbach a. I.**: Psychosomatische (Akut-)Abteilung des Kreiskrankenhauses Simbach am Inn, Chefarzt: Dr. med. Jürgen **Gosda**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatik/Psychotherapie **acht** Plätze;

Summe:

34 Psychiatrie-Plätze und
61 Plätze in der Psychotherapie/ Psychosomatik

Für das Psychiatrische Praktikum
im Bereich **Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie** von **1200** Stunden
und für das Praktikum im Bereich
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie von **600** Stunden
Stehen derzeit zur Verfügung

1) **Bamberg**: Schwerpunktspraxis Kinder- u. Jugendlichen- Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. Karlheinz **Erbe**, FA f. KJPP, FA f. Neurologie u. Psychiatrie und Psychotherapie, Bamberg, je für Psychiatrie und Psychotherapie **drei** Plätze

2) **Coburg**: Praxis für Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie und -Psychotherapie, Inhaber: Nils-Uwe **Manns**, Facharzt für KJPP, Coburg, **drei** Plätze;

3) **Erlangen**: Praxis für Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie und -Psychotherapie, Inhaber: Dr. med. **Albert**, Facharzt für KJPP, Erlangen, je für Psychiatrie und Psychotherapie **zwei** Plätze;

4) **Erlangen**: Praxis für Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie und- Psychotherapie, Inhaber: Dr. med. **Wilkes**, Facharzt für KJPP, Erlangen,

je für Psychiatrie und Psychotherapie

zwei Plätze;

5) **Waldmünchen:** Heiligenfeld- Klinik Waldmünchen
Kinder- und Jugendlichen- Psychosomatik

vier Plätze.

Summe: 10 Plätze für sowohl Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie – wie auch
Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie, **+ 4** Plätze Psychosomatik

Technische Ausstattung: An den Standorten der Theorievermittlung, das heißt in Kassel und Frankfurt, ist die erforderliche Unterrichtstechnik vorhanden (Flip-Chart, Tageslichtprojektor, Beamer, PowerBook, Fernseh- und Abspielgerät, Projektionsleinwand etc). – Ferner ist an beiden Standorten, in Frankfurt und Kassel, für eine Präsenz-Bibliothek aus Fachbüchern und Fachzeitschriften gesorgt, sowie eine Videothek aus Lehrmaterial.

In Kassel kommt über den Lehrstuhl für Psychotherapieforschung die Benutzung der universitären Einrichtungen hinzu.

X Kooperationsverträge (Anhang I)

XI Forschung/ Wirkstudiensammlung (Anhang II)

XII Zeugnisse/ Qualitätsnachweise des pot. Lehrkörpers (Anhang III)