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, 15. 10. 2010

Antrag
für ein Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapeuten
für GESTALTTHERAPIE - als ein Humanistische Verfahren -
nach PsychTh-APrV

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

I Potentieller **Lehrkörper** als Antragsteller
a) Psychologische und ärztliche Kollegen und Kolleginnen aus Hessen mit Approbation - als verantwortlicher Innenkreis; - verstärkt durch
b) den erweiterten Lehrkörper aus Kollegen/innen mit Approbation aus anderen Ländern sowie aus Kollegen/innen mit gestaltorientierten Spezialkompetenzen
c) Kollegenkreis des Humanistisch- Gestalttherapeutischen „Wissenschaftlichen Beirats DDGAP“

II **Ausstattung**
a) Personelle Ausstattung (quantitativ nach Grundstudien)
b) Kooperierende Kliniken und Institutionen für Praktikumsplätze
ba) für Erwachsene (im Fach Psychiatrie und Psychotherapie)
bb) für Kinder- und Jugendliche
c) Technische Ausstattung
d) Ausbildungsvertrag
e) e1) Lehrplan-Übersicht nach Stundenkontingenten
e2) Lehrplan-Übersicht nach Lehrinhalten
e3) Lehrplan-Zeitstruktur 1. und 2. Hälfte
f) Muster-Kooperationsvertrag mit Klinken und Praxen
g) Ethik-Richtlinien der EAGT /European Association for Gestalt Therapy

III **Fragen und Antworten des Wissenschaftlichen Beirats**
an ein antragstellendes Psychotherapie-Verfahren
nach dem Methodenpapier Version 2.7,
hier für **Gestalttherapie**

1) Bezeichnung
2) Beschreibung des Psychotherapie-Verfahrens, incl. seiner Methoden, Effekte und Idikationskriterien
3) Anwendungsbereiche
4) Theorie und theoretische Grundannahmen
5) Individuelle Behandlungsplanung und therapeut. Beziehung
6) Unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen
7) Aus-, Weiter- oder Fortbildung

IV **Wirksamkeitsnachweise**

Vorbemerkung: Berufspolitik und Wissenschaft

a) Aktueller Stand der internat. Schulen-Vergleichs-Forschung
b) Prozeßforschung
c) Krankheits- und störungsbezogene Ergebnisforschung
   c1) bei Erwachsenen
   c2) bei Kindern und Jugendlichen

V **Ausblick**: **Humanistische Verfahrensgruppe** als ein Ganzes

VI **Zuordnung** der Ergebnisse der Forschungsgruppe um Prof. L. **Greenberg** zur „**Emotion Focused Therapy“**

VII **Was ist Gestalttherapie?** (ausführlichere Darstellung) Zusammenfassung

a) Was sind Humanistische Psychotherapieverfahren?
b) Was ist Gestalttherapie?

A) Definition
B) Geschichte und geistige Quellen
C) Theorie
   C1) Theoretische Rahmenvorstellungen
   C2) Gestalt und Verwandlung im
      a) Kontakt- und b) Krisenzyklus
   C3) Persönlichkeitsmodell
   C4) Gesundheit und Krankheit
D) Methodik des Verfahrens:
   D1) Die therapeutische Beziehung als Behandlungs-Instrument, ihre Ebenen und “Interventionen innerhalb der Beziehungsdimension”
   D2) “Störungsspezifische Interventionen” der therapeutischen Beziehung mit Rücksicht auf die Entwicklungs- und Integrationshöhe
   D3) Erlebnis- und erfahrungsorientiertes Vorgehen in Achtsamkeit
   D4) Kreative Medien und Kreativitätsförderung
E) Settingfragen
F) Aus- und Weiterbildung
G) Verbreitung / nationale und internationale Organisationen

VIII **Unterschriften/ Antragsteller**

IX **Literatur**

In Extra-Ordnern für das Länder-Ministerium:

Anhang A:

Qualifikationsnachweise des potentiellen Lehrkörpers (Innenkreis)

Anhang B:

Verträge mit den kooperierenden Kliniken und Einrichtungen

Anhang C – auf Wunsch:

Forschungsbelege als Originalstudien

Vorwort

Für Außenstehende mag der Psychotherapie-Bereich als gut geregelt gelten. Zu der 1998 verbandspolitisch (d.h. nur scheinbar wissenschaftlich) getroffenen Entscheidung der Eingrenzung der bisherigen, psychotherapeutischen Verfahrensvielfalt in Deutschland auf drei „Richtlinien- Verfahren", die inzwischen zu zwei Blöcken fusioniert sind (Psychoanalyse/ Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie), ist ein spontaner, gegenläufiger Prozess zu beobachten, der 1) von den an vorderer Linie Praktizierenden, also vom relativ autonomen „Volk der Psychotherapeuten", die in ihrem Alltag auf „wirksames Handwerkszeug" angewiesen sind, getragen wird: sie nutzen und übernehmen methodische Elemente und Haltungen, die aus den offiziell (in Deutschland) ausgegrenzten „Nicht-Richtlinien-Verfahren" stammen, (zB. die Ressourcen-orientierung – oder die empathischere Gestaltung der Therapeut- Patient- Beziehung - oder die Verwendung von Rollenspielen, bzw. von szenischen Inszenierungen von symbolischen, emotional bedeutsamen Sequenzen mit korrigierender Erfahrungs-chance). 2) Es finden sich in den letzten Jahren zunehmend Versatzstücke der ausgegrenzten „Nicht-Richtlinienverfahren" in Modifikation in beiden Blöcken der „Richtlinien-Verfahren", also Plagiate von angeblich neuen Behandlungsweisen, Kopien, die lediglich in einem etwas adaptierten Begriffssystem als eigene Kreation ausgegeben werden.

Es ist vorläufig noch unüblich, das deutsche Urheberrecht auf die Psychotherapieszene anzuwenden, aber es wäre an der Zeit, es jetzt zu tun.

Die Vielfalt der Kopien und ihre Verbreitung kann man andererseits auch als eine indirekte Anerkennung an die (nur in Deutschland) aus der Patientenversorgung ausgegrenzten, humanistischen Verfahren, speziell der Gestalttherapie, sehen. Die Gestalttherapie, deren Wirksamkeit unübertroffen ist, scheint in den letzten 20 Jahren die beliebteste „Beute" für Raubkopien geworden zu sein. Manche benennen mehr oder weniger deutlich das Vorbild oder die Komponenten (Schema- Therapie nach J. Young), EFT, bzw. Emotionsfokussierte Therapie nach Greenberg, manche greifen in einen gemeinsamen Fundus (Achtsamkeits-Therapien), andere verleugnen ganz oder teilweise ihre Quellen und Vorbilder, die sie stimulierten (z.B. Interaktionelle Therapie nach Heigel, strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf, neue „Psychodynamische Konzepte" von Stauss & Fritzsche.

Auch wenn unter dem jetzigen Regelwerk der Richtlinien-Verfahren i. a. genügend Gutes geleistet wird, hätten die Patienten der Allgemeinbevölkerung mehr davon, nämlich wirksamere, zeit- und kostengünstigere sowie nach-haltigere Heilerfolge, wenn sie mit den in sich stimmigeren Originalversionen behandelt

werden könnten, als mit reduzierten Teilaspekten, umbenannten und umakzentuierten Re-Importen aus dem Ausland und oft verwässerten Imitaten.

Diese Aussagen resultieren aus über 30 Jahren supervisorischer Tätigkeit und Beobachtung der Psychotherapieszene sowie aus der Synopsis über den Stand der Forschung. Die Einbeziehung der humanistischen Verfahren, speziell der Gestalttherapie, brächte auch eine gewisse wirtschaftliche Entlastung für das Gesundheitswesen.

I Lehrkörper

Die nachfolgend benannten, approbierten und in der Lehre erfahrenen Kolleginnen und Kollegen beantragen, auch im Namen ihrer Einrichtungen, denen sie vorstehen (Praxen, klinische Abteilungen, Institute, Lehrstuhl), die gemeinsame Anerkennung als Staatliche Ausbildungsstätte für

GESTALTTHERAPIE
als Humanistisches Psychotherapie-Verfahren
1) für die Behandlung Erwachsener und
2) von Kindern und Jugendlichen

nach §6 des Psychotherapeuten-Gesetzes (PsychThG).

Kolleginnen und Kollegen aus Hessen (in alphabetischer Reihenfolge), die bereit sind, im Lehrkollegium mitzuarbeiten, sich an der Gesamtverantwortung zu beteiligen und sich gemeinsam durch die Kammer ermächtigen zu lassen:

a) als Verantwortliche im Innenkreis (deren Qualifikationsnachweise im Anhang A beigefügt sind):

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, approb. 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 Weiterbilungsermächtigung), 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

Klöckner, 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), gestalttheoretischer 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-Klöckner*, 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
Belardi, Prof. Dr. phil., Dipl. Soz., 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, Bioenergetischer 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, Regensburg
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
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 Gruppen-dynamik; 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, Verhaltens-therapeut, 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/Paartherapeut/ 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 Gestalt-therapie, Dozent (psychiatrische Differentialdiagnostik und Behandlungsmetho-dik); 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, Ausbildnerin (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

---

c) **Kollegenkreis des Humanistisch- Gestalttherapeutischen „Wissenschaftlichen Beirats DDGAP eV“**

Prof. Dr. phil. Nando BELARDI, Uni Bozen, - Prof. Dr. phil. Elisabeth BUBOLZ-LUTZ, Uni. Essen, - Prof. Dr. phil. Jörg BÜRMANN, Uni. Mainz, - Prof. Dr. phil. Olaf-Axel BUROW, Uni. Kassel, - Prof. Dr. phil. Willi BUTOLLO, Uni. München, - Prof. Dr. phil. Heinrich DAUBER, Uni. Kassel, - Prof. Dr. phil. Jörg FENGLER, Uni. Köln, - Prof. Dr. phil. Hartmut FRECH, Uni. Berlin, - Prof. Dr. med. Hans-Heinrich GOSSMANN, Siegen, - Prof. Dr. phil. Leslie GREENBERG, York-University, Canada, - MRCPsych. Dr. med. Peter HEINL, London, - Prof. Dr. phil. Claudio HOFMANN, Berlin, - Prof. Dr. phil. Günther HOLZAPFEL, Uni. Bremen, - Prof. Dr. phil. habil. Telse IWERS-STELLJES, Uni. Hamburg, - Prof. Nitza KATZ-BERNSTEIN, Uni. Dortmund, - Prof. Dr. phil. Jürgen KRIZ, Uni. Osnabrück, - Prof. Dr. phil. Renate LUCA, Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. Christiane LUDWIG-KÖRNER, IPA-Uni Berlin,- Uni. Hamburg, - Prof. Dr. phil. Heidi MÖLLER, Uni. Kassel, - Prof. Dr. phil. Lothar NELLESSEN, Uni. Kassel, - Prof. Dr. phil. Hedwig ORTMANN, Uni Bremen, - Prof. Dr. phil. Helmut PAULS, FH Coburg, - Prof. Dr. phil. Dirk REVENSTORF, Uni. Tübingen, - Prof. Dr. med. Wolfgang SCHROEDER, Neuental, - Dr. phil., Dipl. Psych. Uwe STRÜMPFEL, Berlin, - Prof. Dr. phil. Angelika WAGNER, Uni. Hamburg, - Prof. Dr. phil., Dipl. Psych. Edith ZUNDEL, Bonn.

II **a) 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 Fachärztlichen Psychotherapeuten/innen,
7 Psychologischen 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

20 Psychologische Psychotherapeuten, Gestalttherapeuten/innen,
13 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.

b) 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

ba) 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

---

bb) für das Psychiatrische Praktikum
im Bereich **Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie 1200** Stunden
und für das Praktikum im Bereich
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie **600** Stunden

1) **Bamberg:** Schwerpunkts-Praxis 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

Bei Abschluss der noch laufenden Forschungs-Projekte im Kinder- und Jugendlichen-Bereich werden weitere Kooperationsverträge abgeschlossen und nachgereicht, damit die Verträge relativ zeitnahe erfüllt werden können.

c) Technische Ausstattung:

Die Ausbildungsstätte hat zwei Standorte.
1) **Kassel**: am Haupt- Standort der Theorievermittlung, das heißt in der Aus- und Weiterbildungspraxis in Kassel, ist die erforderliche Unterrichtstechnik vorhanden (Flip-Chart, Tageslichtprojektor, Beamer, PowerBook, Fernseh- und Video-Abspielgerät, Projektionsleinwand etc.). – Ferner ist in Kassel, für eine Präsenz-Bibliothek aus Fachbüchern und Fachzeitschriften gesorgt.
Adresse: Dr. Lotte Hartmann-Kottek, Aus- und Weiterbildungsstätte (TP), Eichholzweg 8 a, 34132 Kassel, Tel. 0561-407299, Fax: 0561-407256
In Kassel kommt durch die Anbindung an den Lehrstuhl für Psychotherapie-Forschung (Prof. Dr. H. Möller) die Benutzung der universitären Einrichtungen hinzu.

2) **Frankfurt/M**: Gestalt-Institut Frankfurt/M, Wilhelm-Hauff-Str. 5, 60325 Frankfurt/Main. Tel. 069-740699. Leitung: Herr Dipl. Psych. Detlef und Frau Renate Wilms-Klöckner mit ihrem Team. - Hand-Bibliothek und Unterrichts-ausstattung (wie oben) vorhanden.

III) Fragenkatalog des Methodenpapiers 2.7 des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

1) Die Bezeichnung
des zu überprüfenden Psychotherapie-**Verfahren**s heißt **„Gestalttherapie“ („Gestalt Therapy“).** Es handelt sich ausdrücklich um ein Verfahren.

Komprimierte Definition des Verfahrens
Die Gestalttherapie ist ein Verfahren, das aus einem **wachstumsfördernd**en, mehrdimensionalen, **therapeutischen Beziehung**sverständnis sowie aus seinem **humanistischen Menschenbild** heraus ein **phänomenologisch** geleitetes, **prozess-, erfahrungs-, ressourcen-, erlebnis- sowie ein lösungsorientiert**es **Bewusst-werdung**s-Angebot macht, das hilft, in **Achtsamkeit** die innere und äußere Situation klarer zu **erkennen**, - sowohl um angemessen notwendige Grenzen zu ziehen, - wie auch und vor allem, um gezielt zu Ausgegrenztem über Kontakt, Dialoge und integrierende (Re-)Identifikation Verständnisbrücken herzustellen; - dabei werden die Teilaspekte konfliktlösend und **stimmiger** zu einem **neuen Ganzen** ge**ordnet, Überkommenes** wird **überprüft,** gegebenenfalls **verabschiedet** - und dabei die persönliche **Freiheit** und **Verantwortung** für eine wertbezogene **Wahl**möglichkeit erhöht.

2) **Beschreibung** des Psychotherapieverfahrens, der Methoden, die ihm zugeordnet sind, der zu erzielenden Effekte und ihrer Indikationskriterien.

a) Behandlungsstrategie, b) Methoden, c) Effekte, d) Indikationskriterien.

a) Behandlungsstrategie.

a1) Das **Verfahren Gestalttherapie** arbeitet primär **phänomenologisch**, das heißt, mit geschulter **Achtsamkeit** an den gegenwärtigen Erscheinungen des äußeren und inneren Wahrnehmungsfeldes ausgerichtet, inklusive der aktualisierten Resonanzen alter Spuren, anders ausgedrückt, Gestalttherapie arbeitet primär **prozess-** und **erfahrungs-orientiert**.

Die Gestalttherapie trägt damit der **Vieldimensionalität** unserer Wirklichkeit und der des Menschen Rechnung. Sie löst sich bewusst vom monokausalen Denken. Auch wenn es für den Durchschnittsmenschen aufgrund von naturgegebenen Entwicklungstrends gewisse Wahrscheinlichkeitshäufungen an Herausforderungen und Problembewältigungen geben mag, die auch in der Gestalttherapie Berücksichtigung finden, wenn auch mit sekundärer, also nachgeordneten Priorität, werden diese vom **Freiheitsgrad der individuellen Variabilität** überstiegen. - Diese Gewichtung trägt dem Umstand Rechnung, dass Psychotherapie grundsätzlich keine Einwirkung eines einzelnen Therapeuten an einer immens großen Masse darstellt, bei der das Erleben und Verhalten gemäß einer Gauß´schen Kurve nach den **statistischen Gesetzen** kalkuliert werden könnte, sondern dass Psychotherapie eine Begegnung eines Therapeuten mit einem Patienten oder mit einer noch gut überschaubaren Menge davon, einer Gruppe, darstellt. –

Die Gestalttherapie weiß die Unvorhersehbarkeit des Einzelereignisses, das mit Achtsamkeit aufgegriffen wird, als Chance

a) für diagnostische Hinweise auf aktualisierte Resonanzen zu nutzen,
b) über bewusstmachende Konfrontation für korrigierende Identitäts-veränderungen, sei es mit positivem oder negativem Vorzeichen,
c) für Potentialentfaltung und den strukturellen Aufbau und zwar immer dann, wenn sich Impulse in die erwünschte Entwicklungsrichtung zeigen,
d) für die Erhöhung des inneren Abgleichs, bzw. der Stimmigkeit, sowie
e) für die Chance der bewussten, wertorientierten Entscheidungsfreiheit.

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 analog wie das Vorgehen der **Klassischen Physik** und das der **Quantenphysik**. Sie bilden insgesamt kein Entweder-Oder, sondern stellen Ergänzungspole für die Wirklichkeitserfassung auf einer Dimension (mit stufenlosen Übergängen) dar, auf der sich Energie entweder frei oder vorübergehend zu Formen (im Sinne von Beziehungsgefügen, bzw. „Gestalten“) gestaltet bewegt. Der eine Pol ist jeweils der Sonderfall des anderen. Die Herausforderung ist, die jeweils adäquaten, wissenschaftlichen Methoden für das vorliegende Geschehen anzuwenden.

„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; das Bewusstsein des Patienten/Klienten wird mit dieser Erfahrung konfrontiert; er wird zum Einfühlen in diese Dynamik aufgefordert, (z.B. in eine begleitende Handbewegung oder eine Stimmveränderung oder eine Kontaktunterbrechung), sowie zum Übersetzen in eine verbale Botschaft (möglichst in „Ich-Form“), ferner zum assoziativen Ausloten und wird gebeten, das „hier-und-jetzt“ Gefundene in den situativen Gesamtkontext einzubinden, z.B. des Gesprächsinhaltes, der aktuellen Beziehung – sowie in den Kontext seiner eigenen persönlichen Werte und Überzeugungen. Auf diese Weise kommt es ständig zur Begegnung mit aktualisierten, bewusstseinsfernen Erlebnisinhalten. – Die Kunst dabei ist, sich von den Spuren des selbstorganisatorischen Verlaufs führen zu lassen.

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.

Ferner, um es provokant zu sagen: es geht nicht primär darum, dass der Therapeut jemanden zu verändern hat. Veränderung stellt sich allerdings als kalkulierter Sekundäreffekt ein: „**Sehen, was ist, verändert**", heißt ein wirksames Paradoxon. - Es geht primär darum, beim Patienten oder Klienten **Bewusstheit** für das zu erzeugen, **wie** der Betreffende wahrnimmt, sein Erleben verarbeitet und sich demgemäß verhält – sowie in Konsequenz davon darum, dass er eine echte innere **Wahl**möglichkeit zum Bisherigen erkennt, erlebt und diese **Freiheit** in **Verantwortung** nutzt. Diese Prozesse gelingen nur in **achtsamer Grundhaltung** bei Therapeut und Patient. Diese Herausforderung ver-langt einen abgleichenden **Kontakt** nach außen (zum Bezugsfeld), nach innen zu den offenen Bedürfnissen und zu den assimilierten **Werten**. Dieses Vorgehen fordert dem Betreffenden die jeweils höchste innere **Integration**sleistung ab, zu der er auf seiner Entwicklungsstufe fähig ist, fördert seine Reifung und verleiht ihm gleichzeitig auch eine gewisse Würde. - Sie fordert genauso auch dem Therapeuten einen hohen Grad an Bewusstheit und Achtsamkeit ab, eine Haltung, zu der er durch seine Schulung und persönliche Ausbildung befähigt sein sollte.

a2) Die Therapeutische Beziehung

Gestalttherapie verbindet dabei primär die Kultur der **Achtsamkeit** mit seinem komplexen, therapeutischen **Beziehung**sverständnis, das stets **auf allen 5 Ebenen** zugleich läuft, jedoch je nach Bedürftigkeit bzgl. Strukturstabilisierung, Traumabewältigung, Konfliktlösung oder anderweitiger Neuorientierung (auf der Patientenseite) beim Therapeuten unterschiedlich akzentuiert wird:

a) die Ebene des Buber´schen I-and-Thou, der Basisakzeptanz, die auf den zentralen Wesenskern des Patienten gerichtet ist, eine unausgesprochene Art bedingungsloser Liebe; sie schließt die Vorstellung über das noch unentfaltete Potential ein, -

b) die Ressourcenorientierung, mit dem Fokus auf all dem, was bereits geglückt ist,-

c) die Wahrnehmungs-Ebene für die biographisch bedingten, chronifizierten Überlebens- und Abwehrmuster, der Defizite, Traumata, Konflikte (incl. der Projektions- und Übertragungsbereitschaften, sowie der davon induzierten Gegenübertragungen),- aber auch für die aktuelle Bedürfnishiearchien und deren Kontaktbereitschaften.

d) die Ebene des in Not geratenen und des dort fixierten Selbst-Anteils, der defezitärer, traumatischer oder konflikthaft blockierter Natur sein kann, -

e) die Experten-Ebene für methodische Vertiefungs- Angebote, z.B. Rollenspiele.

Umgang mit **Übertragung und Gegenübertragung.**

Übertragungen werden durch eine spezielle Technik vom Therapeuten **abgelöst,** wobei die Unterschiede zwischen der Originalperson und derjenigen, an die die Projektion geheftet wird, herausgearbeitet werden, sobald eine therapie-hinderliche Übertragung halbwegs prägnant wahrzunehmen ist. –

Der Gestalt-Therapeut hat stets das in seinem Vordergrund zu sein, das zu geben und in sich das zu aktualisieren, was zum Weiterwachsen und Heilwerden vom Patienten gebraucht wird: die elterliche Schutzfigur dessen, die Trost und Hilfe spendet, - oder ein aufrichtig interessiertes Gegenüber – oder ein fairer Gegner zum Kräftemessen, - oder eine Autorität, die angemessene Grenzen zu setzen vermag, – oder ein Freund zur sachlichen Orientierungshilfe- oder ein weiser Alter zur reifen Erlebnisverarbeitung etc. Das heißt, er verwendet seine **Gegenübertragung** (im erweiterten Sinn) nicht, um 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 gebraucht, um diese Situation in einer altersgemäß reiferen Form zu meistern, die ihm besser getan hätte?- Die alte pathogene Konstellation wird bei der Konfliktlösungsarbeit mit den imaginierten, ehemaligen Kontrahenten natürlich auch genutzt: sie wird sogar konkret rekonstruiert, aber im Schutz der geschilderten, therapeutischen Beziehung in einer für den Patienten heilsameren, ich-syntonen 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 weitgehend in Akzeptanz und Stimmigkeit, vielleicht sogar in Frieden, zu verwandeln. Gelegentlich muss dabei auch bewusste Abgrenzungs- und/oder Trauerarbeit nachgeholt werden.

Das therapeutische Selbstverständnis braucht empathische Einfühlungsgabe und Flexibilität: In den jüngeren Jahren stehen die wachstumfördernden Anreize zur Struktur-Stabilisierung und zur Potentialentfaltung längs der Entwicklungsreihe im Vordergrund. In der Entwicklungszeit kommen strukturierende Angebote zum Verinnerlichen, zur Förderung der Verbindlichkeit, Steuerungs-, Wertorientiertheit und der Absprachefähigkeit hinzu. Die adäquat dosierte Frustration („skillfull frustration“) auf dem Boden einer verlässlichen Beziehung begleitet u. a. die Entwicklungsarbeit der Jugendlichen ins Erwachsenenalter.- In Krisen-, Umbruch- und traumatisierten Zeiten verwendet die Gestalttherapie stabilisierende, distanzierende, falls nötig- sowie sorgfältig dosierte re-integrierende Maßnahmen.- Der alte Mensch wiederum ist dankbar u.a. für die Möglichkeit von sinnhaften, versöhnlichen Lebensbilanzen, - der vergreisende besonders für Begegnungsqualitäten mit der Basisakzeptanz von Bubers transzendenz-offenem „I-and-Thou“. - Der Therapeut versteht sich in jedem Fall in der Rolle eines **lebens- und entwicklungsförderlichen Beistand**es.

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. Gestalttherapie ist kein starres Konzept, – sondern genau das Gegenteil. Sie bedarf daher auch nicht für jede Lebensphase getrennte Wirknachweise. Aber sie bedarf einer sehr sorgfältigen Schulung.

Grundsätzlich ist das therapeutische Verständnis **sokratisch**: der Patient ist sein eigener Experte, niemand kennt sich in seiner subjektiven Welt mit ihren biographisch bedingten, spezifisch assoziierten Vernetzungen besser aus als er. Das Interesse des Therapeuten ermutigt ihn hinzusehen. Der Therapeut stellt seine am Phänomen orientierten Beobachtungen zur Verfügung, das verborgenes Wissen des Patienten zu heben und dabei seine persönlichen, passgenauen **Selbstdeutungen** zu finden. Diese wertungs-freien(!) Hinweise auf meist nonverbale Auffälligkeiten oder auf Diskrepanzen mit anderweitigen Äußerungen kann man bereits im Sinne einer Wahrnehmungslenkung mit Anfrage als eine Art Vorform von Deutung auffassen, etwa im Sinne eines Hinweises, dass sich hier vielleicht ein Phänomen von besonderer Bedeutung verbirgt, das vom Betreffenden entschlüsselt werden möchte. Aber auch bei diesem Prozess ist es möglich, dass sich das beobachtete Phänomen beim assoziativen

Anreichern doch nicht so aussagekräftig entpuppt oder in eine andere assoziative Richtung führt, als vom Therapeuten vermutet. Dann wird vom Therapeuten Anpassungs- und **Korrektur-fähigkeit** erwartet, selbst wenn, was sich vielleicht später herausstellen mag, seine Vermutung richtiggelegen haben sollte, aber die Erkenntnisbereitschaft des Patienten noch nicht dafür bereit war. 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. Dagegen wird eine im Sinne eines sokratischen Prozesses gemeinsam erarbeitete, konsensuelle Wahrheitsfindung, bei der die Deutungshoheit beim Patienten verbleibt, angestrebt.

b) Methodik (im Sinne des WBP).

Die Gestalttherapie ist besonders ergiebig, wenn sie **zwischen nonverbalen** und **verbalen Ausdrucksebenen oszillieren** kann. Sie kann mit körpertherapeutischem Schwerpunkt im Medium Bewegung praktiziert werden -oder auch mit Hilfe von „kreativen Medien" (Malen, Tonen, Maskenarbeit, Tönen und Klangerzeugen etc.) und/ oder mit dem Schwerpunkt intrapsychisches Rollenspiel, Skulptur-, Familien-aufstellung, therapeutisches Märchenspiel und Stegreiftheater etc. –

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 Lebendigkeit der Gestalttherapie aus und bieten viel Chancen für erfahrungsorientierte Prozessarbeit. Der spontane, nonverbale Ausdruck unterliegt im allgemeinen weniger den üblichen Abwehr- und Kontroll-mechanismen, sofern sich nicht gerade in diesem Medium eine biographisch bedeutsame, persönliche Auseinandersetzung zugetragen hat. Dann würde erstmal diese in den Vordergrund treten – evtl. mit Hilfe eines ganz anderen Mediums – oder auch ohne.

Beim Delegieren an nachgeordnete „Kreativtherapeuten", wie es in fast allen Kliniken üblich ist, weil man an der irrigen traditionellen Überzeugung festhält, dass sich das Wesentliche an Veränderungen im verbalisierbaren Bereich abspiele, werden ganz viele therapeutische Bearbeitungs- und Verwandlungs- Chancen ungenutzt verschenkt. Es lässt sich auch bei guter Kommunikation im therapeutischen Team kaum mehr später an die Unmittelbarkeit eines einleuchtenden „Aha-Erlebens" anknüpfen. Oft sind sogar inzwischen die Teambesprechungen in den Kliniken dem „Rotstift" sparender Verwaltungsmaßnahmen zum Opfer gefallen.

Es ist nicht möglich, alle Varianten aufzuzählen; lediglich die Hauptgruppen:

Körperwahrnehmungs- und ausdrucksübungen in Anlehnung an die gestalttherapeutischen Wurzeln in der Bioenergetik, im „Sensory Awareness", im freien oder thematisch gebundenen Ausdruckstanz, ferner in imaginativ geführten „Körperreisen", in Körper-Skulpturen, (evtl. angereichert durch Leitsätze und/oder evozierten, korrigierenden Impulsen), in gestalttherapeutischen Familienaufstellungen, in spezifischer Atemarbeit, sowie in den stabilisierenden („Grounding"), den experimentellen, den übenden sowie in den konfliktlösenden Gestalt-Bewegungstherapie-Angeboten.

Zum Umkreis der zentrierenden Körperwahrnehmungsübungen gehören alle meditativen **Achtsamkeitsübungen** in Ruhe oder in Bewegungsfolgen, die in einen gestalttherapeutischen Prozess eingebunden sind. Sie sind in verschiedenen Variationen

Bestandteil von vor allem stabilisierenden, Struktur aufbauenden und Krisen bewältigenden Angeboten.

Weit verbreitet ist der Einsatz von sogenannten „**kreativen Medien**“ (Malen, Tonen, Tönen, Masken-, Märchen-, Kollagen- oder Stein-Arbeit, gelenkte Poesie-Improvisation, Imaginationen, Stimmlaut- und Sprachverfremdungs-Experimente etc.) mit stabilisierender oder diagnostischer Zielsetzung; die therapeutische Weiterverarbeitung erfolgt dabei über die **Identifikation**stechnik und **Konfliktfeldentfaltung** mit **dialogischer Beziehungsklärung**. - Die „Medien“ selbst dienen nur als Vehikel, als Einladung zur Projektion der inneren Strukturen. Sie sind austauschbar.

Gestalttherapie lässt sich auch völlig **ohne Medien** durchführen**,** nämlich, wie schon beschrieben, **prozess**- und **erfahrungsorientiert**: das, was sich im Hier-und-Jetzt und im Rahmen dieser (therapeutischen) Begegnung der achtsamen Wahrnehmung zeigt und sich im inneren oder äußeren Wahrnehmungsfeld als Vordergrundgestalt aktualisiert, ist Thema, ist „Gestalt“, z.B. eine Geste der Verlegenheit, ein Zähnezeigen im angespannten Lächeln, eine Trauer im Blick, eine auffällige Sitzposition, ein Gefühl der Leere... Hier greift Fritz Perls Kurzformel über die Gestalttherapie: **Here and Now – I and Thou.** Über das, was sich zeigt, wird erst ein **Konsens** der **Wahrnehmung** hergestellt, dann um **Selbstinterpretation**, bzw. um ein assoziativ angereichertes, erlebtes Einfühlen gebeten und schließlich ein Abgleich mit der Gesamtpersönlichkeit angeregt im Sinne einer **Konfrontation**. Dabei scheinen meist korrekturbedürftige Diskrepanzen auf. Entweder werden sie vom Betroffenen spontan bei Bewusstwerdung korrigiert oder es wird eine typische Konfliktlösungsarbeit eingeleitet (s.u.)

Im **Gruppe**nfeld können alle interaktiven, sozial-kommunikativen Manifestationen als Material für diagnostische oder therapeutische Erkundungs-Schritte genutzt werden, besonders, wenn sie diskrepant zu anderweitigen Äußerungen der gleichen Person erscheinen. Die Gruppe ist eine Fundgrube für Lateral-Übertragungen. Ihre Interaktionen laden laufend in Konfliktfelder ein, die Klärungsbedarf aufweisen. Beispiel: immer, wenn sich Frau XY Herrn Z zuwendet, meldet sich Herr W mit einem freundlich-weinerlich vorgebrachten Gegenvorschlag zu Wort. - Auch in der Gruppe werden leere Stühle als Projektionsorte für Übertragungsaspekte genutzt, die schräg vor oder seitlich desjenigen, der angesprochen ist, platziert werden. Der projektive Anteil wird über eine biographische „fokussierte Regressionsarbeit“ geklärt, - der Realanteil wird in einer konfrontativen Dialogarbeit angegangen. Typischerweise sucht die gestalttypische Gruppenarbeit eine Balance zwischen gruppendynamischen Interaktionssequenzen und Einzelarbeiten zu finden, wobei sich Dynamik und Thema des einen wie des anderen wechselseitig befruchten.

Eine für die Gestalttherapie zentrale Methode ist die der systematischen **Identifikation** mit allen Vordergrundgestalten des betrachteten Welt-Ausschnitts (z.B. einer Zeichnung, eines Kunstwerks, eines Bewegungsablaufes, einer diskrepanten, nonverbalen Äußerung, eines Tag- oder Nachttraums, einer typischerweise externalisierten, intrapsychischen Aufstellung samt aller ausgegrenzten Aspekte, eines Konfliktfeldes, einer Gruppe oder Familie etc.)- inclusive der Identifikation mit dem „fehlenden Teil“, wenn es einen gibt; - diese Identifikationsmethode fördert Empathie. Sie übt, die Welt mit den Augen des anderen zu sehen und mit dem Herzen des anderen zu fühlen und aus der Integration all dieser Sichtweisen einen neuen Standpunkt zu finden. Dabei kann es zu konfrontativen Dialogen zwischen zunächst unvereinbar erscheinenden Sichtweisen kommen, die Mut und Aufrichtigkeit abverlangen. - 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. – Durch den identifikatorischen Umgang mit der Ausdruckssprache der Bilder und anderer, nonverbaler Manifestationen, bei der eine rechts-links-hirnige Übersetzungsarbeit geleistet wird, bekommt das Bewusstsein einen breiten Zugang zu ansonsten unterschwelligen, abgewehrten oder schon entschwundenen Erlebnis-Bereichen. Dieses ganzheitlich erweiterte Sehen durch die „Augen" des Anderen, des Fremden, auch des äußerlich oder innerlich Ausgegrenzten, birgt eine heilsame Dynamik in sich.

Traum-Arbeit. Sie fokussiert sowohl auf die Beziehungsebene wie auf das subjektstufige Niveau (ein Erbe der Psychoanalyse) und arbeitet mit der oben geschilderten Identifikationstechnik wie auch mit der Verantwortungsübernahme für die unbewusste Gesamtregie.

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 nicht für strukturschwache.

Stegreif- und Rollenspiele, z.T. als Anleihen aus dem Psychodrama, dem Living-Theatre oder der Play-back-Methode; gestalt-typischerweise entwickeln sie sich als raumsymbolische Aufstellungen externalisierter Introjekte, deren emotional erlebte, direkte Beziehungsklärung die innere Konstellation (der Introjekte) ändert. Leere Stühle eigenen sich besonders gut dafür, imaginierten Menschen einen Platz anzubieten.

Standard-Konfliktlösungs-Methode: Beziehungsklärung und Re-Integration von abgewehrten Gefühlen mit Hilfe des **intrapsychischen Rollenspiels.** Wenn auf dem konfliktfähigen (Neurose-)-Niveau eine korrekturbedürftige, problematische Erinnerungsspur entlastet werden soll, so wird die erinnerte Situation und Beziehungs-konstellation gemäß ihrem subjektiven Bedeutungsgehalt symbolisch mit leeren „Projektionsstühlen" oder anderweitigen Statthaltern im Außenraum angedeutet. Auf der Beziehungsebene wird nun jetzt 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 Nähe, Zugehörigkeit, Anerkennung, Liebe etc). Es ist wichtig, die Botschaft des blockierenden Impulses bewußtseinszugänglich zu machen. Das ermöglicht die Weiterentwicklung der Beziehung, meist sogar auch – nach Identifikation mit der Gegenseite im Rollentausch - einen Versöhnungsakt. Diese Re- und Neu- Inszenierung hilft, ein pathogenes, aktiviertes Engramm mit einem heilsamen, ichsyntonen 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 therapeutische Beziehungsgestaltung dafür, dass der Betreffende den Mut bekommt, zu seiner inneren (meist unterdrückten) Wahrheit angesichts der imaginierten Problemperson zu stehen, seine Gefühle nachzudifferenzieren und zu integrieren.

Diesen Entwurf des intrapsychischen Rollenspiels, bei dem emotionale Teilaspekte 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.

Krisen- und Trauma-Arbeit: Sie besteht aus der Kombination von Stabilisierung, unterbrechenden Distanzierungstechniken sowie der stufenweisen re-integrierenden Trauma-Konfrontation unter contra-lateralem rhythmischen Berühren des eigenen Körpers in Eigenregie des Patienten.

Die Distanzierung, bzw. der 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. –

Bei der Trauma-Exposition 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 Bildschirmmethode), 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 Fernbedienung, die 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 rück-wärts laufen gelassen werden.- Das seelische Potential vor der Traumatisierung dient als Regenerationsinsel, die bewusst mit Interesse und Wertschätzung „angeleuchtet“ wird; sie verbündet sich mit den lebensbejahenden Kräften des posttraumatischen Erwachsenen sowie mit denen seiner „Hilfs- und Solidargruppe“, zu der auch der Therapeut gehört. Sie weist innerlich den Täter zurück- sowie gegebenenfalls die (Selbst-) Entwertung und „umarmt“ den traumatisierten, verwundeten Persönlich-keitsteil symbolisch von beiden Seiten. Während der wohldosierten Exposition bewährten sich zeitgleiche, kontralaterale, körperliche Berührungsrituale, am besten bei Gehbewegungen im Stehen. Selbstgesteuerte Eigenbewegungen relativieren das Ohnmachtserleben des traumatischen Ereignisses und erlauben auch aggressive Äußerungen wie Aufstampfen, kämpferische Laute, Fäuste oder andere Gesten machen.

Die offizielle Traumatherapie ist aus der gestalttherapeutischen Krisenintervention hervorgegangen, die in Deutschland bereits schon in den frühen 70ern gelehrt worden war. Die deutschen Kollegen psychoanalytischer Prägung, die den Trauma-Therapie-Ansatz in den 80ern in USA kennen lernten, nachdem er damals dort „kreiert“ (und befremdlicherweise von Francis Shapiro sogar patentiert) worden war, konnten den Ursprung des Verfahrens natürlich nicht erkennen. Die heutige, von der Gestalttherapie unabhängig weiterentwickelte, offizielle Traumatherapie hat diesen Ansatz

verdienterweise weiter differenziert, hat aber die bewährten Grundpositionen aus der Gestalttherapie unverkennbar beibehalten.

c) Effekte

In der Ergebnisforschung zeigt sich interessanterweise, dass, obwohl sich die Interventionen in der Gestalttherapie vor allem auf 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.

Überlegen und auch katamnestisch nachhaltiger befähigt erweisen sich gestalttherapeutisch behandelte Patienten gegenüber verhaltenstherapeutischer Vergleichspopulationen in ihrer **sozialen Kompetenz** sowie bei der Fähigkeit **Konflikte** zu **lösen**.

Ein Teil des **generellen**, **nicht-störungsspezifischen** positiven, heilsamen **Effektes** der Gestalttherapie ist vermutlich der inhärenten **Achtsamkeit**shaltung 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 Buber´schen Ich-und-Du-Ansatz handelt es sich um die Auswirkung von verinnerlichter „achtsamer Liebe", gepaart mit „zentrierender Struktur".

Auf den **störungsspezifisch**en 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) Indikationskriterien

Wie bereits aus den Ausführungen zur Behandlungsstrategie deutlich geworden sein mag, deckt die Gestalttherapie mit ihrer an die Entwicklungshöhe und Bedürfnislage des Patienten **anpassungsfähigen Therapeutischen Beziehungsgestaltung** sämtliche Altersstufen und sämtliche Beeinträchtigungsformen ab. Voraussetzung ist eine sorgfältige und **vollständige** („große") **Gestalttherapie-Ausbildung**. Sie schließt den achtsamen Blick für den Zustand des Gegenübers ein, insbesondere für strukturelle Defizite, für Traumafolgestörungen sowie für konfliktbedingte Blockierungsphänomene.

Warnung vor Dilletantismus: Ohne diese über längere Zeit trainierte, gewachsene Kompetenz (vor dem Hintergrund quanititativ 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 ein „Verfahren", das heißt, ein ganzheitlicher Entwurf. Man sollte nicht Einzel-Techniken oder methodische Bruchstücke zu x-beliebigen, therapeutischen Haltungen zusammen kombinieren.

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", sei es verhaltenstherapeutisch, sei es psychodynamisch. 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 angewendet werden kann.

Persönliche Eignung, das ist eine Indikationsfrage für die Therapeutenseite. Die Anforderungen an einen Gestalttherapeuten sind hoch. Kollegen mit einer ausgeprägten bis mittleren „Strukturschwäche", mit einer deutlichen Persönlichkeitsstörung, einer akuten Suchtproblematik, mit einer noch unverarbeiteten Trauma-Folgestörung, 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. Traditionellerweise wird in den Gestaltinstituten streng gesiebt, sowohl durch vorgeschaltete, mehrtägige Aufnahme-seminare und Aufnahmeinterviews, wie durch ein Zwischenscreening nach dem ersten Selbsterfahrungs- Jahr, das über die endgültige Zulassung entscheidet.

3) Anwendungsbereiche.

Die Wirksamkeit der vollen Palette der Gestalttherapie erstreckt sich sowohl auf alle Diagnosen-bereiche psychisch relevanter Störungen, auf **alle Struktur**-, bzw. Reifungs-**ebenen**, wie auch auf **alle Altersstufen** des Lebens von Anfang bis Ende, inklusive aller Umbruch- und Krisenzeiten. Die Adaptionsfähigkeit des facettenreichen Verfahrens an den Zustand des Gegenübers ist seine Stärke, ist seine Herausforderung und sein essentielles Merkmal. Es gilt darauf zu achten, dass ein Gestalttherapeut in allen Facetten des Verfahrens ausgebildet ist und stufenlos adaptieren kann. Das potentialentfaltende, **strukturaufbauend**e 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**. - Trotz des äußeren Unterschieds in der Ausformung stehen alle Modifikationen auf dem Boden der gleichen wachstumsfördernden, mitmenschlichen Grundeinstellung 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.

Wie bereits ausgeführt, gehören zur Indikation der Gestalttherapie natürlich auch Menschen in akuten Krisen und Menschen mit Traumata und Trauma-Folgestörungen. Traumatherapie ist die aus der gestalttherapeutischen Krisenintervention abgeleitete Vorgehensweise, die sich auf die Behandlung von traumatisierten Patienten spezialisiert hat.

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

Das **Setting** ist variabel: Einzel-, Paar-, Gruppen- und Familientherapien. Letztere weisen eine große Schnittmenge mit der Systemischen Therapie auf. – In Gestalt-Gruppen hat sich ein Stil bewährt, bei dem etwa gleichgewichtig interpersonelle und gruppendynamische Sequenzen, Einzelarbeiten in der Gruppe und prozeßvertiefende, kreative Übungsangebote wechseln und sich gegenseitig thematisch beeinflussen. –

Einzelarbeit mit **fokussierter Regression**, sei sie im Einzelsetting oder in der Gruppe praktiziert, ist eine spezielle und besonders wirksame Vorgehensweise der Gestalttherapie. In diesen meist ca. 20- 40 Minuten dauernden Einzelarbeiten taucht der Patient, der dabei einen verlässlichen und vertrauensvollen Kontakt zum Therapeuten braucht, wie in einer Wachtrance längs seiner Assoziationsketten in die alte, pathogene Situation ein, imaginiert die damaligen Kontrahenten und gibt dem damals Unter-drückten Ausdruck – was nun mit Hilfe verschiedener, flankierender und stabilisie-render Maßnahmen eher möglich wird. Das heißt, das alte, pathogene Engramm wird voll aktiviert, aber es wird nun neu mit den erfahrenen Fähigkeiten und erlebten Solidaritäten verkoppelt. Das verändert das Selbsterleben. Oft mündet das befreiende

Gefühl in ein Versöhnungsangebot, zumindest verändert sich die ehemals festgefahrene Beziehung. Diese Vorgehensweise gleicht einer gezielten Operation im Beziehungsgeflecht der verinnerlichten Personen (Introjekte). Es kommt dabei häufig auch zu Veränderung von strukturprägenden Beziehungserfahrungen. Gestalttherapie ist daher ganz ausdrücklich und gezielt für strukturverändernde Therapie geeignet.

Einzel-Gestalttherapie wird von vielen innerhalb des eingeführten Kassen-Zeittaktes von 50 Min. praktiziert, wird aber eher lieber – sofern es zur Struktur des Patienten passt, etwa wenn er sich auf der konfliktfähigen Reifungsebene befindet, als Doppelstunden vereinbart. - Andererseits bekommen Patienten in Krisenzeiten sowie strukturschwache Patienten bedarfsweise häufiger kürzere Termine angeboten, bei denen im Hier-und-Jetzt-Kontakt potentialorientiert und strukturstabilisierend gearbeitet wird.

Im Kinder- und Jugendlichen-Bereich variieren die Behandlungszeit-Einheiten ebenfalls, tendieren aber eher zu kürzeren Varianten, als bei den Erwachsenen. Der kreative, experimentier-, lebens- und ausdrucksfreudige Stil der Gestalttherapie in Kombination mit Förderung der Authentizität, der Neugier, der konfliktlösenden, spielerischen und sozial-kommunikativen Fähigkeiten, kommt bei den Kindern und Jugendlichen besonders auch in den Gruppen sehr gut an.

4) Theoretische Grundannahmen.

Teile und Ganzes. Der Mensch erfasst üblicherweise Teilaspekte, Teilwahrheiten oder einen einseitigen Pol einer übergeordneten Ganzheit. Er selbst ist, wie fast alles, Teil und Ganzes (im Sinne eines Subsystems) zugleich. Ken Wilber würde von Holonen sprechen. Die Entwicklung geht in beide Richtungen: von der Ganzheit zur Vielheit und von den Teilaspekten zur Ganzheit. Die Richtungen sind gleichwertig, aber sie mögen in den unterschiedlichen Lebensphasen unterschiedlich gewichtet werden.

Polaritäten. Die Welt erscheint polarisiert. Den erlebten Polen mit ihrem „Entweder-Oder“ ist jeweils eine Integrationsebene des „Sowohl-als-auch“, der Ungeschiedenheit, vorgelagert. (Beispiele: das emotionale Berührtsein kann sich zu Trauer oder zu Freudentränen entpuppen; hinter Liebe, wie hinter Hass taucht die übergreifende Ebene der emotionalen Bedeutsamkeit auf.) - Wenn bei einer Behandlung ein starkes Gefühl auftaucht, macht es Sinn, nach seinem Ergänzungs-Pol Ausschau zu halten. Wirkt er in der Latenz? Ist er konflikthaft abgewehrt? Macht er Angst, weil er archaisch-undifferenziert geblieben ist und nachzureifen hat?

Vorder- und Hintergrund-Existenz. Dies ist eine besondere Polarität. Die gerichtete Aufmerksamkeitsenergie holt etwas aus ihrem Hintergrund heraus und erschafft es – für diesen Augenblick – zu einem bestimmten, hervorgehobenen Etwas, einem „Seienden“, einer „Gestalt“, 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 Beziehungsgefüge, das transponierbar ist, wie eine Melodie. Auch ein Feld von bestimmter Qualität oder von Kräfteverhältnissen wird als „Gestalt“ aufgefasst.) –

Diese **energetisierende Gerichtetheit** (Intentionalität) ist in der Gestalttherapie-Tradition auf der Handlungsebene mit „ad-greddi“, im Sinne von kontaktstiftendem Herangehen, belegt, einer zunächst neutralen, vor-moralischen 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 Bedürfnishiearchien. Intrapsychisch sorgen offene Bedürfnisse, deren dringlichstes oder als am bedeutsamsten angesehenes sich selbst-organisatorisch an die Spitze setzt, dafür, dass die Aufmerksamkeitsenergie auf dasjenige Objekt gelenkt wird, das imstande ist, das aktuell dringlichste, offene Bedürfnis zu befriedigen. Dieser Vorgang verschränkt Innen- und Außenwelt. Die Motivations- und Bedürfnis-Hiearchien reichen von den physiologischen Ebenen über die sozialen bis hin zu geistigen und spirituellen. Der gestufte Aufbau von Grundbedürfnissen und der weiter differenzierenden Bedürfnis-Hiearchien geht auf A. Maslow zurück, die führende Gründerpersönlichkeit der „Humanistischen Psychologie" 1962. Das selbstorganisatorische Konzept, das in die Gestalttherapie einging, findet sich bereits bei J. Smuts, 1938.

Kontakt-Differenzierung. Der große Pate für das gestalttherapeutische Kontaktverständnis ist Martin Buber. Er unterscheidet die Einheiten vom begegnungs-fähigen „Ich-und-Du" - vom beobachtenden „Ich-Es"-Modus (1923). Das spiegelt sich im typisch gestalttherapeutische 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 Engrammen bedeutsamer Erlebnisspuren mit unangenehmen Vorzeichen. Im Normalfall werden beide Kontaktfunktionen gleichzeitig aktiviert, wenn auch in einem unterschiedlichen Mischungsverhältnis. Beide werden zum Überleben und zur angemessenen, differenzierten Kontaktgestaltung benötigt.

Bei dem der Gestalttherapie sehr wichtigen Kontaktphänomen wird auf die Balance zwischen Kontakt und Rückzug geachtet, wie auch auf das Gleichgewicht von Kontakt nach innen wie nach außen.

Die Mikroanalyse des Kontaktgeschehens wird im **Kontaktzyklus** beschrieben. In seinem typischen Verlauf gibt es immer wiederkehrende Phasen. Phasenspezifische, habituelle Kontaktunterbrechungen bieten sich als Einteilungskriterien für eine gestalttherapeutisch spezifische Persönlichkeits-Pathologie an.-

Therapeutische Anwendung: wenn die Kontaktaufnahme in analoger Weise nach innen geleitet wird, kann sie für die Re-integration von Ausgegrenztem, für die Verwandlung von Verzerrtem und Entfremdeten und damit zur Therapie und Krisenbewältigung genutzt werden. Dabei kommt es zu einer natürlich aufeinander aufbauenden Schrittfolge, die eine Art von **therapeutischen Wegweiser** anbietet.
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 Dialoge in direkter Rede, 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 in der ausführlichen Beschreibung unter dem Stichwort „Verwandlungszyklus".)

Das **Selbst** lässt sich mit seinen wechselnden Grenzen aufgrund von Resonanzen als eine Art semi-begrenztes, kohärentes, nicht-lokales Feld mit partieller Bewusstseinsqualität verstehen. Es weist einen oszillierenden Kontakt nach innen und außen auf. - Ein weiterer Beschreibungsversuch ist „offenes System im Fließgleichgewicht". (Bereits Freud hatte einmal mit der Dynamisierung seines Strukturmodells in Richtung Fließgleichgewicht geliebäugelt, hatte diesen Gedanken aber nicht weiter ausgeführt.) - Das „Ich" wird von Perls mit der „Pfeilspitze" des Aufmerksamkeitsstrahls, dem energiereichsten Ort des Systems, gleichgesetzt; analog zum traditionellen „Es" Freuds werden bei Perls die selbstorganisatorischen Bedürfnishiearchien 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.

Spekulativ ist, wie es in dem offenbar innerlich beobachtbaren, kohärenten Selbstfeld zu Löschung von Information im Sinne der traditionellen Abwehr kommt. Der Neurophysiologe Damasio postuliert einen beobachtenden Selbst-Sinn für das innere Begegnungsgeschehen zwischen körpernahem Proto-Selbst und dem aktuellen, neurophysiologischen Muster, das die Fernsinne einspielen, einer inneren Begegnung mit der „äußeren Welt", das dem flüchtigen Kernselbst-Erleben im Hier-und-Jetzt entsprechen dürfte. Das aktuelle Erleben wird üblicherweise durch die Resonanzen niedergelegter Erfahrungen eingefärbt, bewertet, gelegentlich sekundär annuliert, bzw. „abgewehrt". Die Hypothese ist, dass im Konfliktfall in einem begrenzten Beobachtungsfeld (evtl. im Thalamusbereich) diejenige Information die Überhand bekommt, die von der Bedeutungszuweisung, (die einem inneren Aufmerksamkeitsstrahl entsprechen könnte), stärker energetisiert wird. Da wir es mit Wellenformationen zu tun haben, gibt es auch vom unterdrückten Muster eine Streustrahlung, die im Umfeld gespeichert wird, wodurch das Phänomen der unbewussten Erinnerungsspuren zustande kommen könnte.

Die Kunst ist es, in der Therapie bewusstseinsmäßig zwischen dem Hier-und-Jetzt-Erleben des Kern-Selbst und den bewertenden, sekundären Resonanzen zu kommen, sofern sich letztere problematisch auswirken. Dafür lässt sich die Vorgehensweise der „experiential confrontation" wirkungsvoll nutzen.

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, ich-syntonen Grundschwingung (Grundgefühl) beigetragen haben. Entscheidende Erinnerungsspuren hierfür sind sichere und empathische Beziehungserfahrungen. Je konfliktbereinigter und in sich abgestimmter diese assimilierte Substanz ist, umso sicherer und prägnanter funktioniert sie als Abgleich-Instanz, als Ort der autonomen „inneren Stimme" und als unterstützender, innerer Halt („Self-support"). Zunehmende innere Stimmigkeit ist ein gestalttherapeutisches Reifungsziel, für das im Lauf des Lebens von jedem Individuum zunehmend die Verantwortung übernommen werden kann. - Gestaltpsychologisch heißt das, ein Ganzes zu werden, in dem auch die Teile, die primär schwierig unterzubringen

waren, ihren Platz gefunden haben und dissonante Spuren nachträglich erfolgreich aus der (ehemaligen) Identifizierung wieder entlassen werden konnten.
(Bei vielen Menschen/ Patienten gibt es statt des inneren, sicheren Ortes angstbesetzte Brüchigkeiten. Sie benötigen in der Therapie langfristig korrigierende Erfahrungen.)

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.

Vernetzung auf der Psychotherapie-Landschaft: Das Gedankengut der **tiefenpsychologisch**en Neurosenlehre samt OPD ist aufgrund der historischen, **psychoanalytischen Wurzel** weitgehend anschlussfähig, zumal sich die Gestalttherapie mit ihrem Gesundheits- und Krankheitsverständnis auf der Hauptachse von „Integration versus Desintegration" bewegt, auch wenn die gestalttherapeutische Beziehungsgestaltung, die Behandlungsweise, die Wertausrichtung und das Menschenbild in typischer Weise abweichen (- abgesehen von gravierenden anderen Aspekten, die von vornherein nicht zur gemeinsamen Schnittmenge gehören). –

Die ursprüngliche Ab- und Ausgrenzung zwischen Psychoanalyse und Gestalttherapie (ab 1936) erfolgte vonseiten der Gestalttherapie hauptsächlich 1) wegen ihres an Buber orientierten, therapeutischen, basalen Beziehungsverständnisses (Ich-und-Du-Prinzip, 1923), 2) wegen der methodischen Zentrierung auf die Übertragung in der Psychoanalyse zu Ungunsten einer (semi-)authentischen, empathischen, entwicklungsadäquaten, emotional korrigierenden Realerfahrung mit dem Therapeuten, 3) wegen des phänomenologischen, erfahrungsorientierten Zugangs anstatt des hypothesengeleiteten der Psychoanalyse, 4) wegen der Achtung vor der jeweiligen subjektiven Welt, deren Konsequenz nach einer sokratischen Therapeutenhaltung, nach Selbstdeutung durch den Patienten und nach Warnung vor Missbrauch der Fremddeutung verlangt, 5) wegen der einseitigen Fokussierung der Pathologie und Vernachlässigung seiner Potentiale und Ressourcen, 6) wegen der Einbeziehung der Körperlichkeit und der nonverbalen, kreativen Ausdrucksmöglichkeiten und Kommunikation in die Gestalttherapie, 7) wegen des Unbehagens über den Primat der Libido-theorie zu Ungunsten von selbstorganisatorischen Bedürfnis-Hiearchien unterschiedlicher Antriebsqualitäten.-

In den ca. 70 Jahren, die seit jener Weggabelung vergangen sind, ist zu beobachten, dass sich verschiedene Avantgarde- Vertreter der Psychoanalyse in sämtlichen benannten Punkten der Gestalttherapie angenähert haben und sie jeweils in Teilaspekten kopierten, ohne dies zu benennen (Heigel, Rudolf, Stauss & Fritzsche.)

Mit der ehemals behavioralen **Verhaltenstherapie** gibt es überall dort genuine Gemeinsamkeiten, wo übungsinduzierte Neu-Erfahrungen angeregt werden. –

Die heutige Verhaltenstherapie hat viele Teilaspekte in Modifikation übernommen (z.B. in der Schematherapie, von der Jeffrey Young, ihr Begründer, ganz offen sagt, dass ihn dazu die Gestalttherapie angeregt habe, mit Hilfe derer er wieder aus einer persönlichen Krise herausgefunden habe und dass ihm 10 Sitzungen Gestalttherapie mehr von sich haben begreifen lassen, als das Jahr kognitiv-behavioraler Therapie davor. (Quelle: Internet, Homepage der Schematherapie, Interview). In den USA zählt die Schematherapie nicht zur VT, sondern hat als Zwitterverfahren einen eigenen, selbständigen Status.

Die Achtsamkeits-Welle der letzten Jahre wirkt vor dem Hintergrund der überwiegend rational-wissenschaftlichen Identität der VT etwas wunderlich und befremdlich. Für die Patienten bedeutet diese Entwicklung bestimmt eine Bereicherung, je mehr, umso mehr die vermittelnden Therapeuten Achtsamkeit selbst praktizieren... – Die Gestalttherapie hat schon seit den 50er Jahren eine ausgeprägte Wurzel in der ZEN-Meditation (Fritz Perls reiste in den 1960er Jahren zwei Mal zur Unterweisung in ZEN-Klöster nach Japan); die Haltung der Achtsamkeit durchzieht und prägt die gesamte Gestalttherapie. Sie gehört zu ihrer Grundhaltung, ist gleichzeitig ein Instrument für die Modifikation der Bewusstseinszustände während der Therapie und dient dem erfahrungsorientierten, phänomenologisch Zugang.

Die „**Trauma-Therapie"** ist die weiterentwickelte Krisenintervention der Gestalttherapie, speziell mit ihrer „Inneren-Kind-Arbeit", mit ihrer Distanzierungs-, Stabilisierungs- sowie mit einer kontralateral körperstimulierenden Trauma-Reintegrations-Technik (EMDR ausgenommen).

5) **Behandlungsplanung und Therapeutische Beziehung**.

Die mehrschichtige und anpassungsfähige **Therapeutische Beziehung** ist als das zentrale Behandlungsinstrument der Gestalttherapie bereits oben ausführlich geschildert worden. Sie transportiert zum Wesenskern des Gegenübers die basale Botschaft der „achtsamen, bedingungslosen Liebe", auf deren Boden sich die differenzierenden, teils konfrontierenden, teils eingrenzenden, übrigen Botschaften aufmodulieren.

Die **Behandlungsplanung** erfolgt vom aktuellen Anliegen her, das ganz oder teilweise bewusstseinszugängig sein kann, das sich aber auch, wie meistens, teilweise oder überwiegend dem eigenen, bewussten Zugriff entzogen haben kann. Wie bereits im Absatz über die „experiential confrontation" geschildert, sind Gestalttherapeuten darin geschult, in den minimalen, nonverbalen Äußerungen problemrelevante Spuren zu sichern, sie mit Hilfe des Betroffenen zu präzisieren und im Lebenskontext zu verankern. So lässt sich in jeder Erst-Situation die innere und äußere Lebenssituation umreißen, gemeinsam wie **in einem offenen Buch lesen**, und die sich daraus ergebende Not, Fragestellung, der ungelöste Konflikt etc. benennen. Das ist der direkteste **Weg zum aktuellen Kernkonflikt**. Das Muster aus den konflikthaften Verknüpfungen von unbefriedigten Grundbedürfnissen und deren Abwehr, das von Leslie Greenberg, der Gestalt- und Gesprächstherapeut ist, und in Anlehnung auch von Jeffrey Young, der sich ebenfalls auf die Gestalttherapie bezieht, sie aber sekundär kognitiv-behavioral modifizierte und manualisierte, in etwas technisierter Weise **„Schema**" genannt wird, dieses Muster wird in seine konflikthaften Komponenten zerlegt, die Komponenten werden über die gestalttherapeutische Identifikationstechnik assoziativ mit Leben erfüllt, personifiziert und über eine dialogische Beziehungsklärung in ein neues, stimmigeres Verhältnis gebracht. - Daraus ergeben sich **Nah- und Fernziele** der Behandlung. Natürlich können sich nach Lösung des aktualisierten Konfliktes auch noch weitere, dahinterliegende eröffnen. Im Zweifel über die Priorität, entscheiden die aktuellen Reaktionen, wenn auch sie uneindeutig sind, wird die entwicklungsgeschichtlich frühere Spur der Belastung aufgegriffen, um vom Fundament her die Heilung aufzubauen.

Trotz der Orientierung an den aktualisierten Spuren: um nichts zu übersehen, und auch latente Konfliktfelder oder Mangelsituationen etc. im Auge zu behalten, ist es auch bei den Gestalttherapeuten üblich, eine systematische Anamnese zu erheben und als Sicherheits-Check einen Anamnesebogen zu benutzen. Er bleibt jedoch im Hintergrund.

Den **Behandlungsauftrag erteilt** der **Hilfesuchende**, wenn er sich auf **Veränderung** einlassen möchte. Ziel ist: erkennen, was der eigene Anteil ist, der diese Situation miterschaffen hat, sich der Wahlmöglichkeit bewusst zu werden, die es darin gibt, und Verantwortung für die eigenen Entscheidungen und/oder deren Blockierungen zu übernehmen. *
(*Ausnahme: suizidale Krisen, psychotische Verwirrtheits- oder Erregungszustände o.ä. Extremzustände. Hier übernimmt der Therapeut die Verantwortung vorerst alleine.).

Bei der Aufarbeitung der Blockierungen kommt es meist zu einer ressourcenflankierten, fokussierten Einzel-Regressionsarbeit mit einem Kinder-Ich-Anteil. Der Verantwortungsaspekt ist an das Erwachsenen-Ich gerichtet und wirkt anti-regressiv. Für die gestalttherapeutische Arbeit in der Biographie ist die Balance zwischen regressiven und progressiven Anteilen typisch. Es wird keine Langzeit-Regression angestrebt.

6) **Unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen**.

Wenn durch eine vollwertige Gestalttherapie-Ausbildung der volle Facetten-Reichtum der Gestalttherapie zur Verfügung steht, besteht **keine Kontraindikation**. Dazu gehört, sowohl das **therapeutische Beziehungsangebot** entwicklungsgerecht adaptieren zu können, wie die **methodischen Angebote** passend, d.h. reifungs-fördernd, zu einzusetzen. –

Beispiel 1: Strukturschwache Patienten bekommen kein Angebot, sich an ihre emotionalen Pole zu begeben, sondern sich in ihrer Mitte aufzuhalten und emotionale Zwischentöne zu erspüren. – Beispiel 2: Hystrionische Patienten bekommen kein Angebot, sich auf die Ausgestaltung ihres Ausdrucks einzulassen, sondern das Defizit hinter der ausdrucksstarken Fassade wahrzunehmen und dieses in den inneren Kontakt zu bekommen und ihm vorsichtig eine Stimme zu verleihen.

Auf die Gefahr, die von unzureichend ausgebildeten Gestalttherapeuten ausgehen kann, wie auch von der Kombination von gestalttherapeutischen, technischen Versatzstücken mit artfremden, therapeutischen Grundhaltungen, ist bereits hingewiesen worden. Dies wäre dann aber nicht dem Verfahren anzulasten, sondern den unrecht-mäßigen Anwendern.

7) **Aus-, Weiter- und Fortbildung**.

Deutschlandweit gibt es ein Netz von Gestaltinstituten, die unter dem Dach der „Deutschen Vereinigung Gestalttherapie“ (DVG) zusammengeschlossen sind und damit einem gewissen Ausbildungsstandard, mit Ethik-Richtlinien sowie mit einer Qualitäts-sicherung verpflichtet sind. Die DVG ist wiederum mit anderen nationalen Dach-Organisationen unserer europäischen Nachbarn in der EAGT, European Association for Gestalt Therapy, vereint, die sich europaweit für gemeinsame und vergleichbare Standards, für den Austausch verschiedener Strömungen innerhalb der Gestalttherapie sowie auch für die Weiterentwicklung verantwortlich verhält. Der letzte EAGT-Kongress fand Mitte September 2010 mit großer Beteiligung aus dem Ausland in Berlin statt.

In keinem anderen Land auf der Welt sonst ist die Gestalttherapie ausdrücklich unterprivilegisiert und von den berufspolitischen Machthabern offiziell ausgegrenzt-wie sie es in Deutschland der Fall ist (s. Anhang der Psychotherapie-Richtlinien), zumal sie im internationalen Wirksamkeits-Vergleich mit der Verhaltenstherapie zusammen an der Spitze steht, in Teilaspekten (Konfliktlösungspotential, sozial-kommunikative Fähigkeiten) sogar mit Nachhaltigkeit besser abschneidet.

Es gibt weltweit unzählige Ausbildungsinstitute für Gestalttherapie, Gestalt-Zeitschriften, Gestalt-E-Mail-Foren, -bücher und -Kongresse. (Ausführliche Details in: Hartmann-Kottek (2008) Gestalttherapie, Springer, Heidelberg – Anhang)

IV) Wirksamkeitsnachweise

Vorbemerkung: Berufspolitik und Wissenschaft
a) Internationale Schulen-Vergleichs-Forschung
b) Prozessforschung
c) Krankheits- und störungsbezogene Ergebnisforschung

c1) bei Erwachsenen, c2) bei Kindern und Jugendlichen

Vorbemerkung: <u>Berufspolitik und Wissenschaft</u>

Der deutsche „Wissenschaftliche Beirat“ vermeidet es, in seinem Methodenpapier sowohl die Prozessforschung zu würdigen, wie vor allem auf die großen, internationalen Schulenvergleichs-Studien einzugehen. Deren Ergebnisse stützen den Anspruch auf die Vormachtstellung der beiden Richtlinien-Verfahren und speziell den Ausschluss der Humanistischen Verfahrensgruppe nicht.

Für eine verantwortungsbewusste Neutralität und Allparteilichkeit gegenüber zukünftigen Entwicklungen, wie sie einem gesetzlich geschützten, richtungweisenden Gremium anstünde, ist im Entwurf des WBP weder wissenschaftstheoretisch noch berufspolitisch Sorge getragen. Das Konstrukt des WBP verlangt bei der personellen Nachbesetzung eine proportionale Spiegelung der derzeitigen Machtverhältnisse, nicht aber freie, schulen-unabhängige Wissenschaftler. Das richtet sich nicht gegen die einzelnen Persönlichkeiten, die im Sinne ihrer Berufung ihren Einsatz geben. Das Konstrukt ist auf den Erhalt des Status quo hin geschaffen. Lobby-Interessen kollidieren naturgemäß mit dem Anspruch auf wirkliche, allparteiliche Wissenschaftlichkeit.

Juristen, die natürlich auf dem Gebiet der Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie Laien sind, lassen sich manchmal täuschen und bedienen dann einen berufspolitisch motivierten, wissenschaftlich verbrämten Vormacht-anspruch, ohne sich zu fragen, wie es z.B. kommt, dass das europäische Umland und der Rest der Welt den „deutschen Richtlinien-Weg“ in dieser reduzierenden Art nicht ebenfalls gehen, sondern ein mehrdimensionales Vorgehen beim Erfassen der komplexen, menschlichen Wirklichkeit (hier bezüglich Gesundheit und Krankheit) praktizieren und für angemessen halten.

Für die Konstruktion des Wissenschaftlichen Beirats bräuchte es einen Neuentwurf, der einesteils den Schwerpunkt auf neutrale Wissenschaftlichkeit legt und die seriösen Eingangskriterien für ein zugelassenes Verfahren festlegt, aber andererseits in einer demokratisch-parlamentarischen Weise die vielfältige Praxis in Deutschland repräsentiert,- (wobei die derzeit unrechtmäßig unterdrückten, ausgeschlossenen Verfahren für eine Übergangszeit eines Ausgleichs bedürften). Es darf nicht angehen, dass in der Praxis unterschiedliche Maßstäbe für die Wirknachweise für privilegierte Richtlinien-Verfahren und Nicht-Richtlinien-Verfahren gelten, zumal zu belegen ist (!), dass die inzwischen juristisch fixierte Vormachtstellung der „Richtlinien-Verfahren“ auf Datenmanipulation im Vorfeld des PTGs beruht. Pikanterweise will (laut Selbstverständnis im Internet) der richtlinienanaloge WBP die Bevölkerung vor Missbrauch schützen. Aber wer schützt die Bevölkerung vor dem Missbrauch durch die Richtlinien-Verfahren? Die Festschreibung der Richtlinien-Verfahren ist von Anfang an korrektur- und revisionsbedürftig.

a) <u>Aktueller Stand der internationalen Schulen-Vergleichsforschung</u>

Nachdem sich in den letzten zwei Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts bei Schulen-Vergleichsstudien allmählich als Standard durchgesetzt hat, die Verzerrungseffekte zu berücksichtigen, seien sie durch ungleich reagible Testinstrumente hervorgerufen, seien sie durch einseitig berücksichtigte Schulen-

Zugehörigkeiten der Autoren bedingt (Allegiance-Effekt),- durch unberücksichtigte Drop-outs (Abbrecher) oder noch andere Faktoren, ist im letzten Jahrzehnt eine relativ große Verlässlichkeit in die Vergleichsforschung eingekehrt.

Unabhängige Forschergruppen um Elliott (2001) und Luborsky (1999, 2002, 2003) fanden in ihren umfangreichen, vergleichenden Metaanalysen heraus, dass es keinen Wirksamkeitsunterschied zwischen den kognitiv-behavioralen und den humanistischen Verfahren gibt.

Elliott et al. differenzierten 2004 dahingehend, dass obige Aussage zwar stimme, dass aber zwischen den humanistischen und der nicht-behavioralen Restgruppe (unter Einschluss der psychodynamischen Verfahren) eine signifikante Differenz nachweisbar sei.

Im Vergleich mit der Gesprächstherapie hat der Forscherkreis um Leslie Greenberg (Goldman et al. 2000) festgestellt, dass eine Kombination von Gesprächstherapie und Gestalttherapie (=Emotions Fokussierte Therapie/ EFT) gegenüber der ausschließlichen Gesprächstherapie eine um ca. 33% höhere Wirksamkeit aufweise als ohne den Gestalttherapie-Anteil; die symptombezogene Veränderungs-Effektstärke liege sogar um 40% höher als bei ausschließlicher Gesprächstherapie - und bei den Parametern für soziale Funktionen und für das Selbstwertgefühl sogar um über 70% .

b) <u>Prozessforschung</u>

Bereits 1994 kamen Orlinsky, Grawe & Parks zu dem Schluss, dass eine Methodik, die den Patienten auf sein unmittelbares, prozesshaftes Selbsterleben zurück zu werfen vermag, als eine der wirksamsten, therapeutischen Vorgehensweisen angesehen werden kann von allen, die derzeit überhaupt bekannt seien.

In der jüngeren Literatur wird dieses Vorgehen “Experiential Confrontation” genannt, Konfrontation mit den Mikroprozessen der aktuellen Erfahrung – vor allem auch mit dem Erfahrungsanteil, der dem Bewusstsein halb oder ganz entgleitet (unwillkürlicher Ausdruck, Begleitbewegungen, - auch Einfälle, besondere Resonanzen etc).

In der älteren gestalttherapeutischen Literatur wurde in diesem Zusammenhang vom “phänomenologischen Zugang” gesprochen. Er verweist auf das “offene Buch der Erscheinungen”, in dem jeder, der sich auf das Hier-und-Jetzt im Inneren und/ oder Äußeren in obiger Weise einlasse, lesen könne, was die Wahrheit der momentanen Situation sei, bzw. des “Here-and-now/ I-and-Thou”. Dazu gehört die paradoxe Weisheit: "sehen, was ist, verändert”. Die bewusste Konfrontation halb- oder unbewusster Vorgänge löst normalerweise Korrekturvorgänge aus, wenn eine Unstimmigkeit zum „zentralen, assimilierten Selbst“ bewusst wahrgenommen wird (es sei denn, der Betreffende bemüht sich gerade darum, bewusst zu täuschen.)

Diese prozesshafte Vorgehensweise bildet das Kernstück der Gestalttherapie(!)

Die Greenberg-Forschung hat über die Mikro-Prozessvariablen der

a) “emotionalen Aktivierung”,

b) “Erfahrungstiefe” und

c) “Bewusstheit der eigenen Gefühle” (“awareness”/ Achtsamkeit), die sie mit ihren “Outcome”- Variablen zur Konfliktlösung kombinierten, Vorhersage-kriterien für einen erfolgreichen, weiteren Arbeitsverlauf finden können.

Bei Uwe Strümpfel (2008) werden 47 Studien zur **Prozessforschung** aufgezählt, die aus dem Zeitraum von 1974 bis 2006 stammen, überwiegend aus

den 90er Jahren und fast hälftig von der York Universität. Ein Teil davon bezieht sich auf klinisch relevante Diagnosen:

Major Depression (7x),
Depression (2x),
Phobie (1x),
rheumatische Arthritis (1x),
Konfliktgeschehen (8x),
posttraumatische Belastungsstörung/ Mißbrauch i. d. Kindheit (1x),
"psychiatrische Patienten" (1x).

Seitdem ist zur Prozessforschung zusätzlich veröffentlicht worden:

2010 Carryer, J.R., Greenberg, L.S.:
Optimal Levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2010, Vol. 78, No. 2, 190-199

Kombinierte Prozess-Outcome-Forschung zur Frage nach dem Verhältnis des Endresultats zur zeitlichen Länge der heftig ausgedrückten Emotionen. Vergleich von CCT und EFT. – N=38. Behandlungsdauer: 9 – 20 Sitzungen. Testinstrumentarium: SCID II, BDI, GAF, RSE, SCL-90-R, GSI, IIP, TPSQ, WAI. Ergebnis: Der Gefühlsausdruck ist ein zentraler Faktor für den psychotherapeutischen Verwandlungsprozess, aber der Ausdruck muss angemessen sein. Weder ist mehr davon, bzw. eine emotionale Überschwemmung, besser und wirksamer, noch ist ein zu geringer Gefühlsausdruck hilfreich und erfolgversprechend.

2009 Pos, A.E., Greenberg, L.S., Warwar, S.H.:
Testing a Model of Change in the Experiential Treatment of Depression.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2009, Vol.77, No. 6, 1055-1066

Kombinierte Prozess-Outcome-Forschung zur Therapeutischen Beziehungsaufnahme im Methodenvergleich: a) CCT (client centered therapy /Rogers), b) EFT (emotion focused therapy/ Greenberg/ mit zentralem, manualisierten, gestalttherapeutischen Konfliktlösungsteil). - N=74 (joined sample). Kurz-Zeit-Therapien von 16- 20 Einzelsitzungen. Testinstrumente zur Prozessforschung: EXP, WAI; - zur Outcome-Forschung: BDI, SCL-90-R, RSE, IIP. Ergebnis: bester Prädiktor für ein gutes Endergebnis ist ein frühes, emotionales Einlassen (bereits in der ersten Sitzung) auf die therapeutische Beziehung.

Ergänzende Übersichtsarbeit zur Wirksamkeits- und Prozessforschung bei Paartherapie, (siehe auch unter Anpassungs- u. Belastungsstörungen):

2000 Heekerens, H.P.: Die Emotions-Fokussierte Paartherapie: Ansatz, Ergebnis- und Prozessevaluation. *In P. Kaiser (Hrsg.) „Partnerschaft und Paartherapie, Göttingen, Hogrefe, 2000, S. 323 – 337.*

Übersichtsarbeit über L. Greenbergs „Emotionally Focused Therapy for Couples", abgekürzt EFT, (dargestellt bei Greenberg &Johnson, 1986 a, 1986 b, 1988 a, 1990; Johnson 1984; Johnson & Greenberg 1987a, 1987 b, 1989, 1992, 1994, 1995). Dieses Verfahren basiert nach dem Eigenverständnis auf der Integration von der erlebniszentrierten, humanistischen EFT und dem systemischen Ansatz.

Auf der Wirksamkeitsebene steht sie zusammen mit dem gleich wirksamen Ansatz, der aus der behavioralen Paartherapie entwickelt worden ist, unübertroffen da. - Für die Prozessforschung zur Paartherapie hat sie den weitaus größeren Beitrag von beiden geleistet.

c) Krankheits- und störungsbezogene Studien zur Ergebnisforschung

c1) im Erwachsenen-Bereich

geordnet nach Diagnose-Clustern gemäß dem Methodenpapier Version 2.7

Die nachfolgenden Einschätzungen nach Evidenzstufen bedienen sich folgender Kriterien:
I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I/ I b RCT-Studien (randomized controllized trials),
II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien dieser Evidenzstudie/ II b Prospektive, vergleichende Kohortenstudien,
III Retrospektive, vergleichende Studien/ IV Fallserien und andere, nicht-vergleichende Studien,
V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte und Ähnliches; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

1. **Affektive Störungen** (F3) einschließlich F94.1, F53

1.1 2010 Watson, J.C., Schein, J., McMullen, E.: An examination of clients´in-session changes and their relationship to the working alliance and outcome. *Psychotherapy Research, March 2010; 20(2): 224- 233*

D: Major Depression (ICD-10 F 32.2). - Evidenzstufe (1 b ?)

Explorative Ex-post-Analyse mittels Faktorenanalyse, Prozessforschung zum Veränderungsvorgang und Schulenvergleichs-Studie zwischen Kognitiv-behavioraler Therapie und EFT (Emotions- fokussierender/ humanistischer Therapie). Grundlagenforschung.

N=66. Randomisierte Zuordnung zu zwei Gruppen: CBT bzw. EFT. 1 Stunde wöchentlich über 16 Wochen Behandlung mit entweder EFT/PE nach Greenberg oder mit kognitiv- behavioraler Therapie nach Beck (1979).

Messinstrumente: CTSC-R (Client Task Specific Change Measure Revised (n. Watson, Greenberg, Rice & Gordon, 1999),- WAI (Working Alliance Inventory, Hovrath & Greenberg, 1989), - BLRI (Barren- Lennard Relationship Inventory, 1962, 1978),- BDI (Beck Depression Inventory). WAI und CTSC-R wurden nach jeder Gruppenstunde ausgefüllt, der BLRI nur nach der 9 und/oder 12.ten, der BDI am Ende der Therapie-Serie.

Bei der schrägen Rotationsform der Faktorenanalyse zeigten sich zwei Faktoren als Schwerpunkte der internen Korrelationen für: a) Verhaltensänderung und b) Awareness (Achtsamkeit) und Verständnis. Erstaunlicherweise unterscheiden diese Faktoren als Typen der Veränderung jedoch nicht die beiden angewandten Verfahren. - Parameter des CTSC-R sagten eine Veränderung der Depressivität voraus.- Die Studie unterstützt frühere Befunde (Beutler & Castonguay, 2006, Watson& Geller, 2005), die sagen, dass ein guter Therapeut über beides verfügen muß: eine warme, empathische, stimmige und akzeptierende Beziehung anbieten können – und kompetent spezifische Techniken einsetzen können. Diese Studie, die noch mit größeren N-Zahlen wiederholt werden sollte, könnte die Basis für eine allgemeine, vereinte Psychotherapie sein.

1.2 2009 Ellison J.A., Greenberg L.S., Goldman R.N., Angus L.: Maintenance of Gains Following Experiential Therapies for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 2009, No.1, 103-112*

D: Major Depression, F 32.2 (Katamnestische Ergänzungs-Studie), n= 83 aus verschiedenen Studien, katamnesenstabile Effekte über 18 Monate. Kurzzeit-Therapie von 16- 20 Sitzungen.
Testinstrumente: BDI, SCL-90-R, RSE, IIP, - gemessen vorher, nachher, teilweise zwischendurch - und Follow up. - Die EFT mit ihrer integrierten, gestalttherapeutischen Vorgehensweise zeigt sich gegenüber der CCT (Client centered Therapy) überlegen auf den Dimensionen: Depressions-Reduktion, Selbstwert-Erhöhung, ansatzweise auch bezüglich der Fähigkeit zur Lösung zwischen-menschlicher Problematik und allgemeiner Disstress-Symptomatik.

1.3 2008 Rochman D., Diamond G.M.: From Unresolved Anger to Sadness: Identifying Physiological Correlates. *Journal of Counseling Psychology 2008, Vol. 55, No.1, 96-105*
D: Leichte bis mittelgradige, depressive Episode. F 32.0, 32.1. Evidenzstufe IV(?). - Psychophysische Grundlagenforschung zur Depression wie zur EFT/ Gestalttherapie. - N=n=37. (Subklinische-Population.)
Psychovegetative Korrelationen bei gestautem, ungelöstem Ärger gegenüber wichtigen Bezugspersonen- und seine Verwandlung während des Psychotherapie-Prozesses, z.B. in Trauer und/oder dem Gefühl des Verletztseins. Zunahme der sympathicotonen Über- und Fehlregulation bei Umwandlung in und Blockierung von Ärger in Trauer (Depression) et vice versa.

1.4 2008 Angus, L., Goldman, R., Mergenthaler, E.: Introduction. One case, multiple measures: An intensive case-analytic approach to understanding client change processes in evidence-based, emotion-focused therapy of depression. *Psychotherapy Research, Nov. 2008; 18(6): 629- 633*
D: Depression. F 32.1, F 32.2 /4 Einzelfallstudien. –Evidenzstufe IIb(?)/ Teil einer I b-Studie
Behandlungsangebot: 15 Sitzungen EFT (mit Gestaltmethodik). - Mess-Instrumentarium: BDI, IIP, SCL-90-R, RSE; Messzeiten: vor, zwischendurch, nach der Therapie und 6 und 18 Mon.-Follow-up.
Im Mittelpunkt der Umwandlung der tiefen, für die Depression ursächlichen negativen Identitätsaspekte, die oft mit Furcht, Scham, Hoffnungslosigkeit etc. einhergehen, steht die Auseinandersetzung zwischen harscher Selbstkritik (oft ehemals Fremdkritik) und unerfüllten, frühen (Kinder-)wünschen. Diese heilsame Auseinandersetzung wird durch Projektion auf leere Stühle in direkter Rede durch Gestalttherapie geleistet. – Die detailliert analysierten Fälle gehören zur RCT-York I-Studie. Das beschriebene Vorgehen wurde kürzlich von der American Psychological Association als eine evidenz-basierte Behandlung der Depression bezeichnet und ausgezeichnet.

1.5 2008 Boritz, T.Z., Angus, L., Monette, G., Hollis-Walker, L.: An empirical analysis of autobiographical memory specificity subtypes in brief emotion-focused and client-centered treatments of depression. *Psychotherapy Research, September 2008; 18(5): 584- 593*
D: Major Depression. (F 32.2)- Prozess- und Outcome-Forschung/ Ex-post-Analyse. Evidenzstufe IIb.

N=34 randomisiert, n=17 (CCT=client centered Therapy), n=17 (EFT). Behandlungsangebot: 15- 20 Einzelstunden, 1 x wöchentlich. Diese Stichprobe ist Teil der York-I-Depressions-Studie, deren Transskripte (Audio- und Video-Tapes) nachanalysiert werden, um z.B. zu sehen, ob der Zeitpunkt von relevanten Einfällen innerhalb des Therapieverlaufs (anfangs, in der Mitte, gegen Ende) bedeutsam für das Resultat ist oder ob es dabei einen Unterschied zwischen CCT und EFT gibt und ob sich unter diesen Gesichtspunkten Vorhersagekriterien verbergen.
Messinstrumente: Strukturelles, klin. Interview (SCID), BDI (Beck); Auswertungsinstrumente: EEs (Greenberg et al. 1993, Korman, 1991), dabei geht es um ein Erleben und eine emotionale Antwort, zB „ich fühlte mich derart kritisiert, dass mir die Luft und die Worte weg blieben"; - NPCS, dabei geht es um narrative Sequenzen, die auf persönlich bedeutsame Ereignisse verweisen; - BDI (Beck et al. 1961), - ABM-specificity bedeutet eine spezifische, autobiographische Erinnerung gegenüber einer allgemein gehaltenen. Prä- und Post-Test und Verlaufsanalysen. – Ergebnisse: Für eine Untergruppendifferenzierung in obigem Sinn ergaben sich keine Signifikanzen. Nach wie vor bleibt jedoch die emotionale Ausdrucksstärke eine der wichtigsten Prozessvariablen für die Wirksamkeits-Vorhersage, das heißt für die Abnahme der depressiven Symptomatik.

1.6 2007 Smith K.W., Greenberg L.S.: Internal Multilpicity in Emotion-Focused Psychotherapy. Journal of Clinical Psychology: in Session. Vol. 63(2), 175-186 (2007)
D: Konfliktbedingte Depression (F 32.1) mit alternierenden Wut-Ausbrüchen. Gestalttherapeutische, innere Dialog-Arbeit. Einzelfall-Studie zur Illustration. Evidenzstufe V.

1.7 2006 Rhonda N. Goldman, Leslie Greenberg, Lynne Angus:
The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression.
D: Major Depression, F 32.2 / Evidenzstufe I b
N=38, n= 19/ Vergleich von Behandlungsarten: hälftig EFT/PE (=CC kombiniert mit Gestalttherapie) vs. Client centered therapy allein (CCT), randomisiert zugeordnet. - 2 Dropouts bei jeder Gruppe.
Behandlungsangebot: ambulant, Einzelsetting, 16- 20 Sitzungen.
Messinstrumente: Diagnostik nach SCID-IV (n. Spitzer et al., 1995), BDI (Beck et al. 1987), SCL90-R (Derogatis et al. 1976), GSI (Global Symptom Index), Rosenberg Self-Esteem Inventory (Bachmann & O`Malley, 1977), IIP (Horowitz, 1988), BLRI (Barrett-Lennard Relationship Inventory, 1978), Truax Accurate Empathy Scale (Trax, 1967), Task-Specific Invention Adherence Measure (Greenberg & Watson, 1998), Relational CCT (Greenberg & Goldman 1999), EFT (Greenberg et al. 1993).
Alle Sitzungen wurden per Video und Audiotape festgehalten.
Messzeitpunkte: anfangs, z.T. zwischendurch nach der 2. und 8. Sitzung und nach der Behandlungssequenz.
Ergebnis: beide Verfahren brachten eine signifikante und stabile Rückbildung der depressiven Symptomatik. Unter EFT/PE fiel sie etwas stärker aus: zum Schluss waren in der CCT-Gruppe noch 22% depressiv,

78% in Remission, 53% normalisiert; in der EFT/PE-Gruppe: 14% depressiv, 86% in Remission, 69% normalisiert. –
Eine signifikante Überlegenheit zeigte die EFT/PE, also die Kombination mit Gestalttherapie, gegenüber der alleinigen CCT bei der Abnahme der globalen, psychopathologischen Symptombelastung, sowie bei der Zunahme der Lösungskompetenz für interpersoneller Probleme und beim Anstieg des Selbstwerterlebens.

1.8 2003 Watson J.C., Gordon L.B, Stermac L., Kalogerakos, F., Steckley, B.: Comparing the Effectiveness of Process-Experiential With Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003, Vol.71, No.4, 773-781*
D: Major Depression, F 32.2 / Evidenzstufe I b

N=93, n=66/ Behandlungsangebot: 16 ambulante Einzeltherapiesitzungen, 1 x wchtl.; Vergleich zweier Behandlungsarten mit je n=33: PE/EFT (=Kombination von client centered therapy mit Gestalttherapie) versus CBT kognitiv-behaviorale Therapie. Randomisierte Gruppenbildung. Testinstrumentarium: SCID-IV, BDI, IIP, RSE, SCL-90-R, DAS, PF-SOC. Messzeitpunkte: vorher, nachher.
Ergebnis: insgesamt gleich gute Ergebnisse, gleich gute Abnahme der depressiven und der globalen, psychopathologischen Symptomatik mit signifikanter Steigerung des Selbstwerterlebens und des Copingstils, jedoch erweist sich die EFT/PE zusätzlich besser für die Abnahme interpersonaler Schwierigkeiten, bzw., für den Aufbau deren Fähigkeiten als die CBT.

1.9 2002/03 D. Barghaan, T. Harfst, J. Dirmaier, U. Koch, H. Schulz (als Auswerter*): Externe Evaluation und Qualitätssicherung der Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten, Abt. Psychotherapie und Psychosomatik (=Abt. für Gestalttherapie, Leitender Arzt: Hans-Ulrich Wolf). Analyse, Struktur, Prozess und Outcome 2000-2001 anhand einer 1-Jahres-Katamnese Allgemeiner Übersichtsbericht über die Klinik-Gruppe 2003
Evidenzstufe: II b
Getrennt gewertete Diagnosen der Gestalttherapie-Abteilung: 1) Depressive (F 32-33, 34.1), 2) Angst- (F 40, 41), 3) Anpassungs- u. Belastungsstörungen (F43), 4) Persönlichkeits-störungen (F 60).

*Arbeitsgruppe Psychotherapie und Versorgungsforschung (AGVP), der Abteilung für Medizinische Psychologie, Hamburg.
Es handelt sich um eine Vergleichsstudie zwischen allen psychotherapeutisch arbeitenden Abteilungen der Wicker-Kliniken, die ansonsten mit einem psychoanalytischen, tiefenpsychologischen oder mit einem verhaltenstherapeutischen Konzept arbeiten. Bei der Abteilung von U. Wolf handelt es sich um eine gestalttherapeutisch geführte Abteilung.
(„An statistischen Prüfverfahren kamen Varianzanalysen (RMANOVA mit post hoc berechneten t-Tests) und Chi-Quadrat-Tests zum Einsatz. Zu diesen Tests wurden ergänzend Effektstärken *d* nach Cohen (1988) und *phi* berechnet. Bei den Effektstärken wurden die Standardabweichungen der Mittelwerte (zu *to*) verwendet, welche über die Patienten aller an der katamnestischen Untersuchung beteiligten Kliniken berechnet worden waren, um so faire Vergleiche zwischen den Kliniken zu gewährleisten.“ 2002, Druck: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2002, S.5)

N= 250 (untersuchte Patienten), n=117 (Responder der Katamnesen-Fragebögen). Durchschnittlicher Abstand zur stationären Behandlung: 67,5 Wochen
Gruppen der Erstdiagnosen nach ICD-10, die getrennt berechnet wurden:
59,8% Depressive Störungen (F32-33, F 34.1)
18,8% Angststörungen (F 40/41)
6% Belastungs- und Anpassungsstörungen (F 43)
6% Persönlichkeitsstörungen (F 60)
Unter zusätzlicher Berücksichtigung der zweiten bis fünften psychischen Behandlungsdiagnose stiegen an: depressive Störungen auf 75,2%, Persönlichkeitsstörungen auf 21,4%, somatoforme Störungen auf 18,8%.
Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist ca eine Woche länger als bei den Vergleichsabteilungen, was trägerbedingt sein kann (überwiegend Krankenkassen-, kaum BfA-Patienten).
Ergebnis: Die Befunde dieser Abteilung belegen signifikante, auch längerfristige Behandlungserfolge, speziell bei den psychischen Beschwerden. Im Vergleich mit den anderen Kliniken der Wicker-Gruppe, die psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch arbeiten, sind in dieser Abteilung überdurchschnittlich hohe Effektstärken im Sinne der Verbesserung nachweisbar (S. 31).

1.10 1998/96 Greenberg, L.S., Watson, J.C.: Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions. *Psychotherapy Research 8(2) 210-224*.-
D: Major Depression, F 32.2 - Evidenzstufe: I b

N=34, randomisierte Zuteilung/ 2 Drop-outs, je 1 pro Gruppe.
Behandlungsangebot: 15- 20 Einzeltherapie-Sitzungen pro Patient.
Vergleich zweier Behandlungsarten: CCT (n=17) versus EFT/PE (n=15).
Bei letzterem wurden folgende gestalttherapeutischen Interventionen eingesetzt: a) 2-Stuhl-Dialog bei Konfliktspaltungen, b) leerer-Stuhl-Dialog bei unterbrochenen, emotionalen Entwürfen („unfinished business"), c) systematisch evozierte Problementfaltung. –
Outcome-Messinstrumente: BDI (Beck Depression Inventory, Beck 1972), SCL90-R (Symptom-Checklist-90-Revised, Derogatis et al., 1976), Rosenberg-Self-Esteem-Inventory (Bachmann & O´Malley, 1977), IIP (Inventory of Personal Problems (Horowitz et a., 1988), TCBS (Target Complaints (Battle et al. 1966), LIFE (Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation II, Keller et al. 1987). – Prozess-Messwerkzeuge: WAI (Working Alliance Inventory), BRLI (Barrett-Lennard Perceived Empathy, Barrett-Lennard, 1962), Truax Accurate Empathy Scale (Truax, 1967).
Messzeitpunkte: eine Woche vor Beginn, eine Woche nach Beendigung der Behandlungsphase, Follow up 6 Monate.
Ergebnisse: Beide Behandlungsarten erzielen eine signifikante Abnahme der depressiven Symptomatik mit 6-monatiger Katamnesen-Stabilität. Die EFT/PE-Gruppe zeigt allerdings eine schnellere Abnahme der Depressivität und eine signifikant stärkere Reduktion der globalen Pathologie-Symptomatik am Behandlungsende. Die EFT/PE-Gruppe weist höhere Werte für Erfahrungstiefe, Aufmerksamkeit, emotionale Aktivierung und fortgesetzte Problemlösungsfähigkeit auf.

1.11 1993/91 Beutler, L.E., Machado, P.P., Engle, D., Mohr: Differential Patient x Treatment Maintenance Among Cognitive, Experiential, and Self-directed Psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration, Vol.3, No.1, 1999* –
D: Major Depression/ F 32.2/ DSM III R: Major Depression Disorder (MDD)
Evidenzstufe: I b

N=49/ 20 Sitzungen, 1x wöchentlich/ Randomisierte Gruppenbildungen. Behandlungsarten: 1) Kognitive Verhaltensgruppentherapie (CT), 2) Fokussierte, expressive Gruppentherapie (FEP, manualisierte Form der Gestalttherapie, 3) Supportive Self Directed Therapy (S/SD, angeleitete Selbsthilfe).- Ausschlusskriterien: Bipolare oder schizophren psychotische Störungen,- organbedingte Störungen, - akute Suizidalität innerhalb der letzten 6 Monate, - depressiogene Medikation aus Komorbiditätsgründen.
Messwerkzeuge: Clinical Interview, gestützt auf das Computerprogramm DIS (Diagnostic Interview Schedule (Robins et al. 1981), HRSD (Hamilton Rating Scale or Depression (Hamilton 1967), BDI (Beck Depression Inventory, 1978), GAS (Global Asessment Scale, Endicott et al., 1976), BSI (Brief Symptom Inventory, Derrogatis, 1977), SCL90-R (Symptom-Check-List-90-Revised), GSI (Global Severity Index).
Messzeitpunkte: vorher, nachher, Follow up 3 und 12 Monate.
Ergebnisse: Stabile, gleich gute, signifikante Behandlungseffekte für alle drei Behandlungsarten nach 3 und 12 Monaten mit Intensivierung im Follow-up-Zeitraum. - Versuch einer Untergruppendifferenzierung: Bei hohem Widerstand ist der Ansatz von S/SD effektiver, bei geringerem FEP und CT. Externalisierer profitieren mehr vom S/SD-Ansatz, Internalisierer mehr von CT. Manualisierte Gestalttherapie (FE) erweist sich sowohl für In- wie Externalisierer als gleich gut geeignet.

1.12 1987 Gary M. Tyson, L.M. Range: Gestalt Dialogues as a Treatment for Mild Depression: time works just as well. D: Depression, F 32.1/ Evidenzstufe IIb
Journal of Clinical Psychology, 43,2 227-231.

N=44, n=11. Randomisierte Aufteilung in 4 Gruppen: a) Kontroll-Gruppe, b) Gestalt-Dialog-Gruppe mit 2 Stühlen, c) zufällig ausgewählte Dialoge von Shakespeare, die gespielt wurden, d) Personen wurden ohne Dialogtechnik aufgefordert, Gefühle auszudrücken. Behandlung: (nur) 1 Stunde/Woche über (nur) 4 Wochen. Follow-up-Untersuchungen nach 7 Wochen.
Messwerkzeuge: Self-report-question, DACL und MMPI-168. Klienten, die anfangs in der Depressions-Skala 60 oder mehr Punkte erreichten, wurden in diese Untersuchung aufgenommen. – Die Gruppensitzungen wurden auf Kassette aufgenommen, davon wurde je eine 5-Min. Stichprobe von einem Supervisor blind geratet und kategorisiert. – Post-Test: MMPI-168 und DACL (Depression Adjective Check List) und nochmals 7.3 Wochen später als Follow up.
Ergebnis: Keine statistischen Gruppenunterschiede. (Kritik: zu geringes Behandlungsangebot und nur frisch graduierte Psychologie-Studenten in der Therapeuten-Rolle.)

1.13 1984 Esser, Peter, E. Bellendorf, A. Groß, W. Neudenberger, H. Bommert: Auswirkungen einer erlebnisorientierten Psychotherapie auf Prozess- und Erfolgsmerkmale unter besonderer Berücksichtigung der Klientenvariable

„Experiencing“. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 3, 221- 231*.

D: Psychoneurosen /ICD-10 F 39 - Evidenzstufe IIb

N=30, n=15. Behandlungsgruppe B: Klientenzentrierte Gesprächstherapie, Gruppe A: dito mit zusätzlichen, erlebnisaktivierenden Interventionen aus der Gestalttherapie. Keine Randomisierung.

Diagnostik: FPI-Profil mit deutlicher, psychoneurotischer Symptomatik mit Normabweichungen auf den Dimensionen 1 (Nervosität, psychoso-matisch gestört), 3 (Depressivität, Selbstunsicherheit), 6 (Irritierbarkeit, mangelnde Gelassenheit), 8 Gehemmtheit, Gespanntheit), N (emotionale Labilität) und M (typ. weibliche Selbstschilderung).

Behandlungsumfang: Jede Gruppe erhält 10 Einzelsitzungen (à 45 Min.), 1 x wöchentlich. - Therapeuten: Gesprächstherapeuten mit 12-tägiger Zusatzschulung in gestalttherapeutischer Methodik. (Keine Ausübung durch Gestalttherapeuten.)

Messinstrumente: der Prä-/Post-Messung: FPI Freiburger Persönlichkeits-Inventar und VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens nach Zielke/Kopf-Mehnert, 1978; - Prozessmessung: Experiencing-Skala (Gendlin,, bzw. Dahlhoff & Bommert, 1978) mittels Stichproben der Gespräche Nr. 3, 6, 9 aus Tonbandaufzeichnungen und Ratings; ferner analog ein subjektives Fremdeinschätzungsverfahren. - Kein Follow up.

Ergebnis: Beide Gruppen zeigten positive Veränderungseffekte. Gruppe A zeigte eine signifikant stärkere Erfahrungstiefe und Verminderung der Depressivität. In dieser Studie konnte allerdings der parallele Therapie-Erfolg mit der stärkeren Erfahrungstiefe nicht repliziert werden.

2. Angst- und Zwangsstörungen (F 40- 42; F 93 und F 94.0)

2.1 2009 Elliott, R., Partyka, R., Alperin, R., Dobrenski, R., Wagner, J., Messer, S.B., Watson, J.C., Castonguay, L.G.: An adjusticated hermeneutic single-case efficacy design-study of experiential therapy for panic/ phobia.

D: Phobie und Panikstörung. F 40.01(Agoraphobie, Brücken-, Höhen-, Flug-Angst) - Evidenzstufe analog I b

Qualitativ und quantitativ methodisch begleitete Einzelfallstudie als Modell und (aufwendiger) Vorschlag Elliotts für die wissenschaftliche Erfassung von Einzelfall-Studien.

23 Einzelstunden von Prozess-Erfahrungstherapie/ EFT. Drei Bewerter mit Entscheidungskompetenz anderer theoretischer Ausrichtungen entschieden aufgrund der Datenlage. Als die wesentlichen Wirkfaktoren wurden a) die Art der therapeutischen Beziehung und b) die besondere Behandlungstechnik herausgehoben. Die brauchbarste Information über den Veränderungsprozess erhielt man innerhalb der Therapie-Sitzungen aus der Erzählweise des Klienten sowie aus der sich entfaltenden Interaktion zwischen Therapeut und Klient. Alle Sitzungen waren aufgezeichnet worden. –

Messinstrumentarium: SCL-R-90, IIP, RCI,-HSCED; 6-, 18- und 24- Monats-Follow-up.

Ergebnis: Katamnesen-stabile, eindrucksvolle Verbesserungen mit hohen Effektstärken.

2.2 2003 Butollo, W.: Integrative Therapie der Angst. In: F. Staemmler & R.Merten (Hrsg.): *Angst als Ressource und Störung. Interdisziplinäre Aspekte (S.80- 109), Paderborn, Junfermann*

D: Angst-Störungen, F 40, 41, 60 / Evidenzstufe II b
(Untergruppendifferenzierung)
Kombination von vorlaufender verhaltenstherapeutischer Einzeltherapie und folgender Gestalt-Gruppentherapie. N= 137.
Untergruppendifferenzierung: a) Reine Angststörungen, n=33 (im Prätest), n= 35 nach MIMBIA, b) komplexe Symptomatik aus Angst- und Persönlichkeitsstörungen (n=7, gleichbleibend), c) Agoraphobie und Panikstörungen, (n=17, gleichbleibend). Fortlaufende, stufenweise, eindrucksvolle Verbesserungen zur Norm auf allen Subskalen der Gruppen a) und c). - Für die komplexe Gruppe b) verbessern sich: soziale Unsicherheit, Ängstlichkeit und phobische Angst.

2.3 2003 Klingelhöfer, J. & Mestel, R.: Diagnose und differenzielle Therapie der Angststörungen in einem multimodalen, stationären Ansatz. *In: Staemmler, F.-M. & Merten, R. (Hrsg.) Angst als Ressource und Störung. Interdisziplinäre Aspekte. Junfermann, Paderborn, S. 110- 122*

D: Angststörungen, F 40, F 41 Evidenzstufe: IIb
Studie der psychosomatischen Rehabilitationsklinik Bad Grönenbach. Untergruppendifferenzierung. Naturalistische Feldstudie ohne Randomisierung.
Verglichen werden zwei Therapiekonzepte: a) N=39, „psychodynamisch“* (-humanistisch), kombiniert mit kleinsten Ansätzen von verhaltensmodifizierenden Elementen) und b) N= 59, psychodynamisch-humanistische Basistherapie, schwerpunktsmässig kombiniert mit Verhaltenstherapie.
* Zur dortigen Definition der psychodynamisch(-humanistischen) Therapie bedarf es der Selbstbeschreibung: „Die Therapie ...arbeitet mit Hilfe der Leitmethoden Gestalttherapie und Psychodrama im Sinne des Prozess-Erfahrungsansatzes szenisch ausdrucksorientiert. Hierbei wird unter der Klärungsperspektive (Grawe 1995) zunächst der intrapsychische Dialog zwischen bewusstem Konzept und unbewusstem Erleben angeregt mit dem Ziel der Einsichtsvermittlung in konflikt-bedingte Ambivalenzen – auch im szenischen Aktualbezug zur Gruppe. Unter der Bewältigungs-perspektive können dann durch Probehandeln im szenischen Dialog bedürfnisbefriedigende Beziehungen möglich werden. Schließlich werden die kognitive Integration und die Verankerung im alltäglichen Handeln durch Übungsaufgaben angestrebt...“ (S. 112). Dies ist aus Insider-Sicht eine Beschreibung von Gestalttherapie- (inclusive der kleinen, verhaltensmodifizierenden und übenden Elemente, die auch in der Gestalttherapie von Anfang an zuhause sind.).
Messinstrumente: Gießen-Test (Beckman et alii, 1991), Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB, Introjektfragebogen, Instruktion: „Wie gehe ich mit mir im Normalfall um?“ – Tscheulin & Glossner, 1993), Symptom Checkliste (SCL-90-R, Franke, 1995), Beck Depressions Inventar (Hautzinger et alli 1995), Inventar interpersoneller Probleme (IIP, Horowitz et alii, 1993), Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV- Zielke & Kopf-Mehnert, 1979), VEV-K (Kriebel et alii, 2001) und der Bindungsstilfragebogen Relationship Questionnaire dimensional (Griffin & Batholomew, 1994). OPD-Achse-IV (OPD-Arbeitskreis 1996). Für die Kombinationsbehandlung mit VT zusätzlich: AKV-Skalen (ACQ, BSQ, MI-A, MI-B; Ehlers &Margraf, 1993). Es wurde eine mit der PsY-BaDo (Heuft &Senf) kompatiblen Basisdokumentation (PsYBaDo-PTM; von Heymann et al. in Vorb. Eingesetzt, welche alle

therapeutenseitig beurteilten Variablen (ICD-10-Diagnosen; Motivation der Pat.; BSS-Ratings (Schepank, 1995); Art der Therapiebeendigung) enthält.
Messzeitpunkte: vorher, nachher, Katamnese nach 1 oder 2 Jahren.
Ergebnisse: keine gesicherten Unterschiede bei den Behandlungs-Ergebnissen zwischen der „psychodynamisch"- humanistischen Behandlungsweise und der mit Verhaltenstherapie kombinierten.

2.4 2002 Martinez, Mario E.: Effectiveness of Operationalized Gestalt Therapy Role-Playing in the Treatment of Phobic Behaviors. *Gestalt Review, 6(2): 148-167*.
D: Schlangen-Phobie, F 40.2/ Evidenzstufe II b
(Untergruppendifferenzierung)
N=24, 3 randomisierte Gruppen. Kein Follow-up. - Auswahlkriterium: Personen mit Leidensdruck (hausärztlich thematisiert), die sich in ihrem Alltag schon über viele Jahre (mindestens 6 Jahre) aufgrund einer spezifischen Phobie krankheitswertig beeinträchtigt („very problematic") erleben.
Messinstrumente: STAI (State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger et al., 1966), SRI-Modifikation (Endler, 1962), FSS (Fear Survey Schedule, Wolpe & Lang, 1964), SD (Semantic Differential, Osgood et al. 1957).
Messzeitpunkte: Anfangs (STAI), nachher. - Behandlungsumfang: Informatives Orientierungsinterview über das Krankheitsbild Phobie und über die geplante Studie, Anamnesefragebogen und Testmaterial zum Ausfüllen, - 5 Therapie-Sitzungen von eineinhalb Stunden, 1 x wöchentlich in Kleingruppen.
Behandlungsformen 1) Rollenspiele mit Identifikation mit „beiden Seiten", a) mit der aversiven Eigenschaft eines phobischen Stimulus, die projiziert wird, und b) mit der phobischen Reaktion, 2) Stimulus-Rollenspiel zu a) und 3) Rollenspiel zur phobischen Reaktion.
Ergebnis: Die Gruppen 1) und 2) erweisen sich der Gruppe 3 als überlegen bezüglich des Rückgangs des Phobie-Symptoms, bzw. bezüglich der Rück-Integration der vormals projizierten Aversion. Die untersuchte, operationalisierte, gestalttherapeutische Rollenspielform hat sich zur Behandlung der Phobie als gleich wirksam erwiesen wie die Verhaltenstherapie.

2.5 2002 (siehe 1.9) D. Barghaan, T. Harfst, J. Dirmaier, U. Koch, H. Schulz (als Auswerter*): Externe Evaluation und Qualitätssicherung der Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten, Abt. Psychotherapie und Psychosomatik (=Abt. für Gestalttherapie, Leitender Arzt: Hans-Ulrich Wolf). Analyse, Struktur, Prozess und Outcome 2000-2001 anhand einer 1-Jahres-Katamnese/ Evidenzstufe: II b
Getrennt gewertete Diagnosen: 1) Depressive (59,8%), F 32, 33, 34.1,- 2) Angststörungen (18,8%) F=40, 41,- 3) Anpassungs- u. Belastungs-störungen (6%), F43, - 4) Persönlichkeitsstörungen (6%), F 60.

2.6 1997 Johnson, W.R., E.W.L. Smith „Gestalt-Empty-Chair Dialogue Versus Systematic Desensitiziation in the Treatment of a Phobia. *Gestalt Review, 1(2), 150- 162.*-
D: Schlangen-Phobie, F 40.2/ Evidenzstufe I b

N=55, n=23. Randomisierte Zuteilung zu drei Gruppen: Gestalttherapie mit der Leerer-Stuhl-Dialog-Technik (8), B) Systematische Desensibilisierung (7), C) unbehandelte Kontrollgruppe (8). Es gab 4 Abbrecher von ursprünglich 27 TN.– Behandlungsangebot: 8 Stunden
Messinstrumente: AT (Avoidence-Test, Barrett, 1969 et al.) als Screening-Test für aktuelle Schlangenphobie mit krankheitswertiger Beeinträchtigung, -MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Group Form, - Snake Questionnaire (Smith, 1970), - Student Opinion Survey (Johnson & Smith), - Subjective Opinion Questionaire (Johnson & Smith).-
Messzeitpunkte: vorher, nachher (AT mit einem fremden Versuchsleiter, der nicht wusste, welche Teilnehmer in der Behandlungs- und welche in der Kontrollgruppe waren. Abschlussinterview mit einem Versuchsleiter, der nichts über das AT-Resultat wusste.
Nach 7 Behandlungssitzungen: signifikante Verbesserungen bei A und B ($p<.05$), nicht bei C. A-Probanden hatten über sich selbst mehr erfahren, B-Probanden konnten sich besser entspannen. Beide Verfahren eignen sich für die Phobie-Behandlung.

3. Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F 44- 48)

3.1 2007 Graham, J., Manor, O., Wiseman, S.: Introducing humanistic group counselling for somatization in a primary care practice: Preliminary findings.
Counselling and Psychotherapy Research, Dezember 2007, 7(4): 220-226

D: Somatoforme (funktionelle) Störungen, F 45/ Evidenzstufe IV
Pilotstudie: N=6 Patienten mit organisch nicht begründbarer Symptomatik aus einer Londoner Primär-Versorgungs-Ambulanz.- Keine Kontrollgruppen.
Zuweisung durch die behandelnden Ärzte. (Zeitraum: 2003)
Messinstrument: CORE-OM (Clinical Outcome and Routine Evaluation).
Messzeitpunkte: Die Fragebögen bekamen die Pat, anfangs, in der Mitte und am Ende zum Ausfüllen. 6 Mon. Follow-up.–Außenkriterium: Anzahl der Arztbesuche im halben Jahr vor und im halben Jahr nach der Humanistischen Gruppen-Behandlung.
Behandlung: 24 Sitzungen (à 90 Min.), 1 x wchtl., 6 Monate lang. Dialogische Humanistische Beratung in der Gruppe mit Übergang zur Gruppentherapie (bezugnehmend auf die heilenden Faktoren der Gruppentherapie bei Yalom, 1995, und Ratigan, 1997, sowie methodisch auf Gestalttherapie und Client Centered Therapy). Eindrucksvoll verbindlich, kraft- und haltgebend für den Einzelnen war die durch die gegenseitige, empathische Gruppeninteraktion potenzierte heilende Kraft der Gruppenmatrix, mit der sich jeder als Teil dieses Ganzen zu identifizieren schien. Es entstand trotz großer Achtsamkeit für die Individuen eine intensive, gruppenorientierte Bezogenheit.
Ergebnis: Signifikanter Rückgang der Beschwerden und Probleme ($p<.001$) sowie der Arztbesuche ($p<.o25$). Gleichzeitig entstand ein Know How zur Selbsthilfe.

3.2 2003 Sandweg, R., Finkbeiner, G.F.: Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane. *In: Thure von Uexküll et alii „Psychosomatischen Medizin", Lehrbuch, 6. Aufl*.

D: Psychosomatische Erkrankungen der Haltungs- u. Bewegungsorgane. /F 45

Evidenzstufe: V
Übersichtsartikel zur Psychosomatik der Haltungs- und Bewegungsorgane mit Betonung der Gestalttherapie als klinisches Behandlungskonzept.

3.3 1999 Hans-Ulrich Wolf „Behandlungsergebnisse ganzheitlich stationärer Psychosomatik in Bad Zwesten". Eine testpsychologische Untersuchung der Behandlungsergebnisse auf der Abt. Psychotherapie und Psychosomatik der Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten. Bad Zwestener Hefte zur klinischen Gestalttherapie/ Integrativen Therapie, Heft Nr. 2

D: gemischtes Klientel: 1/5 primär psychosomatische Erkrankung, F 45, 1/3 depressive Neurose, F 32, 1/3 Strukturschwache/ Evidenzstufe II b
N= 134 Behandlungsgruppen-Beginner, jedoch nur N=94 mit 5-wöchigem Aufenthalt, Wartegruppe als Vergleich: N= 34. Katamnesen 8 und 30 Monate später. – Messinstrumente der Wartegruppe: FPI-AI, Gießen-Test; anfangs, nach 3 und 6 Wochen sowie am Ende: FPI-AI, GT, VEV , desgleichen nach 8 und 30 Mon. Aufnahmebeschwerden: Ängste 71%, Depressionen 72%, Selbstunsicherheit 57%, Schmerzzustände im Bewegungsapparat 52%, Kopfschmerzen 31 % etc.. Am Behandlungsende 86% Besserung der Hauptsymptomatik, nach 30 Mon. weiter gebessert.

3.4 1999 Peschel, U., Dörfler, U., Jacobs, A., Chroszieski, W., Müller, U.: Integratives* Schmerzkonzept der Fachklinik Hängebarghorst. (*Schwerpunkt: Gestalttherapie mit Bewegungs-, Entspannungs-, Physio- und Pharmakotherapie)
Kongressband zur 7. Fachtagung der Stiftung „Psychosomatik der Wirbelsäule", Malente-Krummsee, 10- 12. Juni 1999

D: Somatoforme Schmerzsyndrome (orthopädischer, chronifizierter* Langzeitpatienten (ICD-F 45.4) / *im Chronifizierungsschema nach Gerbershagen, etwa hälftig Stadium II und III. - Evidenzstufe II b
N= 102 (49 männl., 53 weibl.), 2 Abbrecher. Warte-Kontrollgruppe, nicht randomisiert. Messzeitpunkte: vorher, nachher, nach 6 Monaten. Messinstrumente: Funktionsfragebogen Hannover, Fragebogen (Felv-Test) zum Gesundheitszustand als Selbsteinschätzung, Leistungsvermögen, Beeinträchtigung durch Verlust von Energie, Schmerz (Nottingham-Health-Profile), Schlafmangel, negative Krankheitsverarbeitung mit Depressivität, Katastrophieren etc-
Ergebnisse: Signifikante, weitgehend katamnesenstabile Verbesserungen auf den Skalen: Gesundheitszustand, Leistungsvermögen, Schmerzstärke, Katastrophieren, Energieverlust.

3.5 1998 Heinl, H. „Behandlungsergebnisse bei Integrativer Therapie", In: Heiko Riedel & Peter Henningsen (Hrsg.): Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen: Grundlagen – Therapiekonzepte – offene Fragen. Kongressband zur 6. Fachtagung der Stiftung „Psychosomatik der Wirbelsäule", Heidelberg, 20.- 21. 03. 1998. Selbstverlag der Stiftung, Blieskastel.

D: Chronische, psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungssystems / F 45.4/ Evidenzstufe: II b
N=123. n=60. Kontrollen: unbehandlet N=30, Wartegruppen N= 33. Behandlungsform: 5-tägiges (40-stündiges), gestalttherapeutisches Intensiv-Seminar. Katamnesen nach 12 und 24 Monaten (80% Rücklauf).

Messinstrumente: Bogen zur Behandlungsvorbereitung (Heinl & Schubert), - Orthopädischer Fragebogen (Heinl, unveröffentl., 1973), - Fragebogen zum Körpererleben (Strauß & Appelt, 1983), - Kieler Änderungssensitive Symptomliste (Kassel, von Zielke, 1979), - Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV, von Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-AI, Fahrenberg, Hampel & Selg, 1983), - Generalfaktor, der auf den Interkorrelationen der metrischen Variablen der angeführten Instrumente basiert, - Katamnese-Fragebogen (Heinl, unveröffentl.,– mit Auszügen aus dem Katamnese-Fragebogen von Rudolf 1990),- Körperfragebogen (Heinl, 1992 unveröffentlicht).
Messzeitpunkte: vorher, nachher, Follow up 12 und 24 Monate.
Ergebnisse: Katamnesen-stabile Behandlungsergebnisse. Die größten Veränderungen ergaben sich in die gewünschte Richtung bei a) affektiven Störungen, b) Störung im Erleben und Verhalten, c) physischem Wohlbefinden. Die positiven Veränderungen bei den psychosozialen Symptomen übertrafen die der Veränderungen von Schmerzerfahrungen. Die Faktorenanalyse, die, basierend auf den Daten der Ein- und Zwei-Jahres-Katamnese durchgeführt wurde, ergab als therapeutische Wirkfaktoren: 1) Geborgenheit, Akzeptanz und erlebtes Verständnis, 2) affektives Erleben und gedankliche Neuorientierung, 3) Identifikation und Freiraum, 4) negatives Therapieerleben (bezieht sich auf eine sehr kleine Teilnehmerzahl, die die Intensität und kurze Dauer der Therapie eher negativ einstufte). Das affektive Erleben bezieht sich sowohl auf die Gruppen-atmosphäre und –dynamik wie auch auf die integrierten gestalttherapeutischen Interventionen. Für das Erkennen und Loslassen-Können von nicht mehr sinnvollen Lebens-Konzepten sowie für eine Neuorientierung ist die erlebte Sicherheit des emotionalen Schutzraumes von Bedeutung und die entscheidende Voraussetzung.

3.6 1998 Sandweg, R. & Riedel, H., „Gibt es Prädiktoren für den Erfolg bei der Behandlung chronischer Schmerzen?“ In: Riedel, H. & Henningsen, P. (Hrsg.), *Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen: Grundlagen, Therapiekonzepte, offene Fragen. Kongressband zur 6. Fachtagung der Stiftung „Psychosomatik der Wirbelsäule“, Heidelberg, 20.-21. 03. 1998, S.171-197. Blieskastel:* Psychosomatik der Wirbelsäule.

D: Psychosomatische Krankheitsbilder des Bewegungssystems. F 45.4/ Evidenzstufe IV

N= 251. Klinische Anwendung der Gestalttherapie in einer Rehabilitationsklinik. Erfasst werden Persönlichkeitsmerkmale und interpersonelle Faktoren bzgl. ihrer prognostischen Relevanz für den Therapieerfolg. Datenerhebung: vor und nach der Behandlung, Katamnesen ein und drei Jahre danach. Von 201 Pat. liegen vollständige Fragebögen nach Behandlungsende vor. Von 81,1% (163) davon gibt es auch die drei-Jahres-Katamnesen. Die Patientenaussagen wurden im Behandlungszeitraum durch Fremdeinschätzungen der Therapeuten (PSKB, VAS, Ich-F und zuzüglich mit orthopädisch-somatische Daten ergänzt. Die Schmerzen fielen während der klinischen Zeit von 63,8 auf 49,3 auf der 100-Punkte-Schmerzskala (VAS), stiegen zur 1-Jahres-Zeitpunkt wieder an, um bei der 3-Jahres-Erhebung wieder deutlich niedriger zu liegen. Die Hälfte der Patienten erlebt ihre Schmerzen dann als verbessert, ein knappes Drittel als sehr verbessert. Ein Viertel berichtet über katamnesen-stabile, erhöhte Beweglichkeit.– Die psychische Befindlichkeit ist am Ende der Behandlung bei über 60% verbessert; nach drei Jahren wird verbessert bis sogar sehr verbessert

angegeben. Bei 60% wird dann auch eine verbesserte Lebenszufriedenheit beschrieben. Während der Behandlung nahmen (prognostisch relevant) die Affektregulation zu - sowie die emotionale Ansprechbarkeit und die Fähigkeit zur Verständigung mit dem Untersucher.

3.7 1992 Spagnuolo Lobb, M., „Childbirth as Rebirth of the Mother", *The Gestalt Journal, Heft 15,1, S. 7-38.* – Evidenzstufe: I b

D: Psychogene Störungen des Geburts- und Wochenbetts-Verlaufes. F 45.9
Gestalttherapeutische Aspekte zum Gelingen und Misslingen.
Erfahrungsvermittelnder, Achtsamkeit lenkender, strukturierter Gestalt-Vorbereitungskurs in Gruppen zu jeweils 15 Schwangeren. Sitzungen à 3 Stunden, 1 x wöchentlich über 10 Wochen mit aufbauenden, definierten Schritten (30 Stunden insgesamt)
N= 250, n=100. Randomisierte Kontrollgruppen (a) n=50 unbehandelt, b) n= 100 mit anderen Methoden vorbereitet, nämlich mit Autogenem Training und einschlägiger Literatur). –Erhebung medizinischer Parameter zur Vorsorge sowie begleitende Testdiagnostik.-
Ergebnisse: Die Geburtsdauer samt Wehen-tätigkeit der Frauen der Gestaltgruppe betrug 4 Stunden weniger im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe und 2 Stunden weniger als bei den anderweitig behandelten Kontrollgruppen. (p=0.00001).- Die Frauen der Gestaltgruppe hatten weniger Kaiserschnitt-Entbindungen, nahmen die Wehen-kontraktionen weniger schmerzhaft wahr als die unvorbereiteten, konnten sich selbst positiver während des Entbindungs-vorgangs wahrnehmen und hatten mehr Vertrauen in die eigene Fähigkeit und die des Partners, Eltern zu werden – im Vergleich zu den Frauen der beiden Kontrollgruppen.

3.8 1989 Hill, D., Beutler, L.E. & Dalldrup, R. „The realtionship of process to outcome in brief experimental psychotherapy for chronic pain." *Journal of Clinical Psychology, 45,6,951-957*

D: Akute, rheumatische Arthritis.- F 45.9 / Evidenzstufe: II b (?)
N=n=6. 10 Einzelstunden Gestalt-Psychotherapie. Prozess- Outcome-Studie. Keine Kontrollgruppe.
Rheumatologische Kriterien: „aktive, rheumatoide Arthritis" (Stadium II) mit stabiler Medikation seit über 6 Mon., ohne Suicidalität, Psychose oder cerebralen Komplikationen oder Psychopharmaka-bedarf. Durchschnittliche Krankheits-dauer 16 Jahre (11-26) mit leichter Depression (im SCL-90R, -Derogatis, 1983, - eine Standardabweichung über der Norm).-
Messwerkzeuge: a) Rater-genutzte Tests: VPPS (Vanderbilt Psychotherapy Process Scale, O´Malley et al. 1983), EXP (Experiencing Scale, Klein et al. 1969). Je 3 trainierte Rater.- Patienten-Einschätzungen der Sitzungen mittels: SEQ (Session Evaluation Questionnaire, Stiles, 1980), BLRI (Barrett-Lennard Relationship Inventory, 1964). – Session Outcome-Messwerkzeuge: SCL-90R (Derogatis, 1983), VAS (Visual Analogue Scale). Final outcome-Instrumente: GSI (Global Severity Index, VPPS, SEQ.- Messungen: vorher, nachher, nach jeder Sitzung.
Ergebnis: Patienten, die sich stark beteiligen und einlassen, weisen eine größere Verminderung des Leidensdrucks auf. Die Tiefe einer Sitzung und ihre „Weichheit" führt am Ende der Sitzung zu ausgeprägteren, positiven Gefühlen, korreliert aber nicht mit dem gesamten Treatment-Outcome. Die Autoren diskutieren kritisch die kurze Therapiedauer.

3.9 1986 Teegen, F., Johannsen, A., Voght, K.H.: Modifikation von Beschwerdehäufigkeit, -intensität und Medikamentenverbrauch bei Klienten mit funktionellen Bauch-beschwerden. *Integrative Therapie, 1-2, 39- 48*

D: Funktionelle Beschwerden im gastrointestinalen Bereich. F 45.31, 45.32 / Evidenzstufe (IIb)/V

N=24 , 12 Männer und 12 Frauen mit funkt. Bauchbeschwerden nahmen an geschlechtsgetrennten Gestalttherapie-Gruppen teil (8 x 1 ½ Stunden, 1x wöchentlich). Keine Kontrollgruppen. Messinstrumente: Beschwerdeliste von Zerssen, FPI (Freiburger Persönlichkeits-Inventar). Messung vorher und nachher. Kein Follow-up.

Ergebnis: Bei Männer und Frauen sank die Beschwerdehäufigkeit ($p<.01$) und –intensität aufgrund der Therapie. - Die Männer lagen bereits- analog dem sozialen Erwartungs-Klischee - bei der Voruntersuchung auf den FPI-Skalen „psychosomatische Störung" sowie „emotionale Labilität" noch im Normbereich, während die Frauen diesbezüglich über der Norm lagen, aber sich während der Therapie statistisch bedeutsam verbessern konnten.

3.10 1981 Smith, Katherine Zawiekiewicz, „Comparison of Image and Image/Gestalt Techniques in Stress and Pain Reduction. (*Dissertation)*

D: Schmerzsyndrome (Muskuläre Verspannungen im Bewegungssystem, Migräne). F 45.4 - Evidenzstufe I b

N=33, n=18. Freiwillige, chronische Schmerz-Patienten (Schmerzdauer mindestens 6 Monate), geschickt von Arztpraxen. Randomisierte Gruppenbildung: a) „Image" (Visualisierungs-training zur Schmerzlinderung im Sinne von Simonton), b) „Image/Gestalt" (Visualisierung, kombiniert mit aktiven Gestalttechniken, um psychosomatisch eingehaltenen Impulsen nach außen hin Ausdruck zu verleihen und sie auszuagieren). – Messinstrumente: CMI (Cornell Medical Index, 1949, - nach Buros, 1972, ein Erhebungsinstrument für Stress), VAS (Visual Analog Scale, Erhebungsinstrument für die Schmerzintensität, validiert 1976 durch Scott), Drawing Scale, - the Personal Information Questionnaire. – Messzeitpunkte: Batterie vorher und nachher, VAS vor und nach den Sitzungen, Follow up nach 6 Wochen.

Am Schluss jeder Sitzung wurden jeweils Zeichnungen zur erlebten Veränderung erbeten. – Behandlungsangebot: 4 Sitzungen zu eineinhalb Stunden pro Patient, 1 x wöchentlich. –Trotz der Randomisierung waren in der Gestaltgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zufällig deutlich ältere und Patienten mit deutlich längerer Schmerzanamnese gelandet. Ergebnisse: Alle Patienten zeigten eine signifikante Schmerzreduktion, die sich im Follow-up noch intensivierte.

4. Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55)

4.1 2007 Koehn, C.V.: Experiential Work in Group Treatment für Alcohol and Other Drugs Problems: The Relationship Sculpture. *Alcoholism Treatment Quaterley, Vol. 25(3), 2007, 99-111 The Hayworth Press, Inc.*

D: Alkoholmissbrauch. F 10/ – Evidenzstufe V

Als wirksame, eindrucksvolle und erlebnisaktivierende Behandlungsmethodik in der Gruppe wird die Darstellung der menschlichen Beziehungen in einer Skulptur besprochen, einer Technik, wie sie in der Gestalttherapie vor allem gerne für die Konstellation der Introjekte angewendet wird. Bei dieser Vorgehensweise

identifiziert sich der Betroffene nacheinander mit den unterschiedlichen Positionen und erweitert dabei sein ganzheitliches Verständnis – je nach Aufstellung - über die intrapsychische oder interpersonelle Konstellation. Fallbeispiel.

4.2 1989 Röhrle, B., Schmölder, H. & Schmölder, H.,"Merkmale sozialer Netzwerke als Kriterien zur Nachuntersuchung von Patienten einer therapeutischen Gemeinschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 37,3, 291-302*

D: Drogen- und Alkoholabhängigkeit. F 10, F 19/ Evidenzstufe IV
N=n=47. Untersuchungszeitpunkte vor und nach der ca. halbjährigen Gruppen-Therapie gemischter Stile (gestalttherapeutisch, psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch), 4-Jahres-Katamnesen. Katamnesen-stabile Verbesserungen auf den Gießen-Test-Dimensionen „Soziale Resonanz, Dominanz, Depressivität, Retention und Soziale Impotenz.

4.3 1981 Ludwig, G., Vormann, G., „Katamnestische Untersuchung für die therapeutischen Gemeinschaften der STEP-Gem. Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik mbH für den Zeitraum 1973- 1980. *Informationen aus der Therapiekette Niedersachsen I*.

D: Drogen-Abhängigkeit. F 11, 12, 15, 19/ Evidenzstufe IV
N=n=147 Ex-Drogenkonsumenten. Die Einrichtung arbeitet mit einem gestalttherapeutischen Behandlungsansatz. Die Katamnesen erfassen ein bis neun Jahre nach Entlassung. Deskriptive Daten zur Drogenabstinenz und zur sozialen Integration, teilweise mit geschlechtsspezifischer Aufschlüsselung. Gesamtergebnis: 70,7% der Ex-Drogenkonsumenten leben dauerhaft drogenstabil.

4.4 1980 Petzold, H. & Gernot Vormann: „Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen, Modelle, Supervision." Pfeiffer-Verlag, Leben lernen.

D: Drogen-Abhängigkeit. F 11, 12, 15, 19/ Evidenzstufe V oder IV
Übersichtsarbeit zu bewährten Behandlungsmodellen.

4.5 1978 Moran, M., Watson, C.G., Brown, J., White, C., Jacobs, L. „Systems Releasing Action Therapy with Alcoholics: an Experimental Evaluation. *Journal of Clinical Psychology, 34,3, 769- 774.*

D: Alkohol-Abhängigkeit. F 10/ Evidenzstufe II b

Die „System-Releasing-Action-Therapie (SRAT)" wird als ein Vorgehen beschrieben, das auf Gestalttherapie und Bioenergetik basiert. N=56, n=28 Alkohol-Abhängige. Randomisierte Gruppenbildung; a) zusätzliche SRAT-Gruppe, b) Kontroll-Gruppe ohne zusätzliche Therapie zu den üblichen Reha-Maßnahmen. Psychologische Messinstrumente: Brief Psychiatric Rating Scale (Overall& Gorham, 1962), State/ Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al. 1968), MMPI, Anhedonia Scale (Watson, 1972), Alcohol Intake Questionnaire (Pucel, 1972), Patient´s Symptoms Selfratings (PSS, Moran&Brown). Messzeitpunkte: zu Beginn, nach der 3-wöchigen Behandlungszeit (oder Kontroll-Periode),- Follow-up nach 6 Monaten. Kurzzeit-Angebot von 10-stündigen, intensiven Sitzungen im Kleingruppen-Setting. Zunächst bioenergetisch-übungsorientiertes Vorgehen, speziell zur kathartischen Spannungsreduktion oder zur Aufhebung von aggressiven Blockaden. 3 Behandlungswochen. Medizinische und psychologische Enduntersuchung 3 Wo nach Behandlungsende. Die SRAT-Gruppe erwies sich dabei als stabiler auf verschiedenen

physiologischen Parametern, bezüglich psychosomatischen Beschwerden sowie hinsichtlich psychologischer Merkmale (Selbstsicherheit, emotionale Stabilität, weniger Hilflosigkeit, Feindseligkeit, Kummer und Rückzugstendenzen etc). Die Katamnese nach 6 Monaten verfehlte leider die Signifikanzgrenze.

5. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)

5.1 2008 Stauss, K., Fritzsche: Der Wechsel von konflikt- zu strukturbezogener Psychotherapie. PDP 2008; 7: 66-75

D: Persönlichkeitsstörung bei struktureller Beeinträchtigung mit habituellem, dysfunktionalem Beziehungsmuster. - Evidenzstufe IV (als Fallstudie),- Gesamtstudie IIb

In einer fruchtbaren Weise ergänzen sich hier die OPD-orientierten, theoretischen Überlegungen (Fritzsche) in Anlehnung an die Strukturbezogene Psychotherapie (G. Rudolf), in der der gestalttherapeutische Entwurf wiederzuerkennen ist, - mit der potentialentfaltenden Kraft der beziehungsorientierten Gestalttherapie, deren Know How Konrad Stauß einbringt (Lehrtherapeut des Gestaltinstituts Würzburg, ehem. Klinikchef der humanistisch orientierten, psychosomatischen Kliniken Bad Grönenbach), um bei der Behandlung von Patienten/ innen mit strukturellen Defiziten (Borderlinern) wirkungsvolle Wege aufzuweisen.

Messinstrument: Strukturfokusliste der OPD-2. Fall- und behandlungs-methodisch ausgerichtete Beschreibung in OPD- gemäßer Schrittfolge.
Als eindrucksvolles Ergebnis der übergeordneten Gesamtstudie wird von einer über 6-9 Mon. nachgewiesenen, katamnesen-stabilen (Prä/Post-) Effektstärke von 0.84 berichtet, die sonst üblicherweise allenfalls bei Patienten mit Neuroseniveau erreicht wird, nicht aber bei strukturlabilen.

Trotz der vorherrschenden Präsenz der Gestalttherapie auf der Behandlungsebene wird die Gestalttherapie in den Schlüsselwörtern nicht benannt.

Diese Arbeit wäre hier nicht aufgezählt worden, wenn sie nicht auf Nachfrage bei den Autoren, warum hier im Wesentlichen Gestalttherapie praktiziert und auch indirekt beschrieben, aber nicht offiziell benannt wird, zu den folgenden Reaktionen geführt hat: Prof. Fritzsche: „....Es tut uns leid, dass der Bezug zur Gestalttherapie nicht stärker berücksichtigt wurde. ..“(3. 9. 2008) – Dr. Stauss: „....Dass es bei diesen „Übernahme- und Einverleibungsschlachten“ oft nicht fair zugeht, ist ganz offensichtlich. Aus diesem Grund kann ich auch die Irritation Ihrerseits nachvollziehen, dass ich Gestalttherapie nur im Fließtext und nicht im Literaturverzeichnis erwähnt habe. Für diese Irritation möchte ich mich entschuldigen...“ (Persönliche Mail vom 23. Sept. 2008).

5.2 2002 Mackay, Bea: „Effects of Gestalt Therapy Two-Chair Dialogue on Divorce Decision Making. *Gestalt Review, 6(3):220-235*

D: Entscheidungsunfähigkeit/ Unentschlossenheit (F60.5, F 60.8, 48.9)/ Evidenzstufe IV

Untergruppendifferenzierung und Grundlagenforschung zur Gestalttherapie: Über eine strukturierte Q-Sort-Methode werden zwei zweistufige Faktoren in einem 2x2-faktoriellen Design auf ihre Interaktionen hin untersucht: Kontakt (unterbrochen vs nicht-unterbrochen) und Konfliktlösung (gelöst versus nicht-gelöst). Wenn die Therapie erfolgreich verlief, interagierten Kontakt und Konfliktlösung miteinander wie vorhergesagt.

5.3 2002 (siehe 1.9)
D. Barghaan, T. Harfst, J. Dirmaier, U. Koch, H. Schulz (als Auswerter*):
Externe Evaluation und Qualitätssicherung der Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten,

Abt. Psychotherapie und Psychosomatik
(=Abt. für Gestalttherapie, Leitender Arzt: Hans-Ulrich Wolf).
Analyse, Struktur, Prozess und Outcome 2000-2001 anhand einer 1-Jahres-Katamnese/ Evidenzstufe: II b
Getrennt gewertete Diagnosen: 1) Depressive, 2) Angst-, 3) Anpassungs- u. Belastungsstörungen, 4) Persönlichkeitsstörungen, F 60.8 (6%).

5.4 1996 Wolfus, B., Bierman, R.: „An Evaluation of a Group Treatment Program for Incarcerated Male Batterers." *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 40(4), 318-333, Sage Publications, Inc.*

D: Impulsive und dissoziale Persönlichkeitsstörung. F 60.2, F 60.3/ Evidenzstufe II b

Diese Studie untersucht ein Programm für eine Art gewaltfreie Kommunikation (RWV= Relating Without Violence) bei gewaltbereiten, männlichen Gefangenen, die zuvor häusliche Gewaltverbrechen gegen Familienangehörige, meist gegen die Partnerin begangen hatten. N=121, n=57, eingeteilt in drei Gruppen: a) 57 gefangene Gewalttäter, die das RWV-Programm durchliefen, b) 30 Gewalttäter, die das Programm nicht durchliefen, c) 30 Männer ohne gewalttätige Vorgeschichte. - 12-wöchiges Behandlungsprogramm in Gruppen zu 12 Männern, 1x wöchentlich über 4 Stunden, - zusätzlich 1 x wchtl. 1 Einzelsitzung à 45 Min. Das Behandlungsprogramm durchläuft einen in 10 Stufen aufgebauten Prozess, der in Anlehnung an Greenbergs EFT- bzw. gestaltorientiertem Vorgehen hilft, Kontakt zu Gefühlen aufzubauen, sie zu identifizieren, zu differenzieren, zu akzeptieren, ihnen Ausdruck, Bilder und Worte zu verleihen, assoziative Brücken zur Kindheit zu erlauben, sie in einen Bezug zu wichtigen Personen zu bringen, blockierte Bedürfnisse und Wünsche („unfinished business") zu erkennen, in einen Dialog umzusetzen und zu lernen, die inneren Ressourcen dahingehend zu nutzen, mit offenen Bedürfnissen mit adäquater Selbstfürsorge umzugehen. Dabei wird sowohl auf die Stärkung der Selbstakzeptanz geachtet, auf die Entwicklung der Sensibilität für andere, wie auch auf den Aufbau von Konfliktfähigkeit und Konflikt-Lösungsbereitschaft.
Messinstrumente: TSCS (Tenssee Self-Concept), PRF (Personality Research Form), ACTS (Adapted Conflict Tactics Scale). Messzeitpunkte: 1) nach dem ersten Gruppentreffen, 2) 10 Wochen später knapp vor Programmende, 3) 10- 12 Wochen danach. Die Kontrollgruppen-Messzeitpunkte lagen parallel.
Durch das Programm verminderte sich die Bereitschaft der Gewalttäter in Konfliktsituationen psychisch und physisch destruktiv zu reagieren; es reduzierte Irritation, die Bereitschaft mit Wut zu antworten und in einen präventiven Gegenangriff als Verteidigung zu gehen. Es milderte die misstrauische Erwartungshaltung, von anderen verurteilt zu werden. Es förderte die Bereitschaft, anderen Hilfe anzubieten, vor dem Handeln inne zu halten und sich selbst mehr annehmen zu können.

5.5 1986 Clarke, K.M., Greenberg, L.S.: „Differential Effects of the Gestalt Two-Chair Intervention and Problem Solving in Resolving Decisional Conflict." *Psychotherapy, 20, 1, 112-117*

D: Entscheidungs-Unfähigkeit. F 60.5, F 60.8 (48.9)/ Evidenzstufe I b

Verglichen wurden eine gestalttherapeutisch-affektive und eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsmethode bei Patienten, die in interpersonalen Konflikten keine Entscheidung treffen konnten. Aus N=48 wurden randomisiert drei Gruppen gebildet, a) eine kognitive Problemlösegruppe, n=16, b) eine Gestaltgruppe, die den Konfliktfall mit der projektiven und dialogischen Zwei-Stuhl-Methode angeht, n=16, c) eine Wartegruppe, n=16. – Behandlungsangebot: je zwei Einzelsitzungen in einwöchigem Abstand.
Messinstrumente: Scale of Vocational Indecision (Osipow, Carney & Barak, 1976), Decision Making Task-Occupation (DMT-O, Harren, 1979). Erstere misst affektiv begründete (pathologische) Unentschlossenheit/ Entscheidungsangst. – Letztere erfasst mehr den kognitiven Entscheidungsvorgang.
Messzeitpunkte vorher und nach 4 Wochen. Beide Behandlungsgruppen gewannen im Vergleich zur Wartegruppe statistisch bedeutsame Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung hinzu. Varianzanalytisch erwies sich allerdings das affektiv besetzte (gestalttherapeutische) Interventionsangebot als effektiver als das kognitiv-behaviorale.

5.6 1993 Serok, S., Levi N.: Application of Gestalt Therapy with Long-Term Prison Inmates in Israel. *The Gestalt Journal, Vol. XVI, No.1.*

D: Antisoziale Persönlichkeitsstörungen. F 60.2 (ICD-10)/ Evidenzstufe IIb
N=18, n=9 Schwerstverbrecher/ Langzeit-Insassen mit Haftstrafen zwischen 8 Jahren und lebenslänglich. Freiwillige Teilnahme. Verständigung in Hebräisch Voraussetzung. Keine Randomisierung. Behandlung: 15 Gestalt-Sitzungen à 2 Stunden in der Gruppe, 1 x wchtl./ die Kontrollgruppe hatte zeitgleich Sport oder Hobby-Veranstaltungen. Messinstrumente: Rotters Locus of Control Inventory, Messzeitpunkte: vorher und nachher. Keine Katamnese. Ergebnis: zu Anfang kein Unterschied zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe. Am Ende signifikant höhere interne Kontrollfunktion bei der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, die sich nicht änderte. Das bedeutet eine höhere Bereitschaft zur persönliche Verantwortungsübernahme.

5.7 1986 Little, Linda, F.: Gestalt Therapy with Parents When a Child is Presented as the Problem.“ *Family Relations, 1986, 35, 489-496*

D: Persönlichkeitsstörungen (in Elternfunktion). ICD-10: F 60.9
(Eltern-Kind-Problem: V61.20 (Z63.8) DMS IV.) - Evidenzstufe: II b
N= 42, n=23. 2 Gestalt-Therapie-Gruppen, 1 Kontrollgruppe (nicht randomisiert). Behandlung: 10 zweistündige Sitzungen. Testinstrument LPVSS, Messzeitpunkte vorher, nachher. Nach der Behandlung zeigten sich signifikante Verbesserungen auf 5 von 6 Subskalen: weniger Ablehnung des Kindes,- weniger (latent aggressive) Überfürsorglichkeit, -weniger Verwöhnende Fehlhaltung,- weniger Anspruch der Bedürfniserfüllung durch das Kind (parentifizierender, emotionaler Missbrauch), - mehr Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse, seiner Individualität und seines Wertes. - Gestalttherapie hält zu einer wertungsfreien Haltung an, die Fremdinterpretationen und Zuschreibungen unterbindet, Projektionen minimiert, eine am beobachtbaren Phänomen orientierte Wirklichkeitserfassung sowie authentische zwischenmenschliche Begegnungen fördert und die Eltern die Einzigartigkeit ihrer Kinder entdecken lässt.

5.8 1982 /80 Cross, D.G., Sheehan, P.W., Khan, J.A.: „Alternative Advice and Counsel in Psychotherapy“ (1980, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,5,615-625*) und „Short- and Long-Term Follow-Up of Clients Recieving Insight-Oriented Therapy and Behavior Therapy“ (1982, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,1, 103-112*).

D: gemischte, ambulante Psychiatrie-Patienten. (F 29), F 61 / Evidenzstufe II b

Es wurden über 3 Monate Gruppen von je 15 Patienten einer a) einsichtsorientierten Psychotherapie (Gestalttherapie und Transaktionsanalyse) und b) einer verhaltenstherapeutischen unterzogen. Als Kontrollgruppe dienten 12 unbehandelte Patienten.

Messinstrumente: Target Complaint Technique (Battle et al. 1966, Sloane, 1975), Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM, Gurland et al., 1972), Personal Orientation Inventory (POI, Shostrom & Knapp, 1966), Truax Current Adjustment Rating Scale (CARS, Bergin & Lambert, 1978).

Messzeitpunkte: zu Beginn, am Ende der 4-mon. Behandlung und nach 12 Mon. Follow-up.

Von beiden Behandlungsgruppen wurden zusätzlich Menschen des jeweiligen sozialen Netzes um zusätzliche Gespräche angefragt, ein Parameter für die angeregten, sozial-kommunikativen Fähigkeiten. Es entstand kein signifikanter Unterschied zwischen a) und b).

Am Ende der Therapie und zwölf Monate nach obiger Behandlung mit a) Gestalttherapie + Transaktionsanalyse sowie b) Verhaltenstherapie zeigten sich stabile, positive Veränderungen für beide Behandlungsgruppen im Sinne von Angstreduktion und verstärkten, sozialen Fähigkeiten.

5.9 1982 Greenberg, L.S., Webster, M.C.: Resolving Decisional Conflict by Gestalt Two-Chair Dialogue: Relating Process to Outcome. *Journal of Counseling Psychology, 1982, 29,5, p.468-477*- D: Entscheidungs-Unfähigkeit im Konfliktfall. (F 60.5, F 60.8, 48.9)/ Evidenzstufe III

N=36, n=31. Untergruppendifferenzierung in 13 Lösungsfähige und 18 Nicht-Lösungsfähige. Behandlungsangebot: 6 Wochen Sitzungen. Instrumentarium: SASB, ES, CVQ, BLRI, WAI, Scale of Vocational Indecision, STAI, TC, BR, CRS, TCBDS, EPMS. GAS, PCSQ. - Messzeitpunkte: vorher, nachher und beim Follow-up nach einem Monat, teilweise auch vor und nach jeder Sitzung.

Ergebnis: Diejenigen, die zu einer Lösung kommen konnten, vermochten im Inneren 3 Komponenten identifizieren, eine kritische Stimme, eine, die Wünsche hat und eine besänftigende. Diese Gruppe verhielt sich entscheidungsfähiger, weniger ängstlich, zielorientierter und veränderungsbereiter als die Gegengruppe, nachdem der innere Kritiker besänftigt worden war.

5.10 1981 Jessee, R.E., Guerney, B.G.: „A Comparison of Gestalt and Relationship Enhancement Treatments with Married Couples. *The American Journal of Family Therapy, Vol.9, No.3; 31-41*

D: Verhaltens- und Beziehungsstörung bei Paaren/ V61.1 (Z63.0) DSM IV - Evidenzstufe I b

Differentielle Untersuchung mit 36 Ehepaaren, die therapeutische Hilfe suchten. Verglichen wurden a) das Relationship Enhancement (RE) Programm nach Guerney mit einer b) gestalttherapeutischen Paartherapie. Je 18 randomisierte Paare wurden mit a) bzw. b) behandelt. Jedes Paar nahm an 12 Sitzungen (à 2 ½ Stunden) pro Woche teil.

Meßwerkzeuge: Marital adjustment Scale (Locke & Williamson, 1958), Marital Communication Inventory (Bienvenu, 1970), Interpersonal Relationship-Scale (Schlein, Guerney & Stover), Relationship Change Scale (Schlein & Guerney). Satisfaction Change Scale and Handling problems Change Scale (Schlein & Guerney). – Messzeitpunkte. Vorher und nachher. – (Der Allegiance-Bias ist nicht berücksichtigt.)
Ergebnis: Beide Therapieformen unterstützen die Paare signifikant in Richtung Offenheit, Vertrauen, bessere Kommunikation, gefühlsmäßig tiefere Intimität, sexuelle Befriedigung und die Fähigkeit zur Problembewältigung.

5.11 1979 Hartmann-Kottek, L.; „Schwerpunkt Gestalttherapie im Grenzgebiet der Psychiatrie." *Psychiatrie und medizinische Psychologie, 29, 1-13.*

D: gemischte, stationäre Psychiatrie-Patienten. F 60.9, 61.0 (32.2, 48.9) / Evidenzstufe IV
N=n=10. Keine Kontrollgruppe. Behandlung: 2 Mon stationär mit intensiver Einzel- und Gruppenbehandlung (in der Univ.- Psychiatrie Bonn) +(!) 5 Mon. Nachbehandlung in Einzeltherapie (1 x wöchentlich). Vorher-Nachher-Vergleich eines kombinierten stationär-ambulanten Behandlungskonzeptes mit Katamnese. Messinstrumente: FPI (Freiburger Persönlichkeits- Inventar, Fahrenberg), GI (Gießen-Test, Beckmann & Richter), MMQ (Maudesley-Medical Questionnaire, Eysenck). - Messzeitpunkte: vor der stationären, nach der ambulanten Behandlung, 1 Jahres-Katamnese nach stationärer Entlassung, bzw. ca. 5 Mon. nach Ende der ambulanten Nachbetreuung.
Ergebnisse: Von den 20 Testdiagnostischen Subskalen fanden sich bei Behandlungsende auf 14 bedeutsame Verbesserungen sowie eine Normalisierung aller zu Beginn festgestellten Extremwerte. Katamnese 1 Jahr nach stationärer Entlassung: alle Pat. lebten sozial integriert und zeigten in den Tests Normal-werte. (Nur ein Pat. hatte zwischenzeitlich eine stationär behandlungs-bedürftige Krise, konnte jedoch wieder re-stabilisiert werden.)

5.12 1978 Greenberg, H., Seeman, J., Cassius, J,: „ Personality Changes in Marathon Therapy." Psychotherapy: Theory,, Research and Practice. Volume 15, 1, Spring, 61-67

D: gemischtes Patientengut (mit unbewusster Konfliktbelastung, mit Hinweisen auf Persönlichkeitsstörungen, Psychose-nähe, Fehlanpassung und Devianz). – F 60.9, F 61.0, F 63, F 29, 48.9/ Evidenzstufe II b
N=36. Daraus waren 3 Gruppen gebildet: 2 Behandlungs- Gruppen, 1 äquivalent gebildete Kontrollgruppe. Therapie: 45-Stunden-Marathon. Messzeitpunkte vor und nach der Therapie. 2-Wochen-Katamnese.
Messwerkzeuge: TSCS (Tennesee Self Concept Scale, Fitts, 1965), SD (a form of the Semantic Differential, Osgood, 1957), -zusätzlich HS (Helpfulness Scale, Bach, 1967) bei einer Untergruppe.- Messzeitpunkte: 2 Wochen vor und unmittelbar vor Beginn (TSCS); die Kontrollgruppe erhielt die TSCS analog für eine Test-Re-Test- Erhebung im 2-Wochenabstand; in den Behandlungsgruppen Messungen unmittelbar am Ende der Therapie; eine Behandlungsgruppe hatte zusätzlich 2 Wochen später die TSCS auszufüllen. – Das SD wurde auch für den Verlauf genutzt und wie folgt ausgefüllt: 1) vor Beginn, 2) 18 Stdn. nach Beginn, 3) 43 Stdn. nach Beginn.
Resultat: Es gab folgende bedeutsame Persönlichkeitsveränderungen durch den Marathon: Höhere Akzeptanz und Verständnis gegenüber sich und anderen Personen, - zwischen-menschlich größere Konflikttoleranz und

Realitätsorientierung,- weniger Hinweise auf Neurotizismus, Persönlichkeitsstörungen, Psychose-nähe, Fehlanpassung, Devianz, - höhere Selbst- und Fremdakzeptanz.
7 von 9 Subskalen erwiesen sich auch 2 Wochen nach dem Marathon als signifikant verbessert.

5.13 1977 Yalom, G., Bloch, S., Zimmerman, E., Friedman, L.: „The Impact of a Weekend Group Experience on Individual Therapy". *Archives of General Psychiatry, 34, 399-415*.
D: gemischtes Patientengut von Langzeit-Patienten (überwiegend selbstunsichere, ausdrucksgehemmte Persönlichkeiten mit Beziehungs-störungen und auch sexuellen Dysfunktionen, F 60.1, 60.3, 60.6, F 65.9, (48.9) – Evidenzstufe II b
N=33, n=23. Aus 33 Pat. wurden 2 Therapiegruppen (Gestalttherapie und „affect arousing") und eine Kontrollgruppe (N=10) mit einem Tai Chi-Angebot gebildet. Die Gruppenzusammenstellung dieser (sämtlich) Langzeittherapie-Patienten wurde unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, vorheriger Therapie-Erfahrung sowie psychodiagnostischer Aspekte einer von drei Wochenend-gruppen zugeordnet. Die Patienten-Daten wurden 4 x erhoben: 2 Tage vor dem Wochenende, - unmittelbar am Ende des Wochenendangebotes, - sowie 6 uns 12 Wochen später. Die Therapeuten-Einschätzungen wurden eingesammelt durch: 1) zuvor durch ein telefonisches Interview, 2-4) durch eine Testbatterie: wenige Tage vor dem speziellen Wochenende, 6 und 12 Wochen danach. – Messinstrumente: 1) Feelings during therapy (nach Orlinsky& Howard), 2) Therapy behavior (nach Orlinsky & Howard), 3) Description of therapist (nach Barret-Lennard/ Truax & Carkhuft), 4) Benefits of therapy (nach Orlinsky & Howard), 5) Satisfaction with therapy (für diese Studie von den Autoren neu entworfen), 6) Expectations for weekend (neu entworfen), 7) Attitude toward encounter groups (neu entworfen), 8) Werte (neu entworfen), 9) Cohesiveness (Yalom), 10) Significant incident (Lieberman et al.), 11) Testimony (Lieberman et al.), 12) Sociometric rankings (neu entworfen), 13) Curative factors (Yalom), 14) Self-revelation (Lieberman et al.).
Die Effekte der Wochenenderfahrungen wurden sechs und zwölf Wochen später untersucht. a) Patientendaten, b) Therapeutendaten, c) Tonbandaufzeichnungen. 6 Wochen später ergaben sich deutliche, signifikante Verbesserungen der Experimentalgruppen auf 10 von 19 Standardskalen im Sinne eines Therapiefortschritts. In der Kontrollgruppe gab es auf 2 Skalen einen positiven, auf einer einen negativen Effekt.- Weitere 6 Wo später war zwar der Therapie-Effekt noch auf 6 Skalen signifikant nachweisbar, aber es gab keinen statistischen Unterschied mehr zur Kontrollgruppe.- Das besondere Setting „intensive Wochenend-Erfahrung innerhalb einer laufenden Langzeit-Einzeltherapie mit anderen Therapeuten (anderer Stilrichtung)" hat zahlreiche Einflussgrößen, förderliche und hinderliche, die hier großenteils nachträglich reflektiert, aber natürlich nicht aufgeklärt werden konnten, jedoch wichtige Impulse für zukünftige Kombinationsangebote liefern können.

6. Anpassungs- und Belastungsstörungen (F 43)

6.1* 2012 geplant (Laufende Studie mit Zwischenauswertung) Butollo W., Karl R. (Univ. München): Randomisierte Interventionsstudie zur Evaluation der Mehrphasigen Integrativen Traumatherapie im Vergleich mit der Kognitiven Verhaltenstherapie zur

Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB). Untertitel: Dialogische Exposition in einer gestalttherapeutisch orientierten Traumatherapie. (MITT)
D: Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) F 43.1, 43.22, F 61. – Evidenzstufe I b

Intendierte N=100, n=50. Zwischenauswertung für N=61, n=30, sämtliche sind Patienten der Münchner Hochschulambulanz. Diagnostik nach DSM-IV (1996) bzw. ICD-10(2000). Komorbidität: 49% zusätzlich Angst- oder depressive Störung, ein Drittel zusätzlich Persönlichkeitsstörungen. Strukturiertes, klin. Interview (DIA-X, Wittchen & Pfister 1997).
Testinstrumentarium: Checklisten (Bronisch, 1995), Symptom-Checkliste (BSI, Derogatis, 1995), Diagnose-Skala (PDS, Steil& Ehlers, 2000), Peritraumatic Dissocitive Experience Questionnaire (PDEQ, Marmar, Weiss & Metzler, 1997),- PTI, Foa, 1999, - IIP-D, Horowitz, Strauß & Kordy, 1994,- FSKN, Deusinger, 1986, -FLZ, Fahrenberg, Myrtek et al.,2000,- Impact of Event Scale (IES-R, Maercker &Schützwohl, 1998),- Stundenbogen SB-K und SB-T.
Randomisierte Kontrollgruppen mit KVT; 24 Einzelsitzungen, 2 Sitzungen wchtl., Katamnese nach 6 Monaten mit der Möglichkeit zu 2 Booster-sitzungen.
Zwischen-Ergebnisse: Im prä-post-Vergleich zeigen beide Verfahren eine signifikante Verbesserung sowohl der trauma-spezifischen (IES-R, PDS) als auch der störungsspezifischen (BSI) Symptomatik, wobei die Symptomreduktion in der KVT größer ist als in der MITT, jedoch ohne dadurch schon die Werte einer gesunden Normstichprobe zu erreichen.- Im interpersonalen Problem-Bereich zeigen sich auf den Subskalen „abweisend/kalt“, „introvertriert/sozial vermeidend“, „selbstunsicher/unterwürfig“ und „ausnutzbar/nachgiebig“ nur in der MIT signifikante Verbesserungen bei den prä-post-Mittelwerts-unterschieden mit Effektstärken von .52 bis .66.

6.2* 2011 geplant (Veröffentlichung in Vorbereitung) Butollo W., Karl R., Henkel C. (Univ. München): Mehrphasige, gestaltorientierte, integrative Traumatherapie. (MITT)
D: Posttraumatische Belastungsstörung. F 43.1 /Evidenzstufe I b

Pilotstudie, N=29, randomisierte Studie, KVT-Kontrollgruppen. Diagnostik nach DSM-IV (1996). Behandlungsgruppe: gestaltorientierter Ansatz, kombiniert mit Verhaltenstherapie. 12 Sitzungen von je 90 Minuten, 1 x wöchentlich.
Messwerkzeuge: DIA-X (strukturiertes, klinische Interview, Wittchen& Pfister 1997), Checkliste nach Bronisch, Symptom-Checkliste (BSI, Derogatis, 1995), Posttraumatische Diagnose Skala (Steil&Ehlers, 2000), Peritraumatic Dissozitive Experience Questionnaire (PDEQ, Marmar, Weiss & Metzler, 1997), PTCI, Foa, 1999), Selbstkonzept-Skalen (FSKN, Deusinger, 1986), Lebenszufriedenheit (FLZ, Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000), Impact of Event Scale (IES-R, Maercker & Schützwohl, 1989), Stundenbogen (SB-K und SB-T). Meßzeitpunkte: vorher, nachher, 6-Monats-Katamnese. Zwischen-Ergebnis: Effektstärke für die MITT (Cohens d der PDS) 1.35.

6.3 2010 Paivio S.C., Jarry J.L., Chagigiorgis H., Hall,I, Ralston, M.: Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research, May 2010; 20(3): 353-366*

D: Komplexes PTSD. F 43.1, 43.8– Evidenzstufe Ib

Methodenvergleich zweier Varianten der EFT (Emotion Focused Therapy). Variante I: mit imaginativer Konfrontation mit dem Täter mittels Leerer-Stuhl-Technik (Gestalttherapie-Variation)/ EFT-IC. Variante II: mit empathischer Exploration des Trauma-Materials/ EFT-EE. N= 45, n (Variante I)=20, n (Variante

II) =25. Messinstrumente: Impact of Event Scale, State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al.1970), BDI, Target Complint Discomfort Scale (TCD), Rosenberg Self-Esteem-Scale (1989), IIP (Horowitz et al., 1988), Resolution Scale, Singh, 1994). - Die mildere EFT-EE-Variante zeigt eine geringere Drop-out-Rate. Follow-up über 48 Wochen. Beide Varianten sind in dieser Studie ähnlich erfolgreich in Effektstärken, die denen der kognitiv-behavioralen Therapien vergleichbar sind.

6.4 2010 Greenberg, L., Warwar, S., Malcolm, W.: Emotion-Focused Couples Therapy and the Facilitation of Forgiveness. Journal of Marital and Family Therapy, Jan. 2010, Vol. 36, No.1, 28-42

D: Belastung durch emotionale Verletzung/ Traumatisierung, F 43.2, 43.8, 48.9. (Betrug, Vertrauensverlust, Verlassenheitstrauma, Beschädigung der Persönlichkeit)
Katamnestische Folgestudie zu Arbeiten von 2008, Follow-up von 3 Monaten
N= 20 Paare. Eigenwartegruppe als Kontrolle. 10-12 Sitzungen. Differentielle Gesichtspunkte zur Ausgangslage. Insgesamt sehr gute Ergebnisse für die EFT.

6.5 2010 Halchuk, R.E., Makinen, J.A., Johnson, S.M.: Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: A Three-Year Follow-Up. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 9:31-47, 2010*

D: Belastung durch verletzende Beziehungen. F 43.2, 43.9 - Evidenzstufe III
Follow-up-Studie durch freiwillige, postalische Befragung. n=12 Paare (von ursprünglich N=24). Es sollte die Langzeitwirkung der EFT untersucht werden.
Messinstrumente: self-reports, DAS (Dyadic Adjustment Scale), RTS (Relationship Trust Scale), ECR (Experiences in Close Relationships), IRRS (Interpersonal Relationship Resolution Scale), AIM (Attachment Injury Measure).
Ergebnis: Paare, die mit EFT behandelt worden waren und ihre Verletzungen ausheilen, bzw. auflösen konnten, entwickelten mehr Vertrauen in ihre Ehe, fanden sie befriedigender und verhielten sich langzeitstabil im Vergleich zu den Paaren, die sich ihre Verletzungen nicht vergeben konnten.

6.6 2009 Van der Westhuizen, M. E.: A survey on the presence of work engagement and well-beeing among gestalt therapists in South Africa. (Supervisor: I. F. Jacobs) Unisa Institutional Repository> Electronic Theses and Dissertations> Unisa ETD> University of South Africa

D: Belastungsstörung und Burn-out. (F 43) bei Psychotherapeuten.- Gestalt-(Play)-Therapy und Gestalt-Traumatherapy erweisen sich als protektive Faktoren gegen Belastungsstörungen und burn-out auf der Therapeutenseite. - Evidenzstufe: III
Feldstudie unter Gestalttherapeuten in Süd-Afrika.
Messinstrumente: Utrecht Work Engagement Scale, Satisfaction with Life Scale, Subjective Happiness Scale, Scales of Psychological Well-beeing.
Ergebnis: unter den gegebenen Bedingungen ist bei den Gestalt-Play-Therapists, bzw. Gestalt-Trauma-Therapists, statistisch signifikant ein höheres Ausmaß an Belastbarkeit und Lebenszufriedenheit nachweisbar.

6.7 2008 Greenberg, L.S., Warwar, S.H., Malcolm, W.M.: Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *Journal of Counseling Psychology 2008, Vol. 55, No.2, 185-196*

D: Belastung durch emotionale Verletzung/Traumatisierung** durch eine wichtige Bezugsperson. (**durch Betrug, entwertende Kritik, Vernachlässigung, Verlassen, Gewalt, sexueller Missbrauch.) F 43.1, 43.2, 43.9– Evidenzstufe I b Wirksamkeits- und Prozessstudie. N=46, n=23, randomisierte Kontrollgruppe mit Psychoedukation. EFT-Behandlungsangebot: 12 Stunden im Einzelsetting, 1 x wchtl. über 12 Wochen; Messinstrument: Spezielles EFT-Behandlungsmanual von Greenberg, Malcolm & Warwar, 2002), EFI (Enright Forgiveness Inventory, Enright et al. 2000, Forgiveness Measure, 2000), UFB EA (Unfinished Business Empathy and Acceptance Scale), UFB FN (Unfinished Business Feelings and Needs Scale), Lettin Go Measure, TC (Target Complaints), Discomfort and Change Scale, GSI (Global Symptom Index), BDI (Becks Depression Inventory); Prozess-Messinstrumente: WAI (Working Alliance Inventory, Horvath&Greenberg, 1986), Emotional Arousal Session Report Measure.- Messzeitpunkte: vorher, nachher, 3-Monats-Katamnese. Beide Verfahren brachten positive Ergebnisse, doch lagen die der EFT (mit der gestalttherapeutischen Leerer-Stuhl-Arbeit) signifikant höher.

6.8 2009 Orchowski, L.M., Uhlin, B.D., Probst, D.R., Edwards, K.M., Anderson, T.: An assimilation analysis of clinican-assisted emotional disclosure therapy with survivors of intimate partner sexual assault. *Psychotherapy Research, May 2009; 19(3): 293-311*

D: PTBS bei Trauma-Überlebenden nach sexueller Gewalt. F 43.1/ Evidenzstufe IV.

2 Fallstudien als Beispiele für das prozessorientierte Vorgehen nach dem APES-Modell aus einer noch unveröffentlichten Prozess- Outcome-Studie (mit standardisierten Testverfahren. N=28, n=15). Behandlungsangebot: 4 Einzelsitzungen von „emotional-disclosure therapy", einem an die EFT adaptierten Vorgehen. Instrumentarium: SES (Sexual Experiences Survey, Koss&Oros, 1982), OQ-45 (Outcome Questionaire-45 (Lambert et a., 1996).
Die Vorgehensweise folgt dem APES-Modell (Assimilation of Problematic Experiences Schema nach Stiles, 2002/ Wiliams, Stiles & Shapiro, 1999) geht in 7 Schritten vor: 0 Vermeidung/ Dissoziation, 1) Unerwünschte Gedanken/ aktive Vermeidung, 2) vages Bewusstsein/ vages Auftauchen des Traumas, 3) klarifizierende Problemerkennung (mit negativen, aber handhabbaren Gefühlen), 4) erstes Problemverständnis/ Einsicht (mit gemischten Gefühlen), 5) Durcharbeiten/ Berücksichtigung der Rahmenbedingungen/ Alltagstransfer (mit affektiver Entlastung), 6) lösungsorientierte Ressourcenorientierung (zufriedengestellte Gefühlslage), 7) Integration (bei neutralisierter Affektlage, (d.h. man braucht sich über das Vorgefallene nicht mehr zu erregen). - Bei diesem Assimilationsprozess spielt die Wiederherstellung des Urvertrauens eine Rolle (CBA = continuity benevolence assumptions), ihm wird versucht, (wieder) eine starke, innere Stimme zu geben. Ferner wird der Beziehungskontext zum Täter berücksichtigt und bearbeitet sowie auch die kulturelle Prägung bezüglich der Geschlechterrolle und etwaiger überhöhter Vergewaltigungsmythen. – Gute, fallbezogene Ergebnisse.

6.9 2008 MacIntosh, H.B., Johnson, S.: Emotionally Focused Therapy for Couples and Childhood Sexual Abuse Survivors*. Journal of Marital and Family Therapy. July 2008, Vol. 34, No.3, 298-215*

D: Traumatisierung durch sex. Missbrauch in der Kindheit. (Einfache und komplexe PTSD).-F 43.1, 43.9/ Evidenzstufe IV

N= n=20/ 10 Paare. Paartherapie mit EFT-Behandlung. Behandlungssitzungen zwischen 11 und 26. Keine Kontrollgruppen. Messinstrumente: DAS (Dyadic Adjustment Scale, Spanier, 1976), TSI (Trauma Symptoms Inventory, Briere et al. 1995), CAPS (Blake 1990). Messzeitpunkte: vorher, nachher. - Gute, signifikante Prä-post-Ergebnisse.

6.10 2006 Capps, F.: Combining Eye Movement Desensitization and Reprocessing With Gestalt Techniques in Couples Counseling. *The Family Journal, 2006 14: 49*

D: Posttraumatische Belastungsstörungen. F 43.1, 43.9– EMDR-Behandlungsansatz mit Gestalttherapie unter Einbezug des Partners. – Evidenzstufe IV (3 Fallstudien).- Testinstrumentarium: VOC (Shapiro), SUD Units of Disturbance-Scale (Wolpe), Likert-type-Scale; monitoring nonverbal cues. 1 EMDR-Sitzung mit Gestalttherapie kombiniert. Follow-up 30 Tage, 6 Monate, 1 Jahr. Stabile Besserung der Trauma-Belastung bei Zunahme von Empathie, emotionaler Intimität und Unterstützung innerhalb der Partnerschaft.

6.11 2002 (siehe 1.9)
D. Barghaan, T. Harfst, J. Dirmaier, U. Koch, H. Schulz (als Auswerter*):
Externe Evaluation und Qualitätssicherung der Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten, Abt. Psychotherapie und Psychosomatik (=Abt. für Gestalttherapie, Leitender Arzt: Hans-Ulrich Wolf). Analyse, Struktur, Prozess und Outcome 2000-2001 anhand einer 1-Jahres-Katamnese/ Evidenzstufe: II b

Getrennt gewertete Diagnosen: 1) Depressive, 2) Angst-, 3) Anpassungs- u. Belastungsstörungen F 43.2, 43.9, 48.9 (6%), 4) Persönlichkeitsstörungen / N=250, n=117

6.12 2002 Greenberg, L.S., Malcolm, W.: „Resolving Unfinished Business: Relating Process to Outcome." *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.70, No.2,406-416*.

D: Teils traumatisierende, teils unbewusste (neurotische) Konfliktbelastung aus der frühen Kindheit. F 43.1, 43.2, 48.9 (60.8)– Evidenzstufe II b oder I b, Untergruppendifferenzierung, Prozessforschung

(Es handelt sich um eine erweiterte Untersuchung von Pavio und Greenberg von 1995.) N=n=26. 12-14 gestalttherapeutische Einzelsitzungen, 1x wchtl.. Ergebnis: Diejenigen Patienten, die zuvor unerfüllte, zwischenmenschliche Bedürfnisse gegenüber den signifikanten anderen Personen (Eltern) gezeigt hatten und zu einer veränderten Sicht des anderen gelangten, hatten signifikant bessere Behandlungsergebnisse. Der Hinweis auf einen solchen spezifischen Lösungs-prozeß in den Dialogen mit dem „Leeren Stuhl" erwies sich als ein stärkerer Prädiktor für das Therapieergebnis als die Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Das Ausmaß der emotionalen Aktivierung konnte gleicher-massen zwischen Konfliktlösern und Nicht-Konfliktlösern unterscheiden.

6.13 2001 Paivio, S.C., Nieuwenhuis, J.A.: „Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: *A Preliminary Study. Journal of Traumatic Stress, Vol. 14, No.1, 115-133*.

D: Posttraumatische Belastungsstörungen nach Missbrauch in der Kindheit. – F 43.1, 43.9/ Evidenzstufe I b oder II b

N=110, n=32. Warte= Kontrollgruppe (ca. 20 Wochen Wartezeit). 20 erfahrungs-basierte Einzeltherapie-Sitzungen nach dem Treatment-Behandlungsmanual nach Paivio, 1x wöchentlich. Messinstrumente: IES (Impact of Event Scale, Horowitz

1986, SCL (Symptom-Check-List-90-Revised, Derogatis, 1983), TC (Target Complaints Discomfort Questionnaire, Battle et al. 1966), IIP (Inventory of Interpersonal Problems), RS (Resolution Schale, Singh 1994), SASB (Structural Analysis of Social Behavior, Benjamin 1988).-Messdaten: vorher, nachher, follow up 9 Mon. - Ergebnis: Signifikante, katamnesenstabile (9 Mon.) Verbesserungen in verschiedenen Störungsbereichen gegenüber der Kontrollgruppe.

6.14 2000 Heekerens, H.P.: Die Emotions-Fokussierte Paartherapie: Ansatz, Ergebnis- und Prozeßevaluation. *In P. Kaiser (Hrsg.) „Partnerschaft und Paartherapie, Göttingen, Hogrefe, 2000, S. 323 – 337.*

D: Anpassungs- und Belastungsstörungen durch Schwierigkeiten in der Partnerschaft. F 43.2, 43.9- Evidenzstufe (Ia)/IIa

Übersichtsarbeit über L. Greenbergs „Emotionally Focused Therapy for Couples", abgekürzt EFT, (dargestellt bei Greenberg &Johnson, 1986 a, 1986 b, 1988 a, 1990; Johnson 1984; Johnson & Greenberg 1987a, 1987 b, 1989, 1992, 1994, 1995). Dieses Verfahren basiert nach dem Eigenverständnis auf der Integration eines erlebniszentrierten (experiential) und eines systemischen Ansatzes. Es fokussiert auf das Paarsystem und auf die Veränderungen der Interaktionszyklen – vor dem Hintergrund von fixierten intrapsychischen Erfahrungen, die diese Zirkel aufrechterhalten oder – bei korrigierender Erfahrung - ihre Verwandlung zulassen. Bei der Tiefung des Prozesses für die Neuerfahrung nutzt die EFT-Paartherapie verstärkt die Möglichkeiten der klassischen Gestalttherapie. Heekerens analysiert 2000 die bis dahin 7 veröffentlichten EFT-Paartherapie-Studien, vergleicht sie mit denen der behavioralen Paartherapie (BCT/BMT) (Halwegs & Markman, 1988; Shadish, Montgomery, Wilson, Wilson, Bright & Okwumabua, 1993) und kommt zu dem Schluss, dass die EFT-Paartherapie der behavioralen in der Wirksamkeit nicht nachsteht. Beide werden von keinem anderen Ansatz übertroffen! - Auch was die Verbesserungs- und Verschlechterungsquoten anbelangt, hält sie Stand.- Was die Prozessforschung auf dem Gebiet der Paartherapie anbelangt, so leistet die Emotionsfokussierte Paartherapie den größten Beitrag.

6.15 1999 O`Leary, E., Nieuwstraten, I.M., University of Ireland: Unfinished Business in Gestalt Reminiscence Therapy: a Discourse Analytic Study.
Counselling Psychology Quarterly, Vol. 12, No.4, pp. 395- 412

D: Psych. Belastung durch unaufgelöstes Konflikt- und Erlebnismaterial im Alter. F 43.9, 48.9/ Evidenzstufe IV

N=7. Qualitative, kontrollierte Fallstudien. 6 Jahre dauerndes Projekt mit alten Menschen (Heimbewohnern) zur Förderung der Integration ihrer unaufgelösten, seelischen Belastungen aus ihrem gesamten Leben, und zum Frieden finden sowie zur weiteren, Weiterentwicklung trotz ihres Alters. Wöchentliche Gruppensitzungen, die aufgenommen und trans-scribiert wurden. 3 erfahrene Rater identifizierten die Stellen mit den blockierten Entwürfen und Emotionen („unfinished business"), um sie zu analysieren und herauszufinden, ob und wie ältere Menschen mit den geschilderten Belastungen (anders) umgehen, als üblich und um ihnen zu helfen, damit fertig zu werden, evtl. durch Loslassen. Im Protokoll wird sowohl auf die emotionalen Äußerungen wie auch auf die gruppendynamische Nähe und Distanz geachtet. Die Teilnehmer des Projekts profitierten sehr davon, zeigten sich wacher, interessierter, selbstbewusster und sozial aufgeschlossener.

6.16 1995 Paivio S.C., Greenberg, L.S.: Resolving „Unfinshed Business“:Efficacy of Experiential Therapy Using Empty-Chair Dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 63, No.3, 419-425*

D: Teils traumatisierende, teils unbewusste (neurotische) Konfliktbelastung aus der frühen Kindheit mit depressiver und Angstsymptomatik.-F 43.1, 43.22, 43.9, 48.9./ Evidenzstufe I b

N=34, n=17. Randomisierte Gruppenzuordnung zu a) Therapiegruppe mit gestalttherapeutischer Dialog-Arbeit, b) Kontrollgruppe mit Aufmerksamkeits-Placebo-Bedingung und psychologischer Information. Behandlungsumfang: 12 Wochen lang 1 Stunde wöchentlich EFT. Messinstrumente: SCL-90-R (90 items), IIP Inventory of Interpersonal Problems (127 items), TC (Target Complaints), UFB-RS (Unfinished Business Resolution Scale), SASB (Structural Analysis of Social Behavior), WAI (Working Alliance Inventory/ 36 items). Testdiagnostische Messzeitpunkte: vor und nach Behandlung, Katamnesen nach 4 und 12 Monaten. Auf allen Erhebungsvariablen erzielte die Therapiegruppe katamnesen-stabile, eindrucksvolle Signifikanzen.

6.17 1995 Forrest, D.A.: „An Exploration of Grief Reactions treated With an Externalization Process Approach.“ Dissertation, Clinical Psychology

D: Abnorme Trauerreaktion und post-traumatische Belastungsstörung. F 43.28, F 43.21, 43.1

Evidenzstufe II b

N=54. Untergruppendifferenzierung in unkomplizierte n=15) und komplizierte Trauerreaktionen (n=39) durch testdiagnostische Daten (Grief Experience Inventory (GEI) Loss Version und Multiscore Depression Inventory (MDI). Messzeitpunkte: vor dem Trauer-Seminar, und per Postweg 10 Tage nach dem Seminar. - Das gängige 1-Jahr-Norm-Trauerzeit-Kriterium wird hinterfragt. Komplizierte Trauerreaktionen ergeben sich durch eine Kette von Verlusten, durch das Ausmaß und durch die Bedeutung des jeweiligen Verlusterlebens. Methodisch wurde zu einer Externalisierung von Gefühlen im Sinne von Gestalttherapie und Psychodrama angeregt, wie sie von Elisabeth Kübler-Ross in ihren Trauer-Seminaren praktiziert worden ist. Dieses Ausdruckverleihen der Gefühle hat sich auch bei den Betroffenen dieser Untersuchung bewährt. - Der Bedarf nach einem methodisch differenzierteren Angebot wird formuliert.

6.18 1995 Mulder, C.L., Emmelkamp, P.M.G., Antoni, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G.M., de Vries, M.J.: „Psychosocial Group Intervention and the Rate of Decline of Immunological Parameters in Asymptomatic HIV-Infected Homosexual Men.“ *Psychotherapy and Psychosomatics, 63, 185-192.*

D: Psychische und soziale Belastungsstörungen bei einer unheilbaren Diagnose (bei HIV-Infektion). F 54

Evidenzstufe I b

In Fortsetzung der Studie von 1994 wurden immunologische Parameter (CD4-Zellen, T-Zellen) vor und 24 Monate nach der Gruppenintervention erhoben. Als Vergleichsstudie dienten 149 HIV-infizierte Männer mit vergleichbarem demographischen, psychosozialen Hintergrund.

Mess-instrumente: Profile of Mood States (POMS), Beck Depression Inventory (BDI), General Health Questionnaire (GHQ).

Für die psychosozialen Interventionen, die hier getestet worden waren, ließen sich keine immunologischen Reaktionen im Sinne einer Normalisierung nachweisen.

6.19 1994 Mulder, C.L., Emmelkamp, P.M.G., Antoni, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G.M., de Vries, M.J.: „Cognitive-behavioral and Experiential Group Psychotherapy for HIV-Infected Homosexual Men: A Comparative Study."
Psychosomatic Medicine 56:423-431.

D: Psychische und soziale Belastungsstörungen bei einer unheilbaren Diagnose (bei HIV-Infektion). F 54
Evidenzstufe I b
Das Wissen um eine HIV-Infektion löst meist Angst, Depression und soziale Isolation aus. N=39, randomisierte Untergruppenzuweisung a) in ein kognitiv-behaviorales Gruppenangebot (n=14) und b) in ein experientiel-gestalttherapeutisches (n=12). Zeitumfang: 17 Sitzungen innerhalb von 15 Wochen. Messinstrumente: POMS, BDI, TMD (total mood disturbance), GHQ, COPE (Coping Strategies). -Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe der waiting-list nahmen die Stress-Faktoren in beiden Behandlungsgruppen signifikant ab. Die beiden Behandlungsgruppen erbrachten im gegenseitigen Vergleich keine unterscheidenden Signifikanzen auf den abgeprüften Testvariablen, sie wirkten beide etwa gleich hilfreich.

7. **Ess-Störungen** (F 50)

7.1* 2005 Denham-Vaughan, S,:" Brief Gestalt Therapy (BGT) for Clients with Bulimia. British Gestalt Journal, Vol.14, No.2, 128-134.

D: Bulimie . F 50.2– (Evidenzstufe III?) noch laufende Studie
Abstract: Although recent years have seen a rapid increase in the body of literature relating to both the theory and practice of Gestalt psychotherapy, there have been remarkably little written concerning the use of the model within the British National Health Service. This is where most British mental health practitioners work, and certainly an environment where Gestalt psychotherapy has much to offer to clients and the wider organization. This paper describes the author´s use and development of Gestalt psychotherapy within her routine clinical practice in that setting.
Key words: Gestalt, bulimia, „National Health Service".

7.2 1986 Coffey, J.I.: "A Short-Term Gestalt Therapy Group Approach to the Treatment of Bulimia." *Dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill*

D: Bulimie. F 50.2- Evidenzstufe II b
N=20, n=11. 8-wöchige Gestalt-Gruppentherapie für jeweils 1 ½ Stunden in einer semi-informativen, semi-manualisierten Form, 8 Sitzungen, 1 x wöchentlich. Messinstrumente: EDI-Manual (64 items), The Binge Scale (10 items), Negative-Self-Image-Test, Restraint Scale, Eating Compulsiveness Scale, Dieting Methods Checklist. –Messzeitpunkte: vorher, nachher (8.te Woche), follow up (12.te Woche). - Geachtet wurde bei der Untersuchung auf das Einhalten einer Diät, auf Unzufriedenheit mit dem Körper, auf die innere Achtsamkeit, auf die Wahrnehmung des impulsiven Essenwollens und auf das bulimische Verhalten selbst. Die Behandlungsgruppe konnte zwar nach der Therapie signifikant besser

auf ihre Diät achten als die Kontrollgruppe, aber es ergaben sich mit diesem Setting kein signifikanten, follow-up-stabilen Ergebnisse.

8. Nicht-organische Schlafstörungen (F 51) – Keine Studien vorhanden

9. Sexuelle Funktionsstörungen (F 52)

9.1 1978 Shahid, M.S.: „Gestalt Therapy for Sexual Awareness". *Dissertation, University of South Dakota*

D: Sexuelle Inappetenz und Funktionsstörungen. F 52. – Evidenzstufe I b
N=40 Paare, Randomisierte Zuordnung zur Therapiegruppe (n=12) und Kontrollgruppe. Ehepaare, die mit ihrem Sexualleben unzufrieden waren, nahmen an einem sexualtherapeutischen Workshop mit gestalttherapeutischen Hintergrund teil, und zwar an drei aufeinanderfolgenden Tagen zu jeweils 6 Stunden. Die spezielle Fragebogenserie (Questionnaire mit 58 Items) wurde vor und nach dem Workshop erhoben, desgleichen bei einer Kontrollgruppe. Es ergaben sich für die Therapie-Gruppe folgende signifikanten Verbesserungen: Befähigung zu ungestörtem, sexuellen Funktionieren, -Sicherheit für die adäquaten Ausdrucks- und Verständigungsmöglichkeiten in der sexuellen Begegnung, - Sicherheit, sich sexuell einlassen zu trauen mit diesem gewählten Partner, -sich selbst und den/die andere/n als Sexualpartner anzunehmen und die sexuelle Beziehung als ein konstruktives Element der ehelichen Beziehung anzuerkennen und zu schätzen. Die Ehefrauen konnten mit einem etwas größeren Kompetenzzuwachs aus dem Angebot profitieren als die Männer.

10.Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)

11.Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F 2)

11.1 1984 Serok, S., Rabin, C., Spitz, Y.: „Intensive Gestalt Group/ Therapy with Schizophrenics." *International Journal of Group Psychotherapy, 34,3,431-450*

D: Chronische Schizophrenie. F 20.9– Evidenzstufe I b
N=14=n, hospitalisierte Schizophrene. Vergleichbare Kontrollgruppe vorhanden, die keine Gruppentherapie erhielt. Untersuchtes Angebot: 10 Gestalt-Gruppen-Sitzungen à 1 ¼ Stunden, 1 x wöchentlich über 10 Wochen. Messzeitpunkte vor und nach der Therapie und 3 Mon. später. Erfasst wurden: die Wahrnehmung von Grundelementen (Bender-Gestalt-Test),- Wahrnehmung von sich selbst und anderen (Human Figure Drawings), -Tenesee Self-Concept-Scale, -Verhaltensbewertungen durch das Pflegepersonal zum psychomotorischen Verhalten, physischer und verbaler Aggression, Ausmaß des Kontaktes mit anderen sowie der persönlichen Erscheinung. Noch 3 Mon. danach fanden sich signifikante Verbesserungen auf 17 von 18 Skalen gegenüber der Kontrollgruppe.

11.2 1983 Serok, S., Zemet, R.M.: „An Experiment of Gestalt Group Therapy with Hospitalized Schizophrenics," Psychotherapy, Theory, Research and Practice, Vol.20, No.4, Winter

D: Schizophrenie. F 20.9- Evidenzstufe I b
N=17. 17 Patienten (Neuzugänge in einer psychiatrischen Klinik) mit der Diagnose Schizophrenie wurden unter Kontrolle einer Reihe von Merkmalen (Diagnose, Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund u.a.) in eine Behandlungs- und

in eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Behandlung: über 2 ½ Monate gestalttherapeutische Gruppensitzungen von 1 ¼ Stunden Dauer 1 x wöchentlich. Untersucht wurde die Wahrnehmung der Patienten in Tests. Signifikante Verbesserungen der Wahrnehmung fanden sich in Neigers Reality Test.

12.Organische, einschließlich symptomatischer, psychischer Störungen (F0)
13.Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F 84)
14.Hyperkinetische Störungen (F 90) und Störungen des Sozialverhaltens (F 91, F 94.2, F 94.9)
15.Umschriebene Entwicklungsstörungen (F 80 bis F 83)
16.Störungen der Ausscheidung (F 98.0, F 98.1)
17.Regulationsstörungen/ Fütterstörungen (F 98.2)
18.Ticstörungen und Stereotypien (F 95 und F 98.4)

- -

Diagnostisch gemischte Studien

1) * 2006 – 2012 Schweizer Charta für Psychotherapie: Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S. Verantwortung: Prof. Dr. Volker Tschuschke, Klinikum der Universität zu Köln, und Prof. Dr. Hugo Grünwald, Hochschule angewandte Psychologie Zürich.

Diagnosen: gesamtes Diagnosespektrum der ambulanten Psychotherapie. N= ca. 900. Mindestens 30, maximal 60 vollständig behandelte Fälle pro Therapieverfahren. – Evidenzstufe: IIb. Untergruppendifferenzierung. Messmethodik: Standardisierte und allgemein anerkannte Messinstrumente der Psychotherapieforschung, die aus verschiedenen Grundorientierungen stammen. Die Reliabilität der Experten (Interreliabilität) wird laufend überprüft. Allfällige Medikationen während dem Therapieverlauf werden ebenfalls erfasst. Zur Überprüfung der tatsächlich angewandten Verfahren und deren Mischungen im jeweiligen Therapieverlauf ist ein eigenes Instrument entwickelt worden. Messzeitpunkte: zu Beginn, bei Therapie-Abschluss und 1 Jahr danach. (Die katamnestischen Erhebungen erfolgen durch externe Befrager/innen.) Auch während der Therapie werden zusätzlich Daten von Patienten/innen und Therapeuten/ innen erhoben.
Projektbeschreibung: Auf 7 Jahre ausgelegte Ergebnis- und Prozessstudie für die fünf Hauptrichtungen: tiefenpsychologisch, humanistisch, körperpsychotherapeutisch, verhaltenstherapeutisch und systemisch.
Die Studie bezweckt die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Verfahren/Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden. In der Schweiz besteht ...eine breite Vielfalt an Verfahren. Aus diesem Grund bietet sich mit dieser Studie die einmalige Chance, alle Therapieverfahren anhand derselben theorieüber-greifenden Wirksamkeitskriterien zu evaluieren und die Wirksamkeit mit dem schulenspezifischen Vorgehen in Beziehung zu setzen. Eine solche Studie ist besonders wertvoll, weil sie Aussagen im Rahmen der gesundheitspolitischen Debatte über die Bedeutung der Vielfalt der Psychotherapieverfahren/bzw. -methoden machen kann. Die Vielfältigkeit der Menschen und ihrer Persönlichkeitsunterschiede erfordert auch unterschiedliche, psychotherapeutische Zugänge.

Fragestellungen: 1) Welches ist der generelle Nutzen der verschiedenen Therapieverfahren? Kann eine spezifische Wirksamkeit im Vergleich unterschiedlicher Behandlungskonzepte belegt werden? - 2) Gibt es Unterschiede von Zeit-Dosis-Wirkungsbeziehungen bezüglich vergleichbarer Patientengruppen, die für die verschiedenen, beteiligten Therapieverfahren belegt werden können? -3) Gibt es Hinweise darauf, welche Therapieverfahren für welche Patientinnen und welche Diagnosen besonders geeignet sind? Geschätzter Kostenaufwand: 2 Millionen Franken (aufgebracht von den beteiligten Institutionen, den Psychotherapeuten und über Fördergelder)

Tschuschke, V., Crameri, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., Weber, R. (2009): Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapie Forum 17:160-176*
Zusammenfassung: Die Arbeit setzt sich mit der derzeitig kontrovers geführten Debatte um angemessene und notwendige Forschungsdesigns in der Psychotherapie auseinander und bezieht eindeutige Position für einen naturalistischen, prozess-outcome-orientierten Forschungsansatz (practice-based-evidence). Am Beispiel des Designs und erster Ergebnisse der PAP-S-Studie der Schweizer Charta für Psychotherapie wird aufgezeigt, wie sinnvolle, empirische Forschung in der Psychotherapie erfolgen kann.
Gestalttherapeuten speichern voraussichtlich bis zum Ende 35- 40 Fälle ein. (Trotz intensiver Bemühungen gelang es bislang nicht, Verhaltenstherapeuten und personenzentrierte Therapeuten in die Studie einzubeziehen.)

2) 2000 Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M., Steffan, A.: Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting.
Integrative Therapie 2-3/ 2000, Seite 277-354

D: 18% Anpassungs- und Belastungsstörungen (F 43.0-F 43.9)
17,2% Anhaltende, affektive Störungen (F 34.1 – F 34.9)
16,4% Persönlichkeitsstörungen (F 60.0 – F 60.9)
13.1% Depressive Episoden (F 32.0 – 32.9)
5,7% Rezidivierende, depressive Störungen (F 33)
4,1% Angststörungen (F 41)
4,1% Somatoforme Störungen (F 45)
4,1% medizinische Erkrankungen
3,3% Sonst. Neurot. Störungen (F 48) – der Rest fällt auf seltene Sparten(>3%)
Evidenzstufe IIb.
N= 211 Patienten/innen inclusive einer Angehörigenbefragung von 58 niedergelassenen Psychotherapeuten/innen unter natürlichen Praxisbedingungen. Prospektive Studie.
122 abgeschlossene Therapien. 74 Katamnesen. – Keine Kontrollgruppen.
Die Studie lief unter der erschwerten Bedingung der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes; das bedeutete eingeschränkte Finanzierung vonseiten der Kassen, erzwungener Therapeutenwechsel der Patienten, Misstrauen und Irritation für die therapeutischen Beziehungen und die fachlich unnötige, zeitliche und finanzielle Belastung der „Nachqualifizierung“ der langjährig erfahrenen Therapeuten. Daher kam es zu einem Rücktritt von 50 Therapeuten von anfangs 108 auf schließlich 58. Es konnte statistisch kein

systematischer Unterschied zwischen den Abbrechern und Nicht-Abbrechern festgestellt werden.–
Integrative Therapie, die im „Fritz-Perls-Institut“ vermittelt wird, hat sich auf dem Boden der Gestalttherapie entwickelt und deren Grundhaltung und Know How als Basis aufgenommen, auch wenn sie sich ansonsten betont multidimensional definiert und methodisch ekklektisch-integrativ ausrichtet.
Messinstrumente: SCL-90- Symptom-Checkliste (Degoratis et al. 1986, dt. Version Franke 1995), - IIP-C-Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz, Strauß, Kordy 1994), - Therapeutinnen-Fragebogen (EAG/= Europ. Akademie für psychosoziale Gesundheit), - Therapie-Beurteilungs-Fragebogen / EAG), Patientinnen-Fragebogen (EAG), - Körperschemata (EAG), - Instrumente zur Erhebung des sozialen Netzwerkes (EAG), - Einschätzungsskalen Allgemeiner Lebenszufriedenheit, EAL (EAG), - Angehörigenbogen (EAG), - Stundenbegleitbögen (EAG).
Messzeitpunkte für Patienten, Therapeuten und Angehörige; a) für Pat.: (Pat.-fragebogen, SCL-90-R, IIP-C) Eingangserhebung bis zur 2.ten Stunde, - Zwischenerhebungen: 15.te und 30.te Stunde, Abschlusserhebung bei Therapie-Ende, Katamnese 6 Min. nach Abschluss. – b) für Therapeuten: (Terapeutenfragebogen nur anfangs, jedoch jedes Mal Therapie-Beurteilungsfragebogen) zeitgleich zu den Patienten; c) Angehörige: Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit zeitgleich zu obigen Messpunkten, bei der Katamnese noch einige Zusatz- Items. Die Stundenbögen werden von Pat. und Therapeut/in bis zur 30.ten Stunde ausgefüllt.
Ergebnisse: Die im SCL90-R bei der Abschlusserhebung ermittelten Effektstärken lagen für die einzelnen Skalen im mittleren oder hohen Bereich (Depressivität 1,15/ Unsicherheit 0,99/ Zwanghaftigkeit 0,94/ Ängstlichkeit 0,91), im Mittel bei 0,82. Der Globale Beschwerdeindex zeigte eine Effektstärke von 1,10 an. Die Werte des IIP-C verbesserten sich signifikant und glichen bei Abschluss der Normalbevölkerung. Ferner ließ sich der Zuwachs an Ressourcen und an Lebenszufriedenheit objektivieren. Es konnten ausdrücklich keine Verschlechterungen nachgewiesen werden. Die bei Abschluss festgestellten Verbesserungen waren katamnesen-stabil oder verstärkten sich sogar noch nachträglich.

3) 2000 Schigl, B.: Wirkung und Wirkfaktoren von Gestalttherapie aus katamnestischer Sicht der KlientInnen. *Psychotherapie Forum (2000) 8: 79-87*

Evidenzstufe III. Retrospektive Studie. Diagnosen, Beschreibung, Resultate siehe Veröffentlichung von 1998 im nächsten Absatz. - Es handelt sich von der Stichprobe her um die größte Untersuchung von Gestalttherapie-Patienten unter Praxis-Bedingungen. Es zeigt sich eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Gestalttherapie. 63% der Patienten gaben an, ihre anfänglichen Ziele zur Gänze oder zum größten Teil erreicht zu haben. An erster Stelle stehen Veränderungen in der Persönlichkeit, dann Verbesserungen in den sozialen Beziehungen, des Lebens- und Vitalgefühls. Die Symptome gingen signifikant zurück. Bezüglich der therapeutisch hilfreichen Wirkfaktoren dominierten nach Aussagen der Patienten Qualitäten der Beziehung, gefolgt von spezifisch gestalttherapeutischen Methoden und Techniken.- Original:

1998 Schigl, B.: Evaluation von integrativer Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren aus katamnestischer Sicht ehemaliger KlientInnen. Endbericht zum

Forschungsprojekt der Fachsektion für integrative Gestalttherapie im ÖAGG. *Wien: Eigenvervielfältigung der Fachsektion für integrative Gestalttherapie*.- / Retrospektive Feld- u. Katamnesenstudie. Evidenzstufe III
D: Depressive-, Angst-, Panik-, somatoforme und Eß-Störungen.
N=431 ehemalige KlientInnen, die eine ambulante Gestalttherapie abgeschlossen hatten. Erhebung analog der Consumer Report Study (Seligman, 1995). Test- und Erhebungsinstrumente: Seligman-Fragebogen, -Fragebogenskalen zur seelischen und gesamtheitlichen Gesundheit, Lebensqualitätsskale nach Bullinger. Heterogene Therapielänge zwischen 10 und 190, im Durchschnitt 70 Wochen.- Beschwerdebilder: Depressionen (52%), Kombination von Angst, Trauer, Zorn, Depression (66%), Partnerkonflikte mit sex. Problemen (48,1%), Angst (40,5%), Panik (14%), somatoforme/psychosomatische Beschwerden (35,8%), Ess-Störungen (14,8%).
Erhebungsinstrument: Eigens entwickelter Fragebogen (67 Fragen) zu folgenden Themen: Zugang zur Therapie, Setting, Abrechnungsmodus, Zuschuss der Krankenkasse, Akzeptanz der Therapie und Hilfreiches im sozialen Umfeld, Psychopharmaka-konsum, Gründe für Beendigung, Inanspruchnahme neuer Psychotherapie, Rückmeldungen zur Person und zum Verhalten der/des Therapeuten/in, KlientInnen-verhalten in der Therapie, Beziehungsqualität zum/ zur Therapeuten/in etc. – auch Life-Events nach der Psychotherapie, sowie Kommentare des sozialen Umfeldes zum Zustand vor und nach der Therapie. Es wurde auch nach negativen Rückmeldungen und nach Kritikpunkten gefragt.- Faktorenanalysen zeigten, dass die Veränderungen, die durch die Gestalttherapie erreicht wurden, über die verschiedenen ex-post kategorisierten Beschwerdegruppen gleich waren. –
Ergebnisse zur Veränderung der Symptomatik und Problematik: mittlere bis starke Verbesserung 73%, Verschlechterung 5%; Symptome verschwunden 15,8%, Verminderung der Symptome 86%, Symptome noch vorhanden, aber besserer Umgang damit 35%, Symptomwechsel 1,5%, keine Symptomänderung 4,1%. - Im beruflichen und sozialen Feld berichteten 80% der Patienten eine substantielle Verbesserung der Lebenszufriedenheit, gestiegenes Selbstwertgefühl und Selbstrespekt und vertiefte Einsicht in die Probleme. Psychopharmaka-verbrauch: etwa die Hälfte der Pat., die zuvor mediziert waren, hatten zum Katamnese-Zeitpunkt ihre Medikamente absetzen können. Die Tranquilizer-Einnehmer reduzierten sich sogar um 76%. – Prophylaxe: 90% der Pat. berichteten, dass sie in der Gestalttherapie Strategien erlernt hätten, wie sie erfolgreich beim Wiederauftreten ihrer Symptome mit ihnen umgehen könnten.

4) 1999 Pauls, H. & Reicherts, M.: „Empirische Forschung in der Gestalttherapie am Beispiel eines praxisorientierten Forschungsprojektes." *In: Fuhr, R., Sreckovic, M & Gremmler-Fuhr, M.(Hrsg.) Handbuch der Gestalttherapie, 1137-1160*.- Evidenzstufe II b

D: Depressive Störungsbilder (F 32, F 33) 2 x
Dysthymie (F 34) 3 x
Angststörungen (F 41.2) 2 x
Zwangsstörung (F 42.0) 1 x
Belastungs- u. Anpassungsstörungen (F 43.22) 3 x
Somatisierungsstörungen (F 45) als Nebendiagnosen 4 x
Ess-störung/ Bulimie (F 50.3) 1 x
Schlafstörung/ Insomnie (F 51.0 als ND) 1 x
Persönlichkeitsstörungen (F 61) 3

N=15, n=11als Pilotstudie einer geplanten, umfangreichen Erhebung längerfristiger Gestalt-Therapien. Messzeitpunkte der Pilotstudie: 1) Therapiebeginn, 2) nach 15 Kontakten, 3) nach 30 Kontakten; bei den Wartekontrollfällen zusätzlich auf die Prä-Messung zu Beginn der Wartezeit 15 Wochen vor Behandlungsbeginn.- Erhebungsinstrumente zur Symptomatik, Persönlichkeit, Therapieerfolg, , sowie Einschätzungsbögen nach jeder Sitzung und qualitative Methoden (gestaltthera-peutisches Element am Anfang und Ende jeder Behandlung): SCL-90-R, FPI-R, DOE, ZEA, GE, CEV. Beim Stand des vorliegenden Zwischenberichts von 15 untersuchten Probanden, von denen vier zur Wartekontrollgruppe zählen, zeigen sich eindrucksvoll effektstarke Befunde auf fast allen genannten Globalmaßen und Subskalen. / Die Studie konnte wegen Einstellung der Fördermittel leider nicht weitergeführt werden.

Ergebnisse zum Zusammenpassen von Patient und Therapeut: hochkomplex und buchfüllend. Einer der wichtigen Faktoren und Prädiktoren für ein positives Endergebnis ist u.a. die akzeptierende Einstellung des Therapeuten gleich zu Beginn.

* noch laufende Studien

C2) Krankheits- und störungsbezogene Studien zur Ergebnisforschung im Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

* Außer den angeführten **laufenden Dissertationen** befinden sich noch mindestens drei weitere Promotions-Arbeiten zu den drei Haupt-Anwendungsbereichen in der Vorbereitungsphase, die teils von der Universität Kassel, teils von der privaten Sigmund-Freud-Universität in Wien (Prof. H. Laubreuter/ Prof. E. Ponocny-Seliger) betreut werden. Angestrebt sind bei den geplanten Arbeiten jeweils Evidenzstufen Ib.

Der Anerkennungs-**Antrag wird** trotz der (noch) unvollkommenen Wirkstudien-situation auch für den Kinder- und Jugendlichen-Bereich **gestellt** - mit Verweis auf die Situation des „Richtlinienverfahrens Psychoanalyse/ Tiefenpsychologie“ für den Kinder- und Jugendlichen-Bereich, der trotz seines seit 11 Jahren bestehenden Richtlinien-Status - samt Forschungsförderung – noch nicht mit Wirksamkeitsbelegen abgedeckt worden ist. (Der diesbezügliche Antrag war 2007 wieder zurückgezogen worden.)

Empfohlene **Anwendungsbereiche** gemäß dem Methodenpapier Version 2.7 des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach §11 PsychThG:

1. Affektive Störungen (F 3; einschließlich F 94.1; F 53)

1.1* 2010/2011 ff S. Lellek: Depression bei Kindern und Jugendlichen. Untersuchung in einer Klinikambulanz. Psychologische Dissertation über die Univ. Kassel (Prof. Dr. H. Möller/ Dr. S. Taubner)

D: Depression bei Kindern und Jugendlichen. – Evidenzstufe 1 b

N= 60, n= 30. Randomisierte Kontrollgruppe. ICD-Diagnosen. Gestaltthera-peutisches Behandlungsangebot mit halb-manualisierten Schritten. 20

Behandlungsstunden. Testdiagnostik. Messzeitpunkte: vorher, nachher, 6-Monats Follow up.

1.2 2008 JeongSook Lee (Univ. Hannam, Daejeon, Süd-Korea,): Gestalttherapie bei depressiven Jugendlichen. Ein Behandlungs- und Präventionsprogramm mit kreativen Medien. Dissertation der Universität Göttingen 2007

D: Depressive Jugendliche. – Evidenzstufe I b

Das vorliegende Behandlungs- und Präventionskonzept basiert auf den gestalttherapeutischen und speziell auf emotionsfokussierenden, therapeutischen Grundlagen. Testpsychologisch liegen die Werte diagnostisch anfangs an der Grenze zum klinischen Bereich der Depression. Die Vorgehensweise und Zielsetzung ist therapeutischer Natur. Der präventive Aspekt des untersuchten Programms gilt der Vorbeugung bezüglich einer Chronifizierung der Depression Jugendlicher, des Übergangs in eine Major-Depression und der Suizidalität Jugendlicher. Die untersuchte Altersgruppe stellt eine Risikogruppe für Suizidalität dar.

Das Programm besteht aus einer Folge von 10 gestalttherapeutischen Gruppensitzungen von jeweils 2 Stunden Dauer, 3 mal pro Woche, mit einer vorgegebenen Themenfolge, bei der gleichzeitig die Methodik der „kreativen Medien", bzw. des malerischen Ausdrucks, der Bewegung, Musik und von Tonarbeit eingesetzt und genutzt wird.

Design: N=44, n=22, randomisierte Gruppenzuordnung zur Versuchs- bzw. Kontrollgruppe. Voraussetzung: testdiagnostisch diagnostizierte, (sub)klinische Depression nach DMS-IV und ICD 10. Das Programm (Gestaltgruppenarbeit zur indikativen Prävention von Depression bei Jugendlichen, GPD-J) wurde während des regulären Schulbetriebs an einem Gymnasium bei 16-18jährigen Mädchen in Korea erprobt.

Als Testinstrumentarium dienten störungsspezifische Symptomfragebögen: *Beck`s Depressions Inventory (BDI)* und *Symptom-Check-Liste für Depressivität in SCL-90-R von Derogatis, 1986*, zur Erfassung der „depressiven Symptomatik" und der „allgemeinen Symptombelastung", ergänzt durch die *Psychological Well-Beeing-Scale (Ryff, 1989*), um nach Lebensqualität und Funktionsfähigkeit zu fragen.

Es wurde prä, post und zweimal follow-up (nach 3 und 6 Monaten) getestet. - Nach jeder der 10 Sitzungen wurde jede Teilnehmerin nach dem hilfreichsten Erlebnis gefragt, das qualitativ und quantitativ sowie im Sinne einer Prozessanalyse untersucht wurde. - Ergebnis: In der Versuchsgruppe nahmen – im Vergleich zur Kontrollgruppe - die Depressivität und die psychischen Beschwerden allgemein katamnesen-stabil signifikant ab und das seelische Wohlbefinden zu. Die stärksten Effekte zeigten sich in der 5. Sitzung, in der (analog zu Greenbergs Ansatz) die gestalttherapeutische Konfliktlösungsmethode mit leeren Projektions-Stühlen als Methode eingeführt wurde.

Das Programm, das sich zur Prävention wie zur Behandlung eignet, ist signifikant antidepressiv wirksam.

1.3 2008 Terrapon, W.: Utilizing dyadic brief gestalt play therapy within an unstable adolescent foster placement. *University of South Africa. Unisa Institutional Repository – Electronic Theses and Dissertations - Unisa ETD*

D: Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F 94.1) Evidenzstufe: IV

Kombinierter Gestalt- und bindungstheoretischer Ansatz bei drohendem Kontakt-

Abbruch einer jungen Jugendlichen (14 J.) mit ihrer Pflegeperson (27 J.), 8 Sitzungen. - Methodik: Videokontrollierte und nach Hughes analysierte und qualitativ codierte Interviews. Fallstudie mit folgenden thematischen Schwerpunkten als Ergebnis: therapeutische Beziehung, der Prozess des Dialogs, Achtsamkeit, Kontakt, Widerstand, inneres Arbeitsmodell, Polaritäten, Arbeiten im Hier-und-Jetzt, Nutzen des gestalttherapeutischen Experiments, Techniken der Gestalt-Play-Therapy.
Ergebnis: Der therapeutische Weg der „dyadic brief Gestalt –Play-Therapy" erwies sich als erfolgreich.

1.4 2008 Moran, G. & Diamond, G.: „Generating nonnegative attitudes among parents of depressed adolescents: The power of empathy, concern, and positive regard."
Psychotherapy Research, January 2008; 18(1): 97-107

D: Depressive Jugendliche, - Evidenzstufe: I b
N=25, n=13 Jugendliche mit ihren erziehungsberechtigten Bezugspersonen; randomisierte Wartegruppe als Kontrollgruppe. 1 Anfangsgespräch mit der Haupt-Erziehungsperson sowie Analyse der 5 darauf folgenden Elternsitzungen.
Messinstrumente: Therapist-Behavior-Rating-Scale 3 (TBRS-3) = observer based instrument;- KPI –system, Kategoriensystem für partnerschaftliche Interaktion von Halweg et al. 1984; -Vanderbildt Therapeutic Alliance Scale (VTAS, Hartly & Strupp, 1983).
Der manualisierte Behandlungsentwurf kombiniert Greenbergs emotionsfokussiertes Verständnis mit familien-systemischen und bindungsorientierten Aspekten. Depression bei Jugendlichen hängt hochsignifikant mit negativem, elterlichen Verhalten zusammen. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Verminderung der elterlichen Negativbewertungen in Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung mit ihren positiven, wertschätzenden, ernstnehmenden, beziehungsstärkenden, emotional berührenden und empathischen Interventionen. Die erste Sitzung fand allein mit dem haupterziehenden Elternteil und dem Therapeuten statt. Sorgsam geschulte Rater schätzten die Video-Tapes der nächsten 5 Sitzungen ein. - Die Kontrollgruppe zeigte im Vergleich zur Behandlungsgruppe keine Reduktion der elterlichen, depressiogenen Negativität.

1.5 2007 Hoosain, S.: Resilience in Refugee Children: a Gestalt Play Therapy Approach. Unisa Institutional Repository> Electronic Theses and Dissertations > Unisa ETD> University of South Africa (Supervisor: Dr. J.P. Schoeman).

D: Depressive Episoden unterschiedlicher, teils ausgeprägter Schweregrade (F 3), Trauerarbeit, Trauma und Belastungsstörungen (F 43) nach Verlusterleben von Heimat, Eltern, sozialem und sprachlichem Umfeld – bei 12- 18-jährigen Flüchtlingskindern, - ferner 4 Fallstudien bei 15- 17 Jahre alten minderjährigen Asylbewerberinnen ohne Begleitung. Evidenzstufe IV
Vorgehen: multiple case study + intervention research model
Zielgruppe waren asylsuchende Flüchtlingskinder, zumeist aus Eritrea, Irak, Afghanistan, China, Somalia und Zimbawe, ferner auch aus Äthiopien, Lybien, Vietnam, Albanien und Polen, die zwischen 2003 und 2005 mit wenigstens etwas Englischkenntnissen in Essex, England, ankamen. Insgesamt werden in England 82.000 Flüchtlings-Kinder gezählt.
Randomisierte Stichprobenerstellung für n= 32 (=30% der Gesamtzahl). Diese wurde nach belastenden und protektiven Faktoren untersucht. Die Stichproben-Kinder wurden aufgrund der Einzelfall-Unterlagen und von Beobachtungen gemäß

den Kriterien aus der Literatur durch die Untersucherin in 1) resilient mit und 2) ohne Englischkenntnisse und in 3) nicht-resilient unterschieden. Letztere zeigten erhebliche, affektive Störungen und emotionale Labilität.- Aus dieser Stichprobe stammen die 4 Fallbeispiele mit denen eine Gestalt- Play-Therapy (je 6 Sitzungen) durchgeführt wurde.

Ergebnis: Gestalt-Play-Therapy ist ein ganzheitlicher Zugang mit dem Schwerpunkt auf der Therapeutischen Beziehung, mit reichlich nonverbalen Kontaktangeboten, - sie erhöht die protektiven Faktoren der Kinder aller Kulturen, macht sie widerstandsfähiger, belastbarer, integrierbarer, entscheidungs- und verantwortungsbereiter, kontakt- und ausdrucksfähiger, sicherer, selbstbewusster und offener dafür, im erlittenen Leid in irgendeiner Weise Sinn zu entdecken.

1.6 2007 Wolhuter, C.M.L: Spelterapeutise riglyne ter bevordering van emosionele veerkragtigheid by egskeidingsgetraumatiseerde kinders. – Richtlinie zur Stärkung der emotionalen Belastbarkeit bei scheidungstraumatisierten Kindern durch Spieltherapie. (Therapeutische wie auch vorbeugende Maßnahme gegen Depression (F 3), Schuld- und Schamgefühle, emotionale Verunsicherung, Isolation). – Unisa Institutional Ropository > Electronic Thesis and Dissertations> Unisa ETD> Universiteit van Suid-Afrika (Studienleiter: Dr. J. P. Schoeman). -

Evidenzstufe: IV

Natürliche, empirische Feld- und semi-quantitative Fallstudien (4), bezogen auf einen umschriebenen Wohndistrikt sowie auf einen umschriebenen Zeitraum (Mai – Sept. 2007) und auf die Altersgruppe der 8- 12-Jährigen, sofern sie noch keine vorherige Therapie-Erfahrung hatten und bereit sind, sich auf eine Gestalt- Play-Therapy (die in Südafrika an der Universität gelehrt wird) einzulassen. Semistrukturiertes Interview mit den Bezugspersonen der Teilnehmer mit quantitativer (zwei Questionnaires) und qualitativer Feststellung der emotionalen Situation vor und nach der Behandlung, kombiniert mit Verhaltensbeschreibungen. Erfahrungs-Ergänzung durch Literaturstudium.

Ergebnis: gute Stabilisierung der vorgestellten Fälle, - ferner: Gestalt- Spieltherapeutische Empfehlung für den Umgang mit scheidungs-traumatisierten Kindern. der Altersgruppe 8- 12 J.

1.7 1980 Clance, P.R., Mitchell, M., Engelman, S.R.: Body Cathexis in Children as a Function of Awareness Training and Yoga. *Journal of Clinical Child Psychology, Spring 1980, p.82-85*.

D: Körperbildbezogene Selbstablehnung und Unwerterleben als Depressions-Äquivalent. –Evidenzstufe II b (Einschränkung wegen kleiner N und fehlendem Follow-up.)

N=12, n=6, randomisierte Gruppen von 8-9-jährigen farbigen Schulkindern. Die Kontrollgruppe blieb unbehandelt. Messinstrumente: Body Cathexis-Test by Secord & Jourard,- Body Satisfaction-Test,- Human Figure Drawings (HFD) in der Variante von Koppitz (1968). Messzeitpunkte vorher und nachher. Behandlungs-design: 3 x wöchentlich 30 Min., 4 Wochen lang: gestalttypisches Achtsamkeits-training, bei dem jedem Kind auch selbst wertschätzende Achtsamkeit vom Leiter zuteilwurde und bei dem es nach und nach mit zunehmender Intensität alle Körperteile und Funktionen mit Wertschätzung und Achtsamkeit bedachte. Dies war kombiniert mit belohnenden Imaginationen, mit kinderadaptierten Yogaübungen sowie mit gegenseitigen Berührungs-Ritualen.

Ergebnis: Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild nahm- im Unterschied zur

Kontrollgruppe – in der Achtsamkeits/Yoga-Trainigsgruppe signifikant zu.

2. Angststörungen (F 40-F 42; F 93 und F 94.0)

2.1* 2010/2011 ff S. Lellek: Angst bei Kindern und Jugendlichen. Untersuchung in einer Klinikambulanz. Psychologische Dissertation über die Univ. Kassel (Prof. Dr. H. Möller/ Dr. S. Taubner)

D: Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. – Evidenzstufe 1 b
N= 60, n= 30. Randomisierte Kontrollgruppe. ICD-Diagnosen. Gestalttherapeutisches Behandlungsangebot mit halb-manualisierten Schritten, prozessorientiert. 20 Behandlungsstunden. Standardisierte, diagnosen-spezifische, testdiagnostische Batterie. Messzeitpunkte: vorher, nachher, 6-Monats Follow up.

2.2* 2010/ 2011 ff Medau F.: Prüfungsangst. – Laufendes Projekt/ Kinder-Gestalttherapeutische Betreuung Wolf-Kügel, I. / Psychologische Dissertation Univ. Kassel (Verantwortlich: Prof. H. Möller/ Dr. S. Taubner)

Evidenzstufe I b.
N= 60, n=30. Altersgruppe: frühes Schulalter / Behandlungsweise: Gestalttherapie, halb-manualisiert und prozessorientiert. Behandlungsumfang: 10 Sitzungen, zu 100 Min., 1 x wöchentlich über 10 Wochen. Eigen-Wartegruppe als randomisierte Kontrollgruppe. Testinstrumentarium standardisierte, diagnosen-spezifische Testbatterie. Messzeitpunkte: vorher, nachher, 6-Monats-Katamnesen.

2.3* 2010 (Nov.) -2012 Psychologische Dissertation der Privat- Sigmund-Freud-Universität Wien, verantwortlich: Frau Prof. E. Ponocny-Seliger, Institut Psychologie/ Quantitative Methoden, - durchgeführt an zwei Zentren: 1) in der Ambulanz für Kinder- und Jugendliche der Sigmund-Freud-Privat-Universität Wien und 2) in der Kinderambulanz des Vereins Kinderhilfswerk, Wien

D: Angststörungen als eindeutiges Leitsymptom und primäre Diagnose (ICD-10: F 93.0, F 93.1, F 93.2, F 93.3, F 93.8, F 93.9)
Evidenzstufe I b (prospektiv, multizentrisch, randomisiert kontrolliert)
N= 80, n= 40. Schulkinder zwischen 8 – 15 Jahren. 20 Behandlungsstunden. Randomisierte Kontrollgruppe mit Systemische Therapie über Losziehung.
Behandlung: mind. 20 Einzelsitzungen Gestalttherapie (1 x wchtl., max. 6 Mon.), prozessorientiert mit halbstrukturiertem Manual
Standardisierte, diagnosespezifische, psychodiagnostische Testbatterie (Kinder-DIPS) , incl. Selbst- und Fremdratings
Messzeitpunkte: vorher, nachher und Katamnesen nach 6 Monaten.
Erste Zwischenergebnisse sind voraussichtlich Ende 2011 zu erwarten.

2.4* 2010 ff Lehmann, M.: Therapeutisches Klettern in Kombination mit gestalttherapeutischen Gruppen- sowie mit Elternarbeit. Noch laufende Dissertation/ Uni. Dortmund (Prof. Dr. N. Katz-Bernstein) bei abgeschlossenem experimentellen Teil über einen Zeitraum von 8 Jahren, einschließlich der Vorläufer und Pilotprojekte 14 Jahre.
D: Angststörungsbilder. - Evidenzstufe II b.
Setting: Ambulantes, gestalttherapeutisches Behandlungsprogramm für männliche Jugendliche von 13- 16 Jahren mit verschiedenen Angststörungsbildern,

Selbstunsicherheit, sozialer Phobie – im SPZ (Soziales Psychiatrie-Zentrum) Traunstein. Behandlungsangebot pro Patient: 2 Jahre lang Gruppentherapie-Sitzungen (1 x wchtl.) mit 2 x 1 Woche Klettern integriert. Parallel dazu alle 6 Wo. ein Elterntreffen mit besonderer Einbeziehung der Väter.

Seit 8 Jahren systematische Dokumentation. N=60, n=48. Kontrollgruppe altersgemäß parallelisiert, aber nicht randomisiert. Prozesserfahrungsorientiertes Vorgehen; Behandlungs-Ausrichtung: gestalttherapeutisches Menschbild mit selbststabilisierendem, potentialentfaltenden Schwerpunkt und Training von fairer, respektvoller, direkter und konfrontativer Beziehungsklärung.
Testinstrumentarium: Angst- und Depressions-Fragebogen (auszugsweise), Diagnostischer Elternfragebogen (DEF), Fragebogen zur Beurteilung zur Behandlung (FBB) von Mattejat und Remschmidt (für Eltern und für Therapeuten).
- Messzeitpunkte: anfangs, alle halbe Jahre Zwischenbilanz,- Katamnesen nach 6 und 12 Monaten. Klinische Ergebnisse: beeindruckend große, zeitstabile Erfolge (dieses Angebot habe den Ruf der Klinik weit über ihre Einweisungsgrenzen erhöht; die Berechnungen laufen noch).

2.5 (2009) Constantinou, M.: The effect of gestalt play therapy on feelings of anxiety experienced by the hospitalized oncology child. *Unisa Institutional Repository> Electronic Theses and Dissertations> Unisa ETD> University of South Africa*

D: Angststörung (F 41 / Existenzangst) bei lebensbedrohlicher Krankheit (z.B. Ca)
Evidenzstufe: IV
Naturalistische, qualitative Feldstudie (im Johannesburg Hospital, Pädiatrie) mit phänomenologischer, prozessorientierter Exploration der kindlichen Erfahrungswelten, aber auch mit quantifizierenden Aspekten. Keine Kontrollgruppe.
Ziel: Angstminderung durch ein unterstützendes Behandlungsangebot mit mind. 6 Einzel-Sitzungen Play-Therapy (à 45- 60 Min./ 2 x wchtl. über mind. 3 Wochen, öfters länger) mit dem Anliegen, das Trauma des Krankseins durch zu arbeiten und selbstunterstützende Kräfte zu aktivieren (bezogen auf V. Oaklander, 1988, und G. Yontef, 1993).
Stichprobe: N=n= 6 (ursprünglich 7, ein Kind starb nach der 2.ten Sitzung) zufallszugeordnete, stationäre Schulkinder, meist zwischen 9 und 14 Jahren, ausnahmsweise auch 6- 11 Jahr und 12- 18 Jahre. Einschlusskriterien: stationär behandlungsbedürftige Ca-Diagnose, Mindestdauer des stat. Aufenthalts 3 Wochen, englisch-sprachige Kinder, die zur Schule gehen. Ausschlusskriterium: Kinder auf Isolierstation, ebenso allzu geschwächte Kinder.
Der Prozess der Play Therapy zielt hier ab auf: Hilfe beim emotionalen Ausdruck-verleihen, Stärkung der Bewältigungsstrategien, Umgehen mit Schmerz, Intensivierung der Stimmigkeit zwischen Denken, Fühlen u. Handeln, der Selbstakzeptanz und Selbstfürsorge, Akzeptanz von Grenzen bei gleichzeitiger Wertschätzung der eigenen Stärken, Verabschieden von negativen Gedanken und Konzepten, Anpassungsfähigkeit an die unvermeidliche Umwelt (Krankenhaus), Potentialentwicklung, so weit als möglich.
Qualitative Daten: semistrukturiertes Interview mit einem Elternteil, bzw. mit einer Bezugsperson, sowie davon unabhängig auch mit dem Kind. Daraus und aus Verhaltens- Beobachtungen während der Sitzungen entstanden qualitative Analysen von Themen und Emotionen. - Freiwillige Beteiligung: Rückzug von der Studie jederzeit ohne Erklärung möglich.
Kreative Angebote und Questionnaires: 1) „How I feel in Hospital-Questionnaire“, 2) „Feeling Faces“ zum Erfassen der aktuellen Befindlichkeit, 3) Projektive

Zeichnungen (Oaklander, 1992, 4) Sensory Awareness, 5) „All About Me Questionnaire“ (Hart, Mather, Slack & Powell, 1992), 6) Positive Thoughts Affirmation an Self-Empowerment (Hay, 2006), 7) Personal Collage (Oaklander, 1988), 8) Tonarbeit zur Körper-Selbstwahrnehmung, wobei der Krebs vom Kind benannt und aus dem Körper symbolisch entfernt und/oder zerstört oder umgeformt werden kann. 9) Heil-Meditation/ kreative Visualisierungen zur Angst- und Stress-Reduktion und zur Entspannung. Erschaffen einer haltgebenden, tröstenden und beglückenden, inneren Welt. 10) Mandala-Malen zum Beruhigen, Zentrieren, Balancefinden. 11) Angefangene Sätze vervollständigen – als Projektiver Test. Die Angebote zielen darauf ab, in einer stressigen Umwelt im kranken Kind dennoch Ruhe, Stärkung und Ganzheitlichkeit aufkommen zu lassen.
Messzeitpunkte für die Questionnaires: anfangs und nach 6 Sitzungen
Ergebnis: Es ließ sich allgemein mehr Sicherheit, Belastbarkeit und Frieden bei den betroffenen Kindern dieser Studie beobachten, doch reichte es bei der kleinen N-Zahl nicht aus, quantitativ Signifikanzen zu sichern.
Überlagernde Einflüsse, die nicht kontrolliert werden konnten, war ein unterschiedliches Ausmaß der Anwesenheit der Eltern im Krankenhaus und ferner die unterschiedlich fortgeschrittenen Krankheits- und Behandlungsstadien bei den untersuchten Kindern.

6. (2009) Fourie, A.: A Gestalt Programm for Establishing a Contact Making Process of Inclusion Between Educators and Learners in the Foundation Phase. *Unisa Institutional Repository> Electronic Theses and Dissertations> Unisa ETD> Dissertation of the University of South Africa.*

D: Allgemeine Schulängste und emotionale Störungen des Kindesalters mit sozialen Komponenten (F 40.9, F 41.9, F 93) und sekundären Lernstörungen; untersuchter Aspekt: lehrerinduzierte Beziehungsstörung/ Empathie-mangel
Evidenzstufe II b (Lehrerseite), V (Schülerseite).
Schulpsychologische Untersuchung und Experiment (in Brennpunkt-Stadtteilen) mit therapeutischer wie präventiver Zielrichtung.
Vorgehensweise: Verbesserung der Achtsamkeit, der Kontaktbereitschaft, Kontaktfähigkeit und Anhebung des gegenseitigen Vertrauens von Lehrern und Schülern. Beide Seiten werden im Behandlungsangebot erfasst, der Fokus ist ihre Beziehung.
Pilotprojekt: N=178, Schüler des 1. (ca. 6-j.) und 3. Jahres (ca. 8-j.).
Hauptprojekt unter Feldbedingungen, d.h. in den Schulalltag integriert: N= 110 (58 ca. 6-j./ 52 ca. 8-j.) mit ihren 8 diplomierten Lehrern/innen.
Messinstrument: Fragebögen und standardisiertes Questionnaire (Lehrer) und Fremdbeobachtung der Schüler. Messzeitpunkte: Vorher und nachher. Kontrollgruppen nicht randomisiert, sondern nach den wichtigsten Dimensionen parallelisiert. Keine Katamnesen.
Das angewendete, spielerisch anmutende „Gestalt-Play-Programm“ ist gestalt-entwicklungstheoretisch in 6 Phasen aufgebaut. Es wurde als ein generell angstminderndes, therapeutisches Angebot konzipiert. Am Anfang wird vor allem Vertrauen in ein sicheres Umfeld geschaffen (haltgebende, sichernde Gruppenregeln, gegenseitiges Vertraut-machen in der Gruppe, inclusive der mitspielenden Lehrperson), dann weitere potentiale eröffnet durch Achtsamkeitsangebote, Verstärkung des Kontakts nach innen, spielerisches Eröffnen von Ausdrucks- und Projektionsmöglichkeiten, z.B. im Rollenspiel, Empathie-training und Förderung der emotionalen Intelligenz

durch Rollenwechsel, sowie Verantwortungsübernahme für eigenes Handeln, selbstwertstärkende Rituale am Ende jeder Einheit). Es gibt insgesamt 8 strukturierte, auf einander aufbauende Einheiten à 100 Min./ 1 x wöchentlich. Zusätzlich braucht es eine Einführung der Lehrpersonen durch die Versuchsleiterin sowie Zeit für die Psychodiagnostik.
Ergebnis: Signifikante Bewusstseinsänderung und Achtsamkeitserhöhung bei den Lehren für ihre Schüler bezüglich deren Bedürfnissen, die sie besser wahrnehmen konnten, bzw. deren innerer und äußerer (familiärer etc.) Situationen, - ferner bezüglich ihres Einflusses und ihrer Verantwortung für ihr Beziehungsverhalten zu den einzelnen Schülern wie auch zur jeweiligen Gruppe, - aber auch bezüglich ihrer eigenen, persönlichen Situation. – In der Kontrollgruppe zeichneten sich all diese Veränderungen nicht ab. - Die Lehrer, die am Gestalt-Play-Programm mitgemacht hatten, schätzten es in einem nachträglichen Interview in Bezug auf ihre Schüler und die Arbeit mit ihnen als sehr erfolgreich ein.

14. Hyperkinetische Störungen (F 90) und Störungen des Sozialverhaltens (F 91; F 94.2 – F 94.9)

*14.1 2010 (Nov.) -2012 Psychologische Dissertation der Privat- Sigmund-Freud-Universität Wien, verantwortlich: Frau Prof. E. Ponocny-Seliger, Institut Psychologie/ Quantitative Methoden, - durchgeführt an zwei Zentren: 1) in der Ambulanz für Kinder- und Jugendliche der Sigmund-Freud-Privat-Universität Wien und 2) in der Kinderambulanz des Vereins Kinderhilfswerk, Wien

D: Verhaltensstörungen/ ADHS (F 90.0, F 90.1, F 90.8, F 90.9, F 91.0, F 91.1, F 91.2, F 91.3, F 91.8, F 91.9, F 92.0, F 92.8, F 92.9)

Evidenzstufe Ib (prospektiv, multizentrisch, randomisiert kontrolliert)
N= 80, n= 40. Schulkinder zwischen 8 – 15 Jahren. 20 Behandlungsstunden. Randomisierte Kontrollgruppe mit Systemische Therapie über Losziehung.

Behandlung: mind. 20 Einzelsitzungen Gestalttherapie, 1 x wchtl., max. 6 Mon., prozessorientiert mit halbstrukturiertem Manual

Standardisierte, diagnosespezifische, psychodiagnostische Testbatterie (Kinder-DIPS) , incl. Selbst-, und Fremdratings

Messzeitpunkte: vorher, nachher und Katamnesen nach 6 Monaten.
Erste Zwischenergebnisse sind voraussichtlich Ende 2011 zu erwarten.

14.2 2009 Lander, I.: Repairing Discordant Student-Teacher Relationships: A Case Study Using Emotion-Focused Therapy. *National Association of Social Workers 2009, 229-238*

D: Dissoziales Verhalten in der Schule bei Jugendlichen. Evidenzstufe V.
Fallbeschreibung. Erfolgreiche Anwendung der EFT (Emotion Focussed Therapy nach Greenberg), wie bei der Paar- und Familientherapie genutzt wird, auf das Lehrer- Schüler-Verhältnis; dabei wird eine negative Übertragung aus dem Bereich der Herkunfts-familie abgelöst und eine authentische, positiv mitmenschliche Beziehung und Bindung zur Lehrerpersönlichkeit erstmals ermöglicht und stabilisiert.- Methodische Hilfsmittel: FCs (Feeling Cards n. Gil, 1994) und „Color your Life Exercise“ n. Schaefer& O´Connor, 1983.

14.3 2007 Shen, Yih-Jiun, Texas Tech University: Developmental Model Using Gestalt-Play Versus Cognitive-Verbal Group with Chinese Adolescents: Effects on Strengths and

Adjustment Enhancement. The Journal for Specialists in Group Work, Vo, 32, No.3, Sept. 2007, 285-305

D: Verhaltensstörungen bei chinesischen Jugendlichen (13/14-jährige) in Taiwan. Evidenzstufe II b. (wegen methodischer Mängel bei der nicht randomisierten Kontrollgruppenbildung, die aufgrund von einer Lehrerauswahl zustande kam.) N=81, n= 58. Instrumentarium in chinesischer Sprache (Mandarin): 1) BERS (Behavioral and Emotional Rating Scale mit den Subskalen: a) Interpersonal Strengths, b) Family Involvement, c) Intrapersonal Strengths, d) School Functioning, e Affective Strength; neu validiert für Taiwan für 6 bis 18-jährige). – 2) ASBS (Adolscent Social Behavior Scale, Hung 2000, mit 7 Subskalen: Aggression, delinquentes Verhalten, Hyperaktivität/ Impulsivität, Rückzug/ Furchtsamkeit, Angst, zwischenmenschliches Fehlverhalten, Lernstörungen; dazu gibt es Lehrer- und Mitschüler-Einschätz-Skalen.) 3) Peer Rating Scale und Social Preference Scale (Coie & Dodge, 1988). Messzeitpunkte: 2-3 Wochen vorher und nachher.
Die erfassten Verhaltensstörungen (maladjustment behavior) lagen im Pre-Test im klinisch relevanten Bereich. Behandlungsangebot in Anlehnung an V. Oaklander (1978, 1999) und Herod (Discovering Me, 1999): 10 Sitzungen zu 90 Min. innerhalb eines Zeitraums von 5 Wochen im Kleingruppen-Setting: a) Gestalt-Play-Gruppe, b) kognitiv-verbales Gruppenangebot. Zu a) Die Angebote der Gestalt-Play-Gruppe orientierten sich an V. Oaklander (1978) „Windows to our children: A Gestalt Therapy Approach to Children and Adolescents“, Highland, N.Y.: Center for Gestalt Development. Die spielerischen Angebote dienen dem Ziel der Empathie-entwicklung sowie der Integration von Gefühlen, Selbstwahrnehmung und gedanklichen Prozessen.- Zu b) die Angebote der kognitiv-verbalen Gruppe orientierten sich an: Herod (1999) „Discovering Me“. Besprochen werden Selbstkonzepte, gute und problematische Beziehungen, Lösungsstrategien, persönliche Rettungspläne, Ressourcen, Realitätsorientierung, etc.- stets begleitet mit schriftlichen Übungen.
Ergebnis: Beide Gruppen zeigten Verbesserungen. Signifikante Verbesserung der Gestalt-Play-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Tendenz zur Verbesserung der kognitiven Gruppe erreichte jedoch kein signifikantes Ausmaß.

14.4 2007 Shechtman, Z., Katz, E.: „Therapeutic Bonding in Group as as Explanatory Variable of Progress in the Social Competence of Students with Learning Disabilities.“ *Group dynamics: Theory, Research and Practice, Vol.11, No.2, 117-128*

D: Hyperaktivität, Lern- und Aufmerksamkeitsdefizitstörung bei Jugendlichen.- Evidenzstufe I b

N=87, n=42. Randomisierte Gruppenzuweisung (mit Kontrollgruppen unter Wartebedingung) von Schülern, zumeist um 14 J. alt, die wegen sozialen, emotionalen oder Verhaltensstörungen zu Psychologischen Beratungs-Zentren überwiesen worden waren. (Kinder mit geistiger Retardierung waren bei dieser Studie ausgeschlossen.)- Die Behandlung erfolgte in wöchentlichen, „prozess- und erfahrungsorientierten“ Kleingruppen, mit einem supportiven Beziehungsangebot, in dem die Ausdrucksmöglichkeiten der Kinder bis zur Katharsis gefördert wurden (expressive-support-groups), 15 Wochen lang. Testzeiten: vorher und 2 Wochen nach der Behandlung. Bereits Voruntersuchungen zu diesem humanistischen Therapieangebot (Shechtman et al., 1996) bestätigten, dass dieses Vorgehen bei den lerngestörten, behandelten Kindern das Selbstwerterleben, die sozial-kommunikativen Fähigkeiten, den sozialen Status in der Gruppe sowie die Selbststeuerung anhoben und bezüglich des Symptoms Lernstörung signifikant

wirksamer waren als kognitiv-behaviorale Kontrollgruppen. -Im Fokus stand nun die Beziehung zwischen Therapeut und der Gruppe als Ganzes, das Gruppenklima, sowie vor allem die Beziehung der Einzelnen zum Leiter sowie zu den anderen Gruppenmitgliedern und ihr Zusammenhalt untereinander mit Aufnahme von warmen, vertrauensvollen und freundschaftlichen Beziehungen. Testdiagnostisch (AICQ u.a.) wurden soziale Kompetenz und die Fähigkeit, vertrauensvolle Nähe in Freundschaften herzustellen, abgegriffen sowie die Qualitäten der Arbeitsbeziehung (WAI nach Horvath & Greenberg, 1989 u.a.). - Ergebnis: Das Vertrauen zum Gruppentherapeuten und die Erfahrung einer guten Beziehung zu ihm erwies sich dabei in dieser Altersgruppe als noch wirk-, heil- und bedeutsamer als das zu den Gruppenmitgliedern, obwohl auch diese von großer Bedeutung waren für die (Re-) Stabilisierung des Vertrauens in sich selbst und in die anderen. Die guten, signifikanten Verbesserungen durch humanistisch-supportive, ausdrucksfördernde Gruppentherapie im sozial-kommunikativen Bereich schlossen alle untersuchten Untergruppen ein: Lerngestörte, Hyperaktive und Patienten mit Aufmerksamkeits-Defizit. Eine Untergruppendifferenzierung bildete sich auf den testdiagnostisch abgegriffenen Dimensionen nicht ab.

14.5 2007 Richardson, N.: The handling of aggression in therapy from a Gestalt perspective. Unisa Institutional Repository > Electronic Theses and Dissertations> Unisa ETD University of South Africa (Supervisor: Mrs. C. van Wyk)

D: Störungen des Sozialverhaltens (F 91) – Evidenzstufe: V
Therapeutischer Umgang mit aggressivem Verhalten in der gestalttherapeutischen Spieltherapie. Qualitativ-empirische Untersuchung über Interviews von Kinder- u. Jugendlichen –Therapeuten, ergänzt durch Literatur-Recherchen. – Ergebnis: Leitlinien für den Umgang mit Aggression bei Kindern und Jugendlichen.

14.6 1986 Linda F. Little: „Gestalt Therapy with Parents When a Child is Presented as the Problem." *Family Relations. The Single Parent Family. Vol.35, No.1, Oct. 1986, 489-496*

D: Verhaltensstörungen (problematic behaviors in children) bei problematischer Eltern-Kind-Beziehung.- Evidenzstufe: II b
N=23, n=8. Teilnahmekriterium: an der Studie wurden solche Eltern aufgefordert teilzunehmen, die sich in einer Familien-Beratungsstelle ausdrücklich wegen ihres „problematischen Kindes" gemeldet hatten. Behandlungsumfang: 10 Doppel-stunden Gestalttherapie. In diesen Stunden hatten diese Eltern die Chance, in eigener Sache Probleme zu klären und gemäß dem Stil der Gestalttherapie, in einer nicht wertenden Atmosphäre, in der ihre Einzigartigkeit geschätzt wird und sie den Mut bekommen, sich auf ihre Bedürfnisse, auf die Gegenwart, auf Freude und mehr Freiheit einzulassen, ihren Teil an ihrer Situation in ihre Verantwortung zu nehmen. - Als Kontrollgruppe wurden die Therapieverweigerer und Abbrecher dieses ausgeprägt pathologischen Klientels genutzt. Ferner wurden beide Gruppen mit der Normalpopulation verglichen.- Messinstrument: LPVSS, „The Little Parental Valuing Styles Scale" mit den Subskalen: 1) Rejecting, 2) Ignoring, 3) Overvaluing (overprotective or overindulgent), 4) Extrinsic Valuing, 5) Intrinsic Valuing. – Ergebnisse: die Behandlungs- und Kontroll-Gruppe unterschieden sich im Vor-Test nicht von einander, jedoch in 5 von 6 Skalen im Vergleich zur Normalbevölkerung. Im Prä-post-Vergleich wiesen die Eltern der Behandlungs-gruppe gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppe auf 5 von 6 Skalen signifikante Veränderungen auf, und zwar für Rejection (p=0,01), Overprotection (0,05), Overindulgent (0.01), Extrinsic Valuing (0.01), Intrinsic Valuing (0,01). Nach

diesem 10-DStdn.-Durchgang waren 9 von 10 Eltern motiviert, den erhaltenen Impuls in einer Therapie fortzusetzen um mit sich weiter zu kommen, überwiegend beim gleichen Therapeuten.

14.7 1980 Miller, C.M.: „An Experimental Study of the Effects of the Gestalt-Two-Chair Experiment with Conflicted Adolescent Offenders." *Dissertation, University of Wisconsin-Madison*

D: Dissoziale, straffällige Jugendliche. – Evidenzstufe: II b
N=16, n=8. 8 Einzelsitzungen pro Proband. Weitgehend analoge, aber nicht randomisierte Kontrollgruppe. Bearbeitung der identifizierten Konfliktanteile mit der Zwei-Stuhl-Methode. Testinstrument: u.a. Personal Orientation Inventory (POI), Shostrom 1966, zum Erfassen von Persönlichkeits-Wachstum, Potentialen und Selbstverwirklichung. Test-Zeitpunkte: 1) anfangs, 2) zwei Tage nach der 8.Sitzung, also am Ende der Serie (Kontrollgruppe am 30.ten Tag). Nach 2 Wochen Nachuntersuchung (Follow up).- Ergebnis: Die mit dem Gestalt-Experiment behandelte Straftäter-Gruppe wies auf folgenden POI-Dimensionen, signifikant positive Veränderungen auf: Bewusster Umgang mit Zeit, innere Ausgerichtetheit, wertorientierte Selbstverwirklichung, emotionale Antwortbereitschaft, Spontaneität und Akzeptanz von Aggression. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in signifikant höheren Belohnungs-Punkten für sozial integriertes Verhalten der behandelten Gruppe wider.

14.8 1973 Felton, G.S., Davidson, H.R.: „Group Counseling Can Work in the Classroom". (The Gestalt focus on present time and present behavior, with specific emphasis on the use of a languague of responsibility and on responsible behavior – as the basic therapeutic orientation.) *Academic Therapy, Vol. VII, No.4, 461-467*

D: Kombinierte Schwäche von Leistung, Aufmerksamkeit und sozialer Kompetenz bei schwachen Schülern.- Evidenzstufe: II b
N=79, n=61m, +n=30w. Vergleichbare, aber nicht randomisierte Kontrollgruppe, deren Anfangstest-Ergebnisse statistisch keine Unterschiede aufwiesen, auch nicht zwischen Jungen und Mädchen: 18. Testzeiten mit Rotter-I-E-Skala. Messzeitpunkte: zu Beginn des Schuljahrs, also vor der Behandlung und am Ende des Schuljahres, also deutlich nachher. Lernschwache High-school-Schüler erhielten über 5 Monate eine gestalttherapeutische (prozess- und erfahrungs-orientierte) Behandlung, 3 Sitzungen à 45 Min./Woche, (insgesamt 57 Sitzungen), bei der sie lernten, bewusst, zentriert und achtsam zu werden, aufrichtig begegnungsfähig, direkt, offen, konfrontationsbereit sowie fähig, die Verantwortung für ihren Gefühlsausdruck und ihr Verhalten und dessen Konsequenzen zu übernehmen. Subjektiv nahm das Selbstvertrauen, die Ichstärke, der Wille, die Entscheidungsfreiheit und die innere Strukturiertheit, fast als Nebeneffekt auch das selbstverantwortete Lernen, zu. Ergebnis: hochsignifikante (p unter 0.001) Zunahme der Zentrierungsfähigkeit der Aufmerksamkeit, bzw. der Selbstkontrolle, – im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Diagnostisch gemischte Gruppen bei Kindern und Jugendlichen in Übersichtsarbeiten

Baulig, I. & Baulig, V.(2002): Praxis der Kinderpsychotherapie. Bergisch-Gladbach, EHP Evidenzstufe V
Oaklander, V. (1978): Windows to Our Children. Moab: Real People Press. - Deutsch (1981): Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart, Klett-Cotta Evidenzstufe V
Oaklander, V. (1979): A gestalt therapy approach with children through the use of art and creative expression. In: E.H. Marcus (Eds.): Gestalt therapy and beyond, 235-247. CA: Meta Cupertino. – Evidenzstufe V
Rahm, D. (1997): Integrative Gruppentherapie mit Kindern. Göttingen, Vandenhoek & Ruprecht. – Evidenzstufe V

V **Zuordnung** der **Wirkstudien** der Forschungsgruppe um **Prof. Leslie S. Greenberg** (York-University/ Canada).

Prof. Greenberg, der im ersten Beruf Ingenieur war, hat in jungen Jahren zunächst eine **Gestalttherapie** und danach noch eine **Gesprächstherapie**-Ausbildung durchlaufen. Seit über 30 Jahren beforscht und veröffentlicht L. Greenberg und sein Team eine **Kombination** aus diesen beiden Verfahren, das er in den letzten Jahren EFT, Emotion Focussed Therapy nennt. Anfangs nannte er sie auch Prozess-Erfahrungs-Ansatz. EFT kann man im Ablauf dreigeteilt erfassen: die Einleitung und das Nachgespräch sind als CCT (client centered therapy nach Rogers) geführt, der längere, konfliktlösende Mittelteil läuft als typische Gestalttherapie.

Wenn die gesamte Behandlung im CCT-Stil gemacht wird, sinkt die Effektivität gegenüber der EFT signifikant ab.

2001 war Greenberg dringend von deutschen Gesprächstherapeuten gebeten worden, in einer Gefälligkeitsäußerung, die er später zu bedauern schien, seinen gesamten EFT-Ansatz von der CCT-Tradition her zu akzentuieren, um den deutschen Gesprächstherapeuten über die Anerkennungshürde hinüber zu helfen und um ihre Existenz zu retten. - Er war mehr als erstaunt, als er kurz darauf trotz offenbar gegenteiliger Information 2001 bei einem Kongress in Toronto auf Gestalttherapeuten aus Deutschland stieß (..."es gibt Euch also doch noch."., soll er spontan ausgerufen haben), von denen er sich auch sofort einladen ließ. Bei seinem ersten Besuch in Deutschland (2/2002 Kongress in Bad Zwesten am Gestaltklinkum, 2003 und 2004 am Würzburger Gestalt-Institut) staunte er, eine lebendige Gestalttherapie-Szene vorzufinden. Er war von deren subtiler Beziehungsarbeit im Sinne Martin Bubers sehr beeindruckt und äußerte sich spontan, dass die voll entfaltete Gestalttherapie keinerlei Ergänzung durch CCT oder etwas Analoges bräuchte. Leider habe er in seinen jungen Jahren eine etwas rauere Variante in Südafrika kennen gelernt. Und leider hatte er vor über 30 Jahren keinen Gestalttherapeuten als Forschungspartner gefunden, da sich die meisten damals nicht vorstellen konnten, dass diese unmittelbare, lebendige Art der Therapie beforschbar wäre. So kam es bei ihm zur Kombination mit Gesprächstherapeuten. (mündliche Mitteilung)

Als er damit konfrontiert worden war, dass zwei deutsche Nachwuchs-Gesprächstherapeuten (L. Auszra, I. Herrmann), die bei ihm in Kanada EFT

gelernt und von ihm die Übersetzungserlaubnis seines Buches „**Learning Emotion-Focussed Therapy“, 2003,** bekommen hatten, bei ihrer Übersetzung im „Praxishandbuch der Emotions-fokussierten Therapie“ (2008, cip-Medien) sich die Freiheit heraus genommen hatten, ohne Rücksprache mit ihm, im Sachwortverzeichnis den Begriff **„Gestalttherapie**“ zu **eliminieren**, obwohl er im Original vorhanden war **(„Gestalt Therapy“),** bot er den deutschen Gestalttherapeuten (des DDGAP) an, sich öffentlich in ihrem „Wissenschaftlichen Beirat Gestalttherapie“ aufführen zu lassen und mitzuwirken, um sie zu stärken.

Im Vorwort des Heftes PDP 2008;7, S. 131, formuliert J. Eckert lobend: „Der Beitrag von Jeanette Bischkopf, Lars Auzra und Imke Herrmann stellt ein im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts entwickeltes therapeutisches Konzept vor, die Emotionsfokussierte Therapie, deren Wirksamkeit inzwischen für bestimmte Störungen, z.B. Depressionen, empirisch belegt ist. Seine Grundlage bildet eine Emotionstheorie, die auf die Arbeiten von Greenberg et alii zurückgehen. Es gibt einen kurzen Hinweis des Verhaltenstherapeuten Grawe, dass diese Theorie mit den Ergebnissen der empirischen Emotionsforschung am besten übereinstimmt, aber es fehlen vor allem systematische Vergleiche mit psychoanalytischen Auffassungen...“

Die genannten Autoren resümmieren in ihrer Zusammenfassung: “In der Praxis der Emotionsfokussierten Therapie wird eine klientenzentrierte Beziehungsgestaltung mit prozessdirektiven Interventionen (z.B. der Zwei-Stuhl-Technik) kombiniert. ..“ Der Begriff „Gestalttherapie“ wird dabei nie erwähnt, auch nicht im Fließtext, auch nicht, wenn es sich um die Beschreibung ureigenster, gestalttherapeutischer Vorgehensweisen handelt, wie um die externalisierende Projektion auf einen leeren Stuhl, die Konfliktarbeit mit zwei Stühlen oder um den saloppen Fachterminus des „unfinished business“. Die bewusste Verleugnung ist so massiv, dass sie wiederum ohrenbetäubende Qualität bekommt.

Die gleiche Verleugnungshaltung spiegelt sich im „**Bericht der Experten-kommission der Bundespsychotherapeutenkammer“** (PDP 2008;7:92-123) von Berhard Strauß, Martin Hautzinger, Harald J. Freyberger, Jochen Eckert, Rainer Richter, Timo Harfst – mit einem Vorwort von Jochen Eckert und Rainer Richter. In diesem Artikel sucht man vergebens nach einem im wirklichen Sinne wissenschaftlichen „Pro-und-Kontra“. Der Artikel mutet dem Leser zu, ein einseitig annektierendes Umdefinieren als Wissenschaft ansehen zu sollen. Ein gestalttherapeutischer Experte war zu dieser Kommission (natürlich) nicht hinzu geladen gewesen.

Obwohl der gestalttherapeutische Dachverband nach dieser Veröffentlichung sofort bei den Herren Eckert und Richter **Einspruch erhoben** hatte und auf die Diskrepanz zur Haltung Greenbergs verwies, der auch seit 2001 in seinem bisherigen 2-Komponenten-Verständnis weiterhin wissenschaftlich veröffentlicht und den Annektions-kurs der Expertenkommission nicht bestätigt, hielt die sogenannte „Expertengruppe“ an ihrer Sichtweise fest, mit der sie nochmals an die Öffentlichkeit trat (Psychotherapeutenjournal 2/2010:160-168), um die anstehende GBA-Entscheidung zugunsten der Gesprächstherapie zu beeinflussen. (Autoren: Strauß, Hautzinger, Freyberger, Eckert, Richter).

Die deutsche „**Expertengruppe**“ steht mit ihrem Zuordnungsversuch **international isoliert** da. Niemand sonst nimmt sich heraus, entgegen Greenbergs profundem Sachverständnis seiner eigenen Forschung diese nach Gutdünken und gemäß eigener Interessen umzuetikettieren.

Solidarität und Loyalität sind an sich als Motivation hohe menschliche Werte. Zu unterscheiden davon wären eigene Interessen, z.B. (R. Richter und J. Eckert sind durch das gemeinsame IfP/Institut für Psychotherapie an der Uni Hamburg verbunden) – oder wenn die Bande einer gemeinsamen Herausgeberschaft (PDP) tangiert werden könnten (R. Richter, H. Freyberger, Th. Löw) u.a.m.

Es ist für die Öffentlichkeit problematisch, wenn bei einer solchen Aktion das **Vertrauen in die Wissenschaft missbraucht** wird. Leider sind inzwischen für die Vorgeschichte des WBP eine Reihe von analogen Vorkommnissen dokumentiert. Das ist keine Pauschalaussage, sie gilt einzelnen Personen.

Bedauerlicherweise hat sich für diese pseudowissenschaftliche Solidaritätsaktion auch Prof. Strauß, der im WBP für die **Forschung**sförderung federführend ist, auch hierbei federführend zur Verfügung gestellt. In früheren Artikeln und Buchrezensionen ist er sehr wohl als Kenner von Greenbergs Zwei-Komponenten-Verfahren wie auch als Befürworter der Gestalttherapie hervorgetreten. Es ist nicht zu erkennen, dass die Motivation zum Gesinnungswandel aus dem wirklich wissenschaftlichen Argumentationsbereich gekommen wäre.

Aufgrund dieses jahrelangen, berufspolitisch motivierten Tauziehens wäre es fast ein Wunder, wenn die Gestalttherapie in dem Selbstverwaltungs-Gremium des **WBP** auf eine ausreichend neutrale Unvoreingenommenheit stoßen würde. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ist dieses Gremium nach dieser Vorgeschichte mit einer Stellungnahme zur Gestalttherapie wegen **Befangenheit** überfordert.

Noch ein Wort zur **Gesprächstherapie**. Sie hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte hohe **Verdienste bei der Humanisierung der Therapeutischen Beziehung** erworben. Ihre Grundhaltung ist in beide „Richtlinien-Verfahren" durch die Zäune der Schulen hindurch eingedrungen. Beide haben von dieser Beeinflussung profitiert, am meisten jedoch die Patienten. Die Gesprächstherapie hat es **nicht verdient**, durch den Annektionskurs einer Gruppe von Berufspolitikern, der m.W. auch nicht von allen Gesprächstherapeuten mitgetragen wird, und sicher nicht im Sinne von Rogers gewesen wäre, **in ihrem Ansehen beschädigt zu werden**. – Mit ihrer Wirksamkeit liegt sie im Vergleich nicht unter der der psychodynamischen Verfahren, oft darüber; als sie 2001 beim WBP ihren Antrag stellte, hatten auch die Psychodynamiker nachweislich weder im Kinder- noch im Erwachsenen-Bereich die geforderte Anzahl an Wirkstudien vorzulegen. Es bestand diesbezüglich Gleichstand, jedoch mit der Ausnahme, dass sich die einen durch einen berufspolitischen Schachzug zuvor zum Richtlinien-Verfahren gekürt hatten und die anderen dabei ausgegrenzt wurden. Leider scheinen die zuständigen Juristen den damaligen Schachzug als solchen nicht erkannt zu haben. Die berufspolitischen Machtverhältnisse, die juristisch im PTG fixiert wurden, spiegelten nicht die **wissenschaftlich**en Prioritäten wider. Danach hätten 1998 die **Humanistischen Verfahren und die Systemiker Richtlinien-Verfahren** werden müssen.

Zum Abschluß zurück zu **Greenberg,** zu seiner **Stellungnahme** über **„EFT and Gestalt Therapy",** die wir 2008 von ihm zur Klarstellung nach den oben geschilderten Vorkommnissen über den Europ. Gestaltvereins-Vorsitzenden (P. Schulthess, Schweiz) erbeten hatten:

„As I have stated in numerous publications (see Greenberg, Rice and Elliott 1993 and most recently Greenberg & Watson, 2006) Emotion-focused Therapy formerly known as Process Experiential therapy is an integrative approach in which the main elements are a combination of Client Centered and Gestalt

therapy. The research on EFT provides evidence of an integrated experiential approach which combines two major elements; the empathic present-centered relationship and work on specific tasks. This form of integration also is the theme of The Handbook of Experiential therapy. EFT clearly can be seen as a development out of Gestalt Therapy. Many of the major tasks of EFT, such as working on self critical splits and unfinished business come from Gestalt therapy and were found to be central in the treatment of depression. In addition the essential style of combining following and leading and using markers and beeing process directive are highly congruent with modern dialogical Gestalt therapy. Process Experiential therapy was beeing developed in the early decades of Gestalt therapy when Fritz Perls was still alive, when under his influence a supportive therapeutic relationship, although theoretically recognized in the form of Buber´s I-thou relationship, was not emphasized, and confrontation was more prominent. Process Experiential therapy thus was developed to have a Client centered empathic supportive relationship. However Gestalt therapy in North America, and possibly even from earlier on in Germany, has developed from its beginnings to re-emphasize the relational approach and Martin Buber´s view of the I-thou relationship and to practice a form of dialogical gestalt therapy which in my view is highly similar to the Client centered view of the relationship. This makes modern Gestalt therapy quite similar in practice to the EFT-practice that was the subject of our research.

Psychoanalysis and now Cognitive Behavior Therapy incorporate a variety of different practices and theoretical views that operate under the same label provided they share some basic similarities. So too, in the humanistic domain, are there a variety of forms of practice which share fundamental elements; a common view of human functioning and a common understanding of human change and of the essential components of therapy. EFT is an embodiment of these common principles and as I see it our research applies equally well to Gestalt therapy and Client Centered therapy practice."

Leslie S. Greenberg
Professor, Dept. of Psychology
York University
4700 Keele St. Toronto, ON, Canada M3J 1P3
Phone (416)736-5115 x66111
Fax (416) 736-5814
http://www.EmotionFocusedTherapy.org
http://www.psych.yorku.ca/greenberg

Fazit: **EFT und Gestalttherapie** sind im Ansatz und in der Wirkung **äquivalent.**

Die Gestalttherapie braucht keine Ergänzung durch die Gesprächstherapie, da sie über eine äquivalente therapeutische Beziehungskultur verfügt.

Die CCT bedarf eines gestalttherapeutischen Ergänzungsteils, wenn es um Konfliktlösung geht, um die Wirkung der EFT zu erreichen.

Irrtums- und Korrekturmöglichkeit. In seinem Selbstverständnis räumt der WBP auf seinen Internetseiten realistischerweise analog zur Möglichkeit eines Justizirrtums auch die Möglichkeit ein, bereits getroffene Entscheidungen neu zu überdenken, neu zu bewerten und gegebenenfalls im Sinne eines **Revisionsantrag**s zu korrigieren.

Ich stelle hiermit im Namen des gestalttherapeutischen Dachverbandes DDGAP den **Antrag**, die **Zuordnung der EFT** zur Gesprächstherapie, die 2001 unter fragwürdigen Voraussetzungen und teils irreführender Information stattgefunden hatte, **neu zu überprüfen**,- gegebenenfalls das Zwitterverfahren EFT seinen beiden konstituierenden Verfahren zuzurechnen, der Gesprächs- und der Gestalttherapie.

EFT in Deutschland. Im Rundschreiben vom 25. 10. 2010 des **cip** (Centrum für Integrative Psychotherapie, München), das beide Richtlinienverfahren vermittelt, heißt es:
„Wir sind stolz darauf, dass wir erstmals weltweit eine zweijährige Ausbildung in Emotionsfokussierter Therapie unter der Leitung von Leslie **Greenberg** anbieten können. Er gilt als einer der **bedeutendsten Therapieforscher...**"
Diese Ausbildung – ab März 2011 - wird offiziell zertifiziert.

VI Ausblick: Gemeinsame Humanistische Verfahrensgruppe

In jüngster Zeit besinnen sich die Humanistischen Verfahren auf ihre gemeinsame Schnittmenge bezüglich ihrer therapeutischen Grundhaltung, der erlebnis- und prozessorientierten Vorgehensweise, des gemeinsamen Welt- und Menschenbildes und ihrer Wertorientierung zu besinnen. Ihre Gemeinsamkeit ist trotz methodischer und technischer Unterschiede als relativ stark anzusehen und damit etwa vergleichbar mit derjenigen des psychodynamischen Clusters, wenn nicht sogar ausgeprägter, auf alle Fälle ist das Gemeinsame deutlich stärker zu finden, als derzeit der gemeinsame Nenner in der verhaltenstherapeutischen Verfahrensgruppe auszumachen ist. Eine gewisse Verwandtschaft besteht auch zur Systemischen Therapie, speziell von der Gestalttherapie her, und zwar über die gemeinsamen Wurzeln in der Gestaltpsychologie.

Zur Humanistischen Gruppe gehören: Gestalttherapeuten verschiedener Richtungen, Gesprächstherapeuten, Psychodramatiker, Transaktionsanalytiker und humanistische Körperpsychotherapeuten.

Die Humanistische Verfahrensgruppe hat sich bereits formaljuristisch zusammengeschlossen und tritt demnächst mit einer Stimme für den Humanistischen Verfahrensblock auf.

Dann wird die Grenzverletzung zwischen Gesprächs- und Gestalttherapie, mit dem sich das Kapitel V befasste, nur noch von nachrangiger und eingrenzbarer Bedeutung sein.

VII Was ist Gestalttherapie?

Eine etwas ausführlichere Darstellung

Zusammenfassung

- Ausrichtung: Die Gestalttherapie ist primär ein **beziehung**s-, **erfahrung**s- und **emotion**sfokussiertes Psychotherapieverfahren. Es zielt ab auf reifendes Wachstum, Differenzierung, Kreativitätsförderung, Begegnungsfähigkeit,

Kontextbewusstsein, Verantwortungsfähigkeit, Aufbau einer wertorientierten Mitte, Sinnfindung und erhöhte **Stimmigkeit** nach innen und außen.

- Die Hauptinstrumente sind
- a) die bewertungsfreie **Achtsamkeit** (Awareness) für die gegenwärtige Erfahrung in diesem Moment („**experiential confrontation**"), und zwar sowohl in einer weiten Form, wie in einer fokussierenden (zentrierenden) Bewusstseinsform und
- b) die spezifische, entwicklungsadaptierte **Therapeutische Beziehung** (mit ihren 5 Ebenen: 1) Basisakzeptanz im Sinne Bubers „I-and-Thou", 2) bewusste Potential- u. Ressourcen-Resonanz, 3) Defizit-, Trauma-, Konflikt-Wahrnehmung mit adäquat dosierter Resonanz und/oder Konfrontation, - inclusive dem projektiven Übertragungsschatten mit Gegenübertragungs-Antwort, 4) Sachkompetenz-Ebene zum Vorschlag von spezifisch gestalttherapeutischer Methodik, z.B. intrapsychischer Rollendialog, 5) Arbeitsbündnis im allgemeinen und speziellen Sinn (z.B. vor einer fokussierten Regressionsarbeit).

- Einstieg: Typisch ist die **phänomenologische Zugangsweise**: alles, was derzeit für eine bestimmte Person von Bedeutung und daher aktiviert ist, spiegelt sich in den momentanen Erscheinungen (Phänomenen), sei es intrapsychisch (Emotionen, Einfälle, Impulse), körpersprachlich, psychosomatisch, zwischenmenschlich oder ins äußere Wahrnehmungsfeld projiziert. Auch die mehr oder weniger hilfreichen, chronifizierten Verarbeitungsweisen (Überlebens-, Schutz- und Abwehrmechanismen, bzw. persönliche Schemata) sowie die widerstrebenden Kräfte der mobilisierten Konfliktfelder zeichnen sich ab. Die Phänomene des Hier-und-Jetzt führen direkt zur Quelle des Geschehens den, der sie zu lesen und den Betroffenen darüber in einen selbstdeutenden Dialog einzuladen versteht. Der Therapeut stellt sein stimulierendes Interesse und seine präzise Wahrnehmung zur Verfügung, er pflegt aber ein sokratisches Selbstverständnis: der andere kennt im Grunde seine Wahrheit und behält die letzte Deutungshoheit in seinem subjektiven Kosmos. Und er bestimmt die Gangart und das Tempo.

- Integrations- Instrument**: Identifikation** und **Dialogbereitschaft**. Gestalttherapie ist vor allem eine Lektion in Empathie, sei es beim wertschätzenden (Wieder-)Entdecken des Entfremdeten über Identifikation, - sei es beim Wiederbeleben des scheinbar Abgestorbenen im inneren Erleben- oder beim Entdämonisieren durch mitfühlenden, inneren Rollentausch etc. Alle Teilaspekte können im inneren „System" (z.B. alle Körperorgane,- oder alle Teilaspekte eines Traumes) wie auch in einem äußeren System (Familie, Organisation) und natürlich genauso in einem verinnerlichten System (Herkunftsfamilie) Sitz und Stimme bekommen und Dialogbedarf anmelden. Das relativiert, erweitert und verändert die bisherige Sicht. Diese typische Identifikationstechnik fordert und fördert den „Mentalisierungs-Prozess", die Fähigkeit, sich in den anderen hineinzuversetzen.

- Differenzierungs- Instrument: **Kontakt an der Grenze.** Kontakt hat ein Doppelgesicht: das gleichzeitige Erkennen des Gemeinsamen und das Erkennen des Unterschiedlichen in Bezug zum anderen. Die eigene Identität

wird im Kontrast zum anderen bewusster wahrgenommen und überprüft.– Bubers Begegnungsvorstellung von „**Ich-und-Du“** steht Pate für die Gestalttherapie, ist Auftrag und Herausforderung zugleich. Gemeint ist damit, auch wenn ich mich hauptsächlich unterschiedlich fühle, kann ich dennoch zu jedem Lebewesen über die Einstellung der gemeinsamen Kreatürlichkeit Empathie empfinden und meine Basisakzeptanz aktivieren. (Spirituelle Menschen sehen in Bubers „I-and-Thou“ den Hinweis auf den verborgenen, göttlichen Aspekt in jedem Lebewesen, der ihm Würde und Unzerstörbarkeit verleiht.) – Die abgrenzende, beobachtende „**Ich-und-Es**“-Haltung stellt den differenzierenden Ergänzungspol zu Obigem dar, den es in adäquater Form genauso braucht, bzw. der für die individuelle Entwicklung sogar „notwendig“ ist. Es kommt darauf an, die beiden Pole zu einem guten, differenzierten Zusammenspiel zu bringen.

- Distanzierungs-Instrument: für den Fall krisenhafter, emotionaler Überflutungen, z.B. nach Traumatisierung, haben sich wirksame, kraftvolle Techniken zur bewussten Kontakt-Blockade als notfallmäßige Zwischenlösung bewährt, bis – nach ausreichender Stabilisierung - eine schrittweise Integration möglich wird. Aus dieser gestalttherapeutischen Krisenintervention hat sich (via Francis Shapiro) die Trauma-Therapie entwickelt.

- Theorie zum Werden und Vergehen: Der **Kontaktzyklus** wird durch innerlich selbstorganisierende, motivationale Hiearchien (offene Bedürfnisse z.B. realer Durst und Hunger, Wunsch nach Bestätigung, Neugier, Funktionslust, Zugehörigkeits- oder Partnerwunsch, Autonomiebedarf, geistiger Hunger, Sehnsucht nach Gerechtigkeit, Sinn, Schönheit, spiritueller Erkenntnis etc.), gelegentlich auch durch äußere Reize (Werbung), angestoßen und verschränkt so vorübergehend die Innen- und Außenwelt. Der Aufmerksamkeitsfokus wandert– und verwandelt damit ständig sein Ziel und damit seine „**Gestalt**“, das heißt die Vordergrundfigur wird ständig neu erschaffen und wieder losgelassen: zunächst ist sie das offene Bedürfnis, dann ein Suchbild, dann der Suchvorgang selbst (ad-greddi), dann Varianten des potentiell Passenden, die teilweise wieder verworfen werden, und schließlich der Vereinigungsprozess, dem eine Nachdifferenzierung, Assimilierung, Neuerprobung und Neustabilisierung folgt. Bei dieser elementaren Kaskade der **Vorder- Hintergrund-Dynamik** kann es in jeder Phase zu Blockierungen kommen, die auf den unterschiedlichen Entwicklungsebenen jeweils andere Ausprägungen haben. Dies ergibt einen eigenen, gestalttherapeutischen Beitrag zur Krankheitslehre. Ständige, adäquate Wandlung ist Normalität, auf der Basis eines stabilen Zusammenspiels der Vorder- und Hintergrund-Dynamik.

- Im **Krisenzyklus** wird im wesentlichen Kontakt mit inneren Unstimmigkeiten aufgenommen. Seine Phasenabfolge stellt das allgemeine therapeutische Konzept dar. Meist geht es darum, Konfliktsituationen, wie etwa einen blockierten Prozess zu Ende zu bringen (unfinished business), einen Mangel zu betrauern oder einen überkommenen Identitätsaspekt (bzw. ein unstimmig gewordenes Konzept) zu verabschieden. Es gilt zu ergründen, welche Ängste evtl. dem Loslassen und damit dem Identitätswandel im Wege stehen. So gesehen wird Wachstum als eine Kette vieler kleiner Tode beschrieben, die

wir während des Lebens durch zu machen haben, wenn wir uns auf wirkliches Wachstum einlassen. Dies vermag eine vertiefte, angstlösende Existenz-Erfahrung zu vermitteln, sofern es gelingt, beim Wandlungserleben den Hintergrund mit zu umfassen.

- Praktische Umsetzung: Die praktische Gestaltarbeit hat viele Facetten und kennt verschiedenste Settings. Unverzichtbar sind Achtsamkeit und die Aspekte der therapeutischen Beziehung. Typisch sind bei der Ausübung alle Arten der **Kreativität**sförderung. So gibt es Gestalttherapie im Medium Tanz und Bewegung, Form und Farbe, Musik und Poesie, Maskenarbeit und Märchenspiel, freies Improvisationstheater etc.

- **Ideengeschichte** und **Erkenntnistheorie**. Namengebend ist der Gestaltbegriff der Gestaltpsychologie, die Ende des 19. Jhts. und bis ins erste Drittel des 20.ten Jhts. (bis 1933) in Deutschland große Bedeutung hatte. Die Gestaltpsychologie bildete im 19. Jht. einen ergänzenden Gegenpol zur analysierenden Assoziationspsychologie (Wilhelm Wundts).- „Gestalt" wird als transponierbares, nicht weiter teilbares Ganzes verstanden, auch als ein Beziehungsgefüge, das sich von seinem Hintergrund als Vordergrundfigur oder Teilsystem abgrenzen lässt. „Gestalt" steht damit auch schlicht für „Seiendes", „Existierendes". (Ex-sistere (lat.) hervorstehen).
  Jedes Ganzes (Holon n. K. Wilber) hat seinen Kontext, ist Teil eines hiearchisch gegliederten, übergeordneten Ganzen und kann selbst auch in Subsysteme zerfallen.
  Obwohl sich der Name auf die Ganzheit bezieht, steht in der Gestalttherapie der Pol der Vielfalt und der Pol der Einheit in Balance. In der Therapie wird zunächst auf die phänomenologisch unterscheidbaren Teilaspekte geachtet, die belebt und im Dialog in ihren Beziehungswünschen neu erfasst werden, um danach zu einer stimmigeren Integration zu finden. Oft handelt es sich um eine Neubewertung von Verinnerlichungen (Introjekten) und identitäts-stiftenden Erfahrungen.

- Naturwissenschaftliche Zuordnung. In der Quantenphysik werden über Resonanzen Verschränkungsphänomene (Ausdruck von E. Schrödinger) als Teil- Ganzes- Beziehungen beobachtet, deren Relationen inzwischen exakt berechenbar sind (Prof. H. Römer, Freiburg) und die an gestaltpsychologische Ganzheitsphänomene erinnern. - Das Konzept des Selbst in der Gestalt-therapie mit seinen fluktuierenden Kontakt-Grenzen gleicht einem nicht-lokalen Feld. - Die Aufmerksamkeitsenergie, die die Gestalt der Vordergrund-figur aus ihrem Hintergrund herauslöst und die damit die Vorder- Hinter-grund-Dynamik in Gang setzt, erinnert an das bekannte Phänomen, dass ein Beobachter Quantenvorgänge unterbricht (karikiert in der imaginären Anekdote von „Schrödingers Katze"). Das theoretische Konzept der Gestalt-therapie weist analoge Strukturen zu Vorgängen der Quantenphysik auf.
- Hier wartet ein faszinierendes Forschungsfeld auf die kommende Generation.

VII a) Was sind Humanistische Psychotherapie-Verfahren?

Die Gruppe der Humanistischen Psychotherapie-Verfahren verwirklichen die Grundprinzipien und das Menschenbild der Humanistischen Psychologie in der

Psychotherapie. Sie unterstützen seelisches Wachstum und Differenzierung, Authentizität, Kreativität, Ressourcen- und Potentialentfaltung, sowie eine stimmige, achtsame, inter- und intrasubjektive Beziehungskultur; sie unterstützen Sinnfindung und kontextbewusste Selbstverwirklichung der therapeutischen Beziehung mit Rücksicht auf die Entwicklungs- und Integrationshöhe.
Sie fördern gleichermaßen Verantwortungsbereitschaft, Entscheidungsfreiheit und die freie Entfaltung der Persönlichkeit- sowie den Sinn für die eigene Würde und die des anderen.

Die Humanistischen Psychotherapieverfahren entwickelten sich Mitte des 20.ten Jahrhunderts als Gegenbewegung zu den damals erstarrt wirkenden Konzepten der akademischen Psychotherapie: einerseits dem Menschen als lerntheoretisch abrichtbares Reflexwesen in der damaligen Verhaltenstherapie- oder andererseits dem Menschen, der mit seinem nicht leicht steuerbaren Triebleben ausgelastet schien, ein Bild der damaligen Psychoanalyse.

Die in Deutschland bekanntesten Verfahren der humanistischen Gruppe sind Gestalttherapie, Gesprächstherapie, humanistische Körpertherapie-Verfahren incl. Bioenergetik und Hakomi, - Transaktionsanalyse sowie auch die Logotherapie.

VII b) Was ist Gestalttherapie?

A) Definition
B) Geschichte und geistige Quellen
C) Theorie
   C1) Theoretische Rahmenvorstellungen
   C2) Gestalt und Verwandlung im
      a) Kontakt- und b) Krisenzyklus
   C3) Persönlichkeitsmodell
   C4) Gesundheit und Krankheit
D) Praktisches Vorgehen:
   D1) Die therapeutische Beziehung als Behandlungs-Instrument, ihre Ebenen und "Interventionen innerhalb der Beziehungsdimension"
   D2) "Störungsspezifische Interventionen"
   D3) Erlebnis- und erfahrungsorientiertes Vorgehen
   D4) Kreative Medien und Kreativitätsförderung
E) Setting-Fragen
F) Aus- und Weiterbildung
G) Verbreitung / nationale und internationale Organisationen

A) Definition

Kurzform: Gestalttherapie ist ein phänomenologisches, erfahrungs- und erlebnisorientiertes Verfahren mit dem Ziel der Stimmigkeit, der Integration und der differenzierenden Reifung nach innen und außen.

Komplexere Definition: Gestalttherapie ist ein Verfahren, das im Rahmen eines flexiblen, entwicklungsorientierten und wachstumsfördernden, therapeutischen

Beziehungsangebotes zu einem gestaltspezifisch achtsamen (!) und wertungsfreien Beobachten der Phänomene in der Innen-und Außenwelt anregt (z.B. in der Körpersprache, bei der Interaktion, bei der Innenwahrnehmung etc.);

es ist ein Verfahren, das mit diesen Erscheinungen- oder auch mit den weitgehend unbewussten (Abwehr-)Mustern, die zur inneren oder äußeren Entfremdung führten, - mit Hilfe einer erlebnisorientierten, vergegenwärtigenden Methodik eine bewusste, dialogische, manchmal auch konfrontierende Neubegegnung mit dem Ziel der Nachdifferenzierung und Integration herbeiführt.

Wo der intrapsychische und interpersonale Kontakt konfliktbedingt unterbrochen worden war, wird der Kontakt wiederhergestellt, wird das evtl. modifizierte Ausgegrenzte in die Gesamtgestalt in einer möglichst stimmigen Weise wieder einbezogen.

Wo "Krieg" herrschte, soll - innen wie außen - respektvolle Toleranz, vielleicht sogar Frieden werden.

Fritz Perls kürzeste Definition lautet: "Here and Now – I and Thou"!
Sie verdichtet die Bedeutung der Beziehungsdimension (und vor allem, was sich aktuell in ihr spiegelt,) mit dem Hier-und-Jetzt-Prinzip.

Letzteres birgt über das Prinzip der Vergegenwärtigung auch die entscheidenden Veränderungs-Chancen für Vergangenes, ein Vorgehen, dessen Effektivität von der heutigen, neurophysiologischen Forschung uneingeschränkt bestätigt wird.

Erläuterung durch das **praktische Vorgehen im Standardverfahren**. Es entsteht ein plastischeres Bild, wenn die Gestalttherapie über ihre Vorgehensweise definiert wird. Im Standardverfahren wird bei einem neurosefähigen, das heißt strukturell ausgereiften und konfliktfähigen Menschen die Psychodynamik seines inneren Konfliktfeldes vorübergehend zur dialogfähigen Außenszene:

Beim gemeinsamen "Lesen im offenen Buch der gegenwärtigen Phänomene", das beim Therapeuten eine sokratische Einstellung voraussetzt, die die Selbstwahrnehmung und Selbstdeutung des Patienten unterstützt, wird relativ leicht der Kontakt zu unbewussten oder zumindest bewusstseinsfernen Erfahrungen, Überzeugungen, Verhaltensmustern, Identitätsaspekten oder Diskrepanzen hergestellt, gepaart mit der überwältigenden Evidenz und Aussage des Faktischen im Hier-und-Jetzt. Das kann betroffen machen. Jede Konfrontation oder Spiegelung mit bewusstseinsfernen Impulsen ist immer auch eine Frage nach der Identität, bzw. nach der aktuellen, persönlichen Akzeptanz dieser Aussage (z. B. von geheimen Sehnsüchten, von verbotener Liebe oder verborgenem Hass) sowie auch nach einem korrigierenden Veränderungsbedarf dafür. Die Entscheidung dazu fällt in den Verantwortungsbereich des Patienten. Sie wird ihm zugetraut, nimmt jedoch sein Zögern ernst, falls es blockiert, und macht in einem solchen Fall zunächst dieses zum Thema. Gleichzeitig wird ein neugieriger und verständnisvoller Kontaktwunsch an den relativ ausgegrenzten Teil der Persönlichkeit signalisiert, (im obigen Beispiel, ginge er an denjenigen, der sich z.B. hinter dem Hass verbirgt – in seinem Schmerz, seiner Scham oder Kränkung), um ihn anzuhören und auch um zu begreifen, wer oder was dies bisher verbietet und als innerer Kontrahent fungiert. Der Patient wird dann eingeladen, in einer für die Gestalttherapie typischen, dialogischen Konflikt-Lösungsarbeit in verteilten Rollen zunächst für das Verständnis und für die Sichtweise beider Pole sowie über eine Auseinandersetzung für die Auflösung des inneren Kampfes, bzw. für eine Stimmigkeit zu sorgen. Wenn es keine für beide Teile befriedigende, integrierende Lösungsversion gibt, ist es auch in Ordnung, die zwei unvereinbaren Standpunkte nebeneinander stehen zu lassen und die Toleranz aufzubringen, die berechtigte Existenz beider anzuerkennen.

B) Geschichte und geistige Quellen

Die Hauptbegründer, Dr. med. Fritz (1893- 1970) und Dr. phil. Lore Perls, geb. Posner (1905-1990), Gestalt-Psychologin, waren geistig wache, kreative Menschen, Deutsche jüdischer Abstammung, die dem Holocaust knapp entkommen konnten und über Holland und Südafrika nach USA emigrierten.

Alle Kultur steht auf den Schultern vorheriger Generationen. So äußerte sich einmal Fritz Perls, dass er die Gestalttherapie nicht "erfunden", sondern intuitiv aus alten Ansätzen, kombiniert mit Neuerfahrungen, eher "wiedergefunden" habe.

Die Gestalttherapie ist einesteils eine Verdichtung der geistigen Strömungen der ersten zwei Drittel des 20.ten Jahrhunderts, zunächst dessen genereller Aufbruchzeit (bzgl. Welt- und Menschenbild, Philosophie, Kunst und Wissenschaft) dann aber auch von dessen Bewältigungsversuchen der politischen Katastrophen (Weltkriege); sie hat andernteils darüber hinaus überzeitliche Erkenntnisse integriert. –

Als Quellen seien hervorgehoben:

1) das Humanistische Menschenbild der "Human Potential Movement" ursprünglichen Vorstellungen, das einlädt, sich für Würde und Wert des Menschen einzusetzen und für die Möglichkeiten seiner Potential-entfaltung, bzw. Ressourcen-aktivierung – ganz im Sinne der "Humanistischen Psychologie", die sich ab 1950 formierte und 1962 offiziell zur "Vermenschlichung" der damaligen Psychologie und Psychotherapie aufgerufen hatte;

2) die Gestaltpsychologie (Goldstein, Gelb, Wertheimer u.a.) mit folgenden Akzenten: Teil-Ganzes-Relationen, Gestalt-Gesetze, Bedeutung von Bezugsystemen, subjektive Beziehungskonstanz, Existenz von Ganzheitsphänomenen, "Gestalt" als das "Seiende"/ Existierende, sowohl als Feld wie als Struktur,- Begegnung als Feldaufbau,- Vorder- Hintergrunddynamik als permanenter Schöpfungs-Prozess, Kontakt an der differenzierenden Ja/Nein-Grenze, Kontrastphänomene,-Gestaltzerfall, intendierte Verlaufsgestalten und die Wirkung konfliktbedingter Blockaden, System- und Organisationsverständnis;

3) die Psychoanalyse bis 1936 in allen Schattierungen (klassisch (Freud), neoanalytisch (Horney), reichianisch, "aktiv" nach Ferenczi); Akzeptanz der psychoanalytischen Vorstellung vom Unbewussten, von neurotischer Konflikt- und Abwehrlehre, - jedoch Ablehnung ihres therapeutischen (Nicht-) Beziehungsangebots mit sogen. emotionaler "Neutralität" sowie der therapeutischen (Fremd-) Deutungshoheit, der Übertragungshandhabung im Sinne der Übertragungsneurose und der Langzeit-Regression.

4) philosophische Akzente: Existenzphilosophie (Akzent: individuelle Verantwortung), Phänomenologie (Husserl), Neu-Kantianismus (S. Friedlaender), Holismus (Smuts, Akzent: Kontextbezug und ökologische Wechselwirkungen), Vorsokratiker (Heraklit, Akzent: gesetzmäßige Wandlung zwischen Ergänzungspolen, Sein im Fluss der Verwandlung);

5) religionsphilosophische Einflüsse: Chassidismus (Buber, Akzent: "I-and-Thou" als tragende und heilende Beziehungsdimension im Sozialen wie im Transzendenten), Zen-Buddhismus (Achtsamkeitslehre, - die Kunst des Loslassens, der De-Identifikation) und Taoismus (Laotse; Akzent: Rückbindung von Gegensätzlichkeiten zur Mitte und zum Ursprung);

6) Kybernetik (neurophysiolog. Informationsverarbeitung aufgrund von Gestaltbildungsprozessen zur Reduktion der Komplexität und Organisation des Reizangebotes),- Relativitätstheorie (Vorrangigkeit gestalt-psychologischer Beziehungskonstanten),

7) Quantenphysik (vernetztes Weltverständnis, "Verschränkungen" als ubiquitäre, mathematisch fassbare Gestaltbildungsphänomene der Quantenwelt, -das Ich-Selbstsystem als Nicht-lokales Feld mit flexiblen Kontaktgrenzen, -Heisenbergs einschneidende Konsequenz des Beobachtens: das Feld kollabiert, Beobachten verändert,- der schöpferische Vorgang der Vorder- Hintergrunddynamik durch den energetisierenden Strahl der Aufmerksamkeit).

C) Theorie

C1) Theoretische Rahmenvorstellungen

Indifferenz und Ergänzungspole/ Teil und Ganzes. Abstrakt ausgedrückt: wenn ein ausgeglichenes, also zunächst indifferentes System längs einer bestimmten Dimension ins Schwingen kommt, wird es dadurch zwar destabilisiert, wird dabei aber vielfältiger in seinen Erscheinungsweisen. Es definiert sich zusätzlich durch seine auslenkenden Ergänzungspole. Die Schwingungen zur einen Seite werden mit Schwingungen zur Gegenseite ausgeglichen. Oft grenzt es an eine weise Kunst, beides zusammen als eine Ganzheit zu begreifen. (Alles hat seine Zeit, Zeit zu leben, Zeit zu sterben …) – Die Entwicklung von der Ganzheit in die Vielheit der Teile ist ein reversibler Vorgang: das ausgelenkte System kann auch wieder in die Ruhelage zurückfinden, in der sich das Potential seiner Kräfte im Gleichgewicht, bzw. in Indifferenz, befindet. Dieser Vorgang ereignet sich ständig im Kleinsten wie im Großen. Dieses lebendige Wechselspiel zwischen der Vielheit und Einheit sowie zwischen den Polen der differenzierten Vielheit, zeigt sich sowohl pausenlos und konkret in den psychotherapierelevanten Alltagsreaktionen,- es beeinflusst auch längerfristige Verlaufsgestalten wie die der Beziehungen in Paaren und Gruppen, und bildet auch die Matrix von übergeordneten, längerfristigen Vorgängen, wie etwa von Zeitgeistphänomenen oder von Schöpfungsmythen quer durch alle Kulturen und Zeiten.

Gestalttherapeuten sind dafür sensibilisiert, im Erleben und Handeln Pol und Gegenpol und deren übergeordnete, ganzheitliche Ebene des Ausgleichs zu erkennen und damit zu arbeiten.

Eine wichtige gepolte Dynamik ist z.B. die der Vorder- Hintergrund-dynamik. Wer holt was wann mit welcher Motivation aus dem Hintergrund und macht es zur "Vordergrund-Gestalt", um es wann wieder in den Hintergrund zurückgleiten zu lassen? Das Kontaktgeschehen nach innen und außen, dem ein späteres Kapitel gewidmet ist, wird ganz von dieser Dynamik bestimmt.

Alles, was wir mit unserer Aufmerksamkeitsenergie hervorheben bekommt Bedeutung. So "polarisieren" wir in gewisser Weise zwischen unserer subjektiven, inneren und äußeren Welt und "dem Rest". So wichtig es ist, sich in der Welt erstmal vertraut zu fühlen und sich zu beheimaten, so wichtig ist es auch, zur richtigen Zeit, prägende Festlegungen (Fixierungen der Identitäten) wieder zu verabschieden um dem "inneren Fluss" weiter zu folgen. Je spürbarer

letzterer in seiner Verlässlichkeit wird, umso leichter gelingt das Loslassen vom Vordergründigen, wenn es dran ist. Akzeptierter Wandel und innerlich bereichernde Verwandlungen sind ein Dauerthema in der Gestalttherapie.

Wachstum und Reifung. Während der menschlichen Entwicklungsreihe, die als ein Ganzes im Sinne einer **Verlaufsgestalt** betrachtet werden sollte, in der jedoch unterschiedliche Komponenten nacheinander aktiviert werden, kommt es darauf an, dass jede Komponente zu ihrer Zeit aufblüht, in den Vordergrund tritt, die vorherige relativiert, aber nicht auslöscht, und auch von der nachfolgenden nicht liquidiert oder unterjocht wird, sondern weiterhin ihren lebendigen Beitrag zur "Gesamt-Gestalt" beitragen kann. Als erster hatte A. Maslow, einer der richtungweisenden, Humanistischen Gründerväter, in seinem Entwurf "Psychologie des Seins" eine Stufenleiter von den einfachsten bis zu den subtilsten Bedürfnissen und Entwicklungsstationen beschrieben und diese untersucht.-

Die Gestalttherapie verfügt über einen ausgeprägten stabilisierenden, wachstums-, differenzierungs-, potential- und entwicklungs-fördernden Interventionsbereich. Er schwingt latent immer mit, wird aber vor allem dann in den Vordergrund geholt, wenn es um Krisen mit drohendem Strukturverlust geht, um primär brüchige Strukturen, um präpsychotische Zustände, um Nachnährungs-bedarf bei frühem Mangelerleben und um Traumatisierungen. Für letztere gibt es zusätzlich noch spezifische Interventionen.

Stimmigkeit. Die Gestalttherapie achtet sowohl auf das "Lebensrecht" jedes Teilaspektes, wie auf dessen Rückbezug zum Ganzen und dessen Beziehungsverständnis. **Gesundheit** korreliert mit akzeptierender (wenn auch unterschiedlich bedeutungs-zuweisender) Beziehungsaufnahme zwischen dem ganzheitlichen, bewusstseins-fähigen Feld des Selbst und jedes seiner Teilaspekte.

Ohne **Achtsamkeits**-Haltung ist eine Stimmigkeit nach innen und außen nicht zu erreichen. Die alte Gestalttherapie sprach vom Awareness-Konzept. Allein mit dieser zentrierten Haltung, die mit einem bewertungsfreien, bewussten Wahrnehmen einhergeht, können tiefe Erkenntnisse, mutige Konfrontationen und heilsame Veränderungen einhergehen. Achtsamkeit stellt am ehesten 1) eine spontane Ordnung im Individuum, 2) zwischen ihm und den anderen und 3) eine Bezogenheit zwischen seinem Alltagdasein und einer höheren Gesamtgestalt her. Achtsamkeit ist das Tor zu höheren Bewusstseinszuständen.

Als **Gestalt** wird in abstrakter Weise alles bezeichnet, was von seinem Hintergrund als abgehoben wahrgenommen wird. Es kann sich dabei um etwas Konkretes, Emotionales oder Geistiges handeln, es kann ein Kräfte-Feld, eine Melodie oder eine substantielle Struktur sein. Philosophisch-ontologisch gesehen ist Gestalt das "Seiende", das sich von seinem tragenden Hintergrund, den man letzlich dem "Sein" zuordnen kann, abhebt (Ex-sistere).

C2) Gestalt und Verwandlung im **a) Kontakt- und**
b) Krisenzyklus

a)<u>Kontaktzyklus</u> – Schritte zu Wachstum und Strukturaufbau = Kette der Gestaltbildung

Für den **Kontaktkreis**, wie er ursprünglich von Fritz Perls (1951) für die basalen Bedürfnisse der physiologischen Ebene (Hunger, Durst) skizziert war, scheint eine weitere Untergliederung günstig, sobald er auf höhere Bedürfnisebenen angewendet wird, zumal diese Differenzierung bereits in der Ursprungsskizze enthalten ist.

In dieser mehr auf die zwischenmenschliche Begegnung hin orientierten Variante des Kontaktkreises unterscheiden wir die folgenden Phasen:
1) Vorkontakt/ Wahrnehmung von Ungleichgewicht (=Gestalt), d.h. a) aufgrund eines inneren, offenen Bedürfnisses – (oder b) wegen eines bedürfnisstimulierenden Reizes von außen),
2) Suchbild-Phase, mobilisierte innere Schablone = Gestalt,
3) Suchstrahl-Identität, das "Wie" des "ad-greddi" =Gestalt,
4) Entscheidungskonflikt, Ja/Nein-Spannungsfeld= Gestalt,
5) Kontaktvollzug mit Grenzöffnung im "Ich-Du-Feld" = Gestalt,
6) "Wir"-Erfahrung, erweiterte Identität mit +/-Aspekten= Gestalt,
7) Neustrukturierung, Integration, Assimilationsarbeit = Gestalt,
8) Nachkontakt: a) Neu-Erprobung, b) Neu-Bewertung = Gestalt,
9) Indifferenz, Bedürfnisfreiheit, Gleichgewicht, Ruhe, Sein im Einklang mit der Potentialität des Hintergrundes = Gestalt

Der durchgehende Gedanke ist der **Wandel** der Vordergrundfigur**,** also der **"Gestalt**", entsprechend dem **wechselnden** Interessens- und **Aufmerksamkeitsfokus**. Dieser Fokus ist Träger der intensivsten Energien in diesem "Ich-Selbst"-System. Der Rest verblasst jeweils (wieder) zum Hintergrund. Dieser flexible, kreative Fluss von Gestalt-Auf- und Abbau ist ein Zeichen von lebendiger Normalität und Gesundheit. So wird - scheinbar paradoxerweise - das ständige Fließen -in uns und um uns herum – zum vertrauten, beständigen und sogar Halt gebenden Element. Fixierungen behindern diesen Fluss, bedeuten Stillstand, Krankheit (Neurose) oder Tod.

(Faust stirbt, sobald er zum Augenblick sagen möchte: verweile doch, Du bist so schön!)-

Anmerkungen: In der frühen Gestalttherapie wurde pauschal von Kontakt-unterbrechungsmustern gesprochen, die für jede Phase, wenn sie sich habituell ereignen, unterschiedliche Erlebnis- und Verhaltens-Bilder ergeben.-

Polarität. Nun beobachten nicht nur die Gestalttherapeuten das polare Prinzip beim Aufbau der Natur. Auch die Vorstellung vom typisch gestalttherapeutischen Kontakt ist der vom Zusammenwirken gegensätzlich sich ergänzender Komponenten, nämlich der von Grenzziehung und Grenzöffnung. Bei der Feinregulation kann es zu einer Blockade des einen oder andern Impulses der ergänzenden Gegenspieler kommen. Es macht Sinn, bei pathologischen Auslenkungen dem Verständnis für den polaren Aufbau der Natur Rechnung zu tragen.

Strukturelle Reife. Eine weitere Differenzierung für den Kontaktzyklus ergibt sich durch die Strukturhöhe. Der Kontaktzyklus sieht anders aus, wenn ich ihn mir bei einem psychose-nahen oder bei einem strukturstabilen und ausdifferenzierten Menschen vorstelle. - Struktur meint in diesem Zusammenhang die Fähigkeit, 1) zwischen Innen und Außen unterscheiden zu können, 2) positive und negative Qualitäten bezüglich sich selbst und einem Anderen zusammen bringen zu können, 3) eine integrierende, steuernde und erlebbare Mitte aufzubauen, die wenigstens eine alltägliche Frustration aushält, 4) zu einer Feinregulierung der Affekte, von Nähe und Distanz sowie von Selbst- und Fremdwerterleben fähig zu sein sowie 5) sich empathisch in andere Menschen hinein versetzen zu können. –

Üblicherweise versuchen Gestalttherapeuten auf den Stufen des Seins (A.Maslow) ein bisschen weiter zu kommen, als nur über den basalen Sockel. So werden Kontaktzyklen eigentlich insgesamt zu Entwicklungsspiralen.

Detaillierte Darstellung des Kontaktkreises. Wir stellen uns einen Kreis vor, der in acht Felder eingeteilt ist und zusätzlich ein zentrales Mittelfeld besitzt. Wir beginnen oben bei "12 Uhr" im Uhrzeigersinn.

1. Phase des **Vorkontakt**es. Die Aufmerksamkeit wird von etwas Auffälligem in Bann gezogen. Dieses wird dadurch aus seinem Hintergrund hervorgeholt und wird damit zur Vordergrundfigur = "Gestalt".
a) Wahrnehmung im Innenfeld: physiologische Ungleichgewichte, Mangel, offene Bedürfnisse, Antriebs- und Triebqualitäten, Wünsche, aber auch Schmerz, Befindlichkeit, ungewohnte Symptomatik,- also insgesamt motivationales Rohmaterial, das sich selbstorganisatorisch nach Dringlichkeit ordnet;
b) Unmotivierte Wahrnehmung im Außenfeld bei ungewöhnlicher, faszinierender Stimulation, z.B. durch manipulierende Werbeplakate, die es schaffen, Bedürfnisse aus der Latenz zu wecken und dadurch Kontaktzyklen anstoßen.
Die gestaltpsychologischen **Gestalt-Gesetze**, die für die äußere Wahrnehmung erarbeitet worden sind, organisieren gleichermaßen die **innere Wahrnehmung**.

Pathologische Varianten:
"Minus-Symptomatiken" (Blockaden):
- Kontaktunterbrechung in der Phase 1 (Depression bei psychose-nahem Strukturniveau, evtl. durch physiologisch bedingter Reizschwellenerhöhung): innere Leere, Bedürfnis- und Antriebslosigkeit, Traumverlust.
- Sekundärer Minderkontakt in der Phase 1 (bei psychose-nahem Strukturniveau): klass. "Minussymptomatik" nach reizüberschwemmender Plussymptomatik,- sie ist möglicherweise als neurophysiologische Schutz- und Abwehrreaktion zu verstehen.
- Minderkontakt für Außenweltreize bei Krankheitsbildern des Autismus.
- Phänomene von Minderkontakt durch Stimulationsmangel in der vulnerablen Entwicklungsphase (Fördermangel),- incl. Alexithymie, -aber auch psychische Unterentwicklung bei mangelnder Akzeptanz, Wertschätzung individueller und autonomer Impulse und Begabungen;
- Psychogene Kontaktunterbrechungen bei mittlerem und reifem Strukturniveau für spezielle Bereiche der Innenwahrnehmung aufgrund bewusster, extremer Einstellungen/ Ideologien als Überlebensstrategie (Tapferkeit, Abhärtung, "ein Indianer kennt keinen Schmerz", "ein deutscher Junge weint nicht"…) oder bei unbewusster Konfliktvermeidung, z.B. mit bedürfnisdominierenden, psych. kranken Eltern, bei Paternalisierungen von Kindern,- sowie bei Angst vor Kontrollverlust, -Angst vor sich wiederholender, pathogener Bindungserfahrung mit Irritationen und/oder Trennungserfahrungen,- Angst vor überschwemmenden Affekten (Affektisolierung), - Angst vor Geltungsverlust und Kränkungen (mit "Konversionssymptomatik").

"Angst macht blind, dumm und verwirrt", Angst erhöht neurophysiologisch das "weiße Rauschen" der diffusen, neuronalen Hintergrundaktivität, aus dem sich die eigenen Vordergrund-gestalten, die situationsverändernde Kontaktzyklen anstoßen könnten, am inneren Bildschirm nicht mehr erkennen und herausdifferenzieren lassen.

"Plus-Symptomatiken"
- interne Reizüberschwemmung mit flüchtigen Strukturen bei psychose-nahem Strukturniveau: Manische Bilderketten, Ideenflucht, aufgelockerte Denkweise (Dieser Zustand ist vom ausschließlich angstinduzierten klar zu unterscheiden, die Erregungsausbreitung dieser Form dürfte ein anderes, spezifisches Neurotransmittersystem benutzen.)
- Pseudo-Reizüberschwemmung bei reiferem Str.-niveau: vom Patienten als psychogene Abwehr nutzbar (z.B. Über-Emotionalisierung).

2. Phase des **Suchbild**es. Zur "Gestalt" wird nun der innere Such- und Resonanzvorgang. Er ergibt einen selektiven Wahrnehmungs-filter, der aus der bisherigen Erfahrung her geeignet erscheint, etwas zu finden, das das identifizierte Bedürfnis befriedigen kann. - Dabei werden neben erfolgreichen und ressourcenorientierten Erfahrungen auch alle verkoppelten Vorurteile, Überzeugungen, Glaubens-Systeme, Delegationen, Normen, Verbote, ungelösten Konflikte, sozialen Klischees, Feindbilder, Ideale, Anspruchshaltungen, Familien-Leitbilder und -Tabus etc. mitverwertet. Die Suchbild-schablone organisiert die Außenweltwahrnehmung und beeinflusst sie durch ihre Vorstruktur, sowie durch ihre Ausschluss- und Rangreihenkriterien. So wird ein individuell eingefärbtes Bild der Außenwelt durch a) das aktuelle Bedürfnis und b) den mobilisierten Filter, in den längerfristiges Material der Persönlichkeit eingeht, konstruiert.
Die frühe Gestalttherapie sah eher die Gefahren dieser Phase, bei der sich die alten, gespeicherten Erfahrungen derart in den Vordergrund schieben können, dass es zu keiner unmittelbaren Neuerfahrung mehr kommen kann. "Loose your mind and come to your senses", hieß ein bekannter Slogan, womit gemeint war, die Intellektualität zugunsten einer Sinnhaftigkeit und Sinnlichkeit zurückzustellen, um im Leben neu und wesentlicher anzukommen als bisher.
Die heutige Gestalttherapie kennt beides, obiges Prinzip der wertungsfreien, sinnennahen Neuerfahrung als Quelle von Seins-erfahrung, aber genauso auch eine ressourcenorientierte Nutzung der Gedächtnisspuren.

Pathologische Varianten:

Mangelnder Einfluss der cerebralen Speicherfunktion:
- Bei toxischem, gefäß- oder altersbedingten etc. Hirnabbau gibt es in dieser Phase organische Begrenzungen, über die in typischer Weise hinweg improvisiert und konfabuliert werden kann.
- Bei psychose-nahem Strukturniveau ist die Unterscheidung zwischen Innen und Außen unzureichend verlässlich; mobilisierte Inhalte, vor allem, wenn sie als problematisch erlebt werden, können in großem Ausmaß nach außen projiziert werden. Dann bedrohen sie den Patienten von außen her (Paranoia).
- Auch bei weniger brüchiger Innen-Außen-Grenze der reiferen Strukturen finden wir zur inneren Entlastung Projektionen subtileren Ausmaßes.
- Die mangelnde, strukturelle Ausreifung eines belastbaren Ich-Selbstsystems als längerfristige Persönlichkeitsstruktur, macht den Betroffenen die affektive und bewertende Feinregulierung im Kontakt zu sich und zur Umwelt schwer. -

Übermäßiger Einfluss von gespeicherten Erfahrungen und ihrer Verarbeitung
- Als Beispiel für überschießende Einflussnahmen von erworbenen Strukturen können sämtliche Persönlichkeitsstörungen aufgezählt werden; sie haben sich rund um ihre Schutz- und Abwehrmaßnahmen organisiert, die mit dem Rest der Persönlichkeit weitestgehend ich-synton wirken, natürlich auch mit dem jeweils mobilisierten Suchbild.
- Inhaltlich können sich in der Phase 2 natürlich alle neurotisch ungelösten, emotionalen Reste einengend auf den Außenkontakt auswirken; sie gehen auch in das Phänomen der positiven oder negativen "Übertragung" ein, sofern es sich bei der Suche um Menschen handelt.

- Für die entsprechende Alltagspathologie gilt als Gegengewicht der obige Satz "loose your mind and come to your senses", den Goethes Faust ergänzen könnte mit "Grau, Freund, ist alle Theorie und grün des Lebens junger Baum"… Das Sinnerleben durch achtsames, unmittelbares Einlassen auf das "Hier-und-Jetzt" wird auch in jeder Art von Zen-Erfahrung kultiviert und als erneuernde Korrektur-erfahrung genutzt.

-

3. Phase der **Suchstrahl-Identität**. Zur Gestalt wird das "ad-greddi", das neugierig zielgerichtete (intentionale) Herangehen an die (Außen-)Welt. Das "ad-greddi" ist wertneutral konzipiert, es kann in seiner neugierigen Zuwendung sowohl eine zerstörerische wie eine liebevolle Seite entfalten.
Dabei wird der Suchende "ganz Auge und Ohr". Oder er verwandelt sich in seinem Jagdfieber ganz zum "Jäger und Sammler", oder er setzt alles auf eine Karte, um der Größte, Schnellste, Siegreichste zu sein,- oder er geht ganz in einer Sache auf, die ihn als sein Lebensprojekt gepackt hat etc.
Kinder und Künstler gehen oft eindrucksvoll in ihrem Spiel, bzw. in ihrer Tätigkeit auf und erleben sich dabei zeitlos und mit sich in Harmonie, in Kontakt und im Fluss.
Die ZEN-Kultur pflegt diese Haltung und Fähigkeit, in etwas aufzugehen, in besonderer Weise, nämlich das Sich-Hingeben an eine Tätigkeit, z.B. an das Bogenschießen, an die Tee-Zeremonie, an Ikebana, an das Tuschzeichnen etc.

Pathologische Varianten:
"Plus-symptomatiken für den intentional-aggressiven Aspekt"
- Im frühen Störungsbereich sind als krasse Ausformung aggressive Impulsdurchbrüche gefürchtet, Amoklaufen sowie andere gewaltbereite Dissozialität.
-Eine gemischte Sonderform (bezüglich dieser Einteilung) scheint das ADHS, das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom zu sein, es imponiert mit einem Überschuss an motorischen Antriebsenergie, aber es fehlt, wie schon der Name sagt, an der Bündelungsfähigkeit der Aufmerksamkeit an sein Zielobjekt. Ohne gebündelte Aufmerksamkeitsenergie kommt kein Kontaktzyklus in Gang und entsteht keine befriedigende Begegnung mit der Welt und den Menschen.

"Minus-symptomatiken (Blockaden)"
- Die psychose-relevante Ausformung, etwa in der Katatonie, entspräche dem Erstarren im archaischen Totstellreflex.
- Die neurotische Blockierung des "ad-greddi" käme (in der Sprache Schultz-Henckes) einer intentionalen und aggressiven Lücke gleich. Vor uns säße eine Variante des "gehemmten Menschen".
- Natürlich entsteht hier vor dem geistigen Auge das große Heer der Depressiven, die sich autoaggressiv blockieren, (ursprünglich um andere vor sich zu schützen), einen emotionalen Austausch mit anderen unterbinden und sich dabei isolieren.

4. Phase der **Entscheidung.** Als "Gestalt" rückt der Entscheidungs-Konflikt in den Vordergrund. Sie erzeugt Spannung, auch Angst vor Fehl-Entscheidung. Der Entscheidende ist auf sich zurückgeworfen, hat sich zu zentrieren und sich der Verantwortungsübernahme zu stellen. Eine reife Leistung, wenn sie gelingt.- Als Hilfe, aus dem Dilemma heraus zu kommen, bietet sich die Probe-Identifikation mit den jeweiligen Möglichkeiten an. Dabei fällt die Entscheidung zugunsten der größeren Stimmigkeit mit der derzeitigen Persönlichkeit und dem, was sie bisher als ihre eigene Substanz an Erfahrung, Überzeugung und ihrem Potential, das noch gelebt werden möchte, empfindet. Das setzt ein gewisses Maß an Eigenwahrnehmung sowie an Antizipation voraus.

Pathologische Varianten:
- Der Vermeidungswunsch von konflikthaften Entscheidungen findet sich auf allen Strukturebenen wieder. Aber auf der niederer Ebene gibt es keine Konflikttoleranz, die Situation wird durch ein polarisiertes Entweder-Oder-Verhalten, Schwarz-Weiß- bzw. Freund-oder-Feind-Verhalten kontrastreich verändert. Auf einer mittleren Ebene wird der Konfliktvermeidungswunsch eher so "gelöst", dass die Entscheidung durch Selbstblockade (psychogene Erkrankung oder Unfall etc.) ausfällt oder hintereinander für beide Möglichkeiten fällt, wobei die Ereignisse voneinander

abgespalten werden oder eines das andere für ungeschehen erklären soll.- Je reifer, umso eine stärkere Konfliktspannung kann das Individuum ertragen und dafür eine nuancierte Lösung nach innen und/oder außen aushandeln.
- Zwanghafte Menschen haben besonders große Angst vor Fehlentscheidungen und quälen sich mit dem Abwägen, zumal sie unter Angst den Zugang zu ihren Gefühlen als Ratgeber noch mehr verlieren als sonst.
- Menschen mit unterentwickelter Eigenwahrnehmung pflegen auch persönliche Entscheidungen, z.B. Berufs- oder Partnerwahl, über Fremdkriterien zu treffen, die nur selten wirklich passen und dann nur selten länger durchgehalten werden können.

- Entscheidungsfreude und Pathologie ist eine eher seltene Kombination. Sie lässt an Potentate denken, die sich ungetrübt von Empathie, Verantwortung und Skrupel an ihrer Macht, anzuordnen erfreuen oder sich sogar daran berauschen.

5. Phase des **Kontaktvollzug**s (selektive Konfluenz mit dem "Du" als Gestalt dieser Phase), der Begegnung. Die Aufmerksamkeits-energie lässt das erwählte "Du" durch die Bedeutung, die es durch diese Entscheidung bekommt, groß aufleuchten. Die Entscheidung zum Kontakt ist eine Bereitschaft zur weitgehend ungeschützten, selektiven Grenzöffnung und zur punktuellen Konfluenz, also ein Hingabewagnis.
Das Rest-Risiko, letztlich doch noch abgewiesen zu werden, und/oder auf der anderen Seite auf ungeahnte Abgründe menschlicher Unzulänglichkeit zu stoßen, braucht einen Vertrauensvorschuss. Der Lust/Angst-besetzte Sprung in die Hingabe der echten Begegnung wird durch den "kleinen Tod" des "Ego" erlöst.
Die **Begegnung** mit dem "Du" im innersten Kern ist im Buber´schen Sinne gleichzeitig eine Begegnung mit der Widerspiegelung der transzendenten Ganzheit im Anderen, also letztlich eine Begegnung mit dem "Thou" und eine heilsame Rückbindung zu ihm, die diesem Anderen Wert und Würde zuspricht.

Pathologische Variationen:
Blockade der Öffnung
- Für Menschen, die in der psychodynamischen Literatur als "schizoid strukturiert" beschrieben werden, hat sich die Innen- Außen-Grenze als der Überlebens-Garant schlechthin erwiesen. Die Außenwelt scheint eher Anlass für generelles Misstrauen, als für Vertrauen gegeben zu haben. Auch wenn ein vertrauenswürdiges "Du" aufleuchtet und Nähe-wünsche hervorlockt, mobilisiert es gleichzeitig Verletzungs-angst. Kommt es dennoch mit allem zusammengenommenen Mut zur Grenzöffnung und wird dann dieser Kontaktversuch enttäuscht, wird voraussichtlich eine schwere Krise mit nachhaltiger Unzugänglichkeit dieses verletzten Menschen ausgelöst.
- Für psychose-nahe und strukturschwache Menschen ist Grenzöffnung meist genauso ersehnt wie gefürchtet, bzw. hoch angstbesetzt. Sie bedeutet für sie fast "Ich-Auflösung", also psychischen Tod. Es fehlt ihnen an Erfahrung, sich bei geöffneten Grenzen zu einem Anderen - trotzdem nicht verloren zu gehen, sondern durch die eigene zentrierende Mitte sicher verankert zu sein. So erscheint es dieser Gruppe von Menschen als das kleinere Übel, bei stets geschlossenen Grenzen mit der ewigen Sehnsucht nach dem "Du" im Dauerfrust zu überwintern.

Abgrenzungsdefizit/ Grenzziehungs-Problematik und -
- Es gibt auch Menschen, die zu Beginn Ihres Lebens reichlich Urvertrauen ansammeln konnten. (Man sieht sie solange nicht unter den Patienten.) Sie öffnen leicht und vertrauensselig (naiv) ihre Grenzen und können dabei leicht in Gefahr kommen, missbraucht oder gar traumatisiert zu werden. Sie lernen unter Schmerzen und Enttäuschung ein gewisses Maß an "gesundem Misstrauen" nach.
- Bei höriger Abhängigkeit wird die vertrauensvolle Grenzöffnung missbraucht. Die Beziehung weist ein reales oder suggeriertes Machtgefälle auf und kann Züge einer sado-masochistischen Kollusion bekommen.
- Mildere Formen von Abgrenzungsdefizit finden sich in der (Über-)-Anpassungs-bereitschaft depressiver Strukturen und Störungen, bis hin zum "vorlaufenden Gehorsam". – Es ist gut, die

Motivation zu differenzieren: handelt es sich um ein angstbedingtes Abgrenzungsdefizit? (Angst vor Liebesverlust, Angst, das Gebot, zu Diensten zu stehen, sich zu funktionalisieren oder sich auszubeuten, zu verletzen etc) oder handelt es sich um eine ethisch motivierte, altruistische Selbstaufopferung, bzw. um eine freiwillige, vorübergehende, weitergehende Zurücknahme aus Liebe um eines anderen willen, z.B. in der frühen Elternschaft, zeitweise in allen psychosozialen (Helfer-)Berufen, etwa bei der Krankenpflege, bei der Sterbebegleitung etc.

6. Phase der **"WIR"-Erfahrung**. Die "Gestalt", das übergeordnete Ganze, das ins Blickfeld kommt, ist nun der gemeinsame Nenner. Alles leuchtet auf, was über die Ähnlichkeit in Resonanz geht. Es kann vom jeweils anderen gut assimiliert werden. Das ist ein neuer Raum, der dem bisherigen, individuellen Selbstverständnis eine neue Weite und eine zusätzliche Welt vermittelt.
Die offen akzeptierende Gemeinsamkeit mit dem Verbündeten hat nährenden Charakter und bringt beiderseits Substanzzuwachs auf der jeweiligen Ebene, um die es geht (materiell, seelisch, geistig). – Auch beim Sich-Anschließen, bzw. Eintauchen in eine ersehnte Gemeinschaft oder Gruppe, leuchtet zunächst die Freude auf, endlich angenommen zu sein und dazu zu gehören.

Pathologische Variationen:
- Menschen, die in der psychodynamischen Literatur "depressiv strukturiert" genannt werden, sind mit der Phase der Grenzöffnung gut vertraut. Ihnen wird besondere Schwingungsfähigkeit mit anderen Menschen bescheinigt. Sie kommen jedoch dann in Gefahr, wenn sie bei sich Impulse spüren, die dieses gemeinsame Feld stören könnten, denn dann sie neigen dazu, diese Impulse zu unterdrücken und sich um des lieben Friedens willen lieber selbst zu "amputieren".
- Es liegt nahe, die fixierte Dauer-Sehnsucht nach dieser Phase, bei der es um beglückende Befriedigung und rauschhafte Vereinigung geht, in einer überdimensionierten Art und Weise beim Drogenkonsum aller Art widergespiegelt zu sehen.
- In der Glücks-Psychose scheint es auf der psychose-nahen Strukturebene ein Äquivalent der ozeanischen "Du"-Erfahrung zu geben, die sogar gelegentlich in einem glücksrauschhaften Suizid enden kann, (etwa durch einen Sprung vom Dach mit ausgebreiteten Armen in den Himmel).

7. Phase der **Assimilation** und **Integration**. Den Fokus der Aufmerksamkeitsenergie bildet die Neustrukturierung (=Gestalt)
Das Ähnliche ist leicht zu assimilieren, bzw. zu "verdauen". Aber auch die befremdlicheren und dissonanteren Aspekte der Neuerfahrung,- sei es eines Individuums, (das für sich Verborgenes ans Licht geholt hat,)- sei es eines Paares (in der Kennenlernphase),- gilt es in ihrer Existenz anzuerkennen,- eventuell noch etwas zu modifizieren und nach zu differenzieren. Wieviel Veränderungen brauchen diese Aspekte, damit sie ihren Platz im Gesamtrahmen bekommen können, wieviel Veränderungen braucht die Gesamt-gestalt, um diese fremderen Aspekte integrieren zu können? Dieser Prozess braucht Ehrlichkeit, Mut, Toleranz, Flexibilität, Liebe, Humor und Vertrauen. Für die Identität bedeutet es einen Neuanfang, der zwischendurch von Unbehagen, Überforderung und Unsicherheit begleitet sein kann, aber, wenn die Integration gelungen ist, eine neue Qualität von Authentizität und Selbstsicherheit hervorbringen.

Pathologische Variationen:
- Wenn die Integrationskräfte nicht ausreichen, bleibt es bei einem chaotisch frei flottierenden Zustand, in dem sich dissonante Teilaspekte je nach Anlass bekriegen oder auch ignorieren können und eine klare, zentrierte Persönlichkeitsstruktur nicht auszumachen ist. Das entspricht individuellen Krisenzuständen, die nach erschütternden, nicht integrierbar erscheinenden

Ereignissen auf allen Strukturebenen vorkommen können. Je ausgereifter eine Struktur ist, umso gewaltiger muss das Ereignis subjektiv sein, um sich von ihm überfordert zu fühlen.
- Auf der niederen Strukturebene, bei der die zentrierende Mitte und die Bildung eines ganzheitlichen Selbstbildes schwach ausgeprägt sind, wie z.B. bei der Borderline-Persönlichkeit, kann bereits die Alltagsbelastung die Integrations-fähigkeit überfordern. Wenn dies der Fall ist, bleiben die verschiedenen Erlebnisanteile unverbunden und verstärken den Persönlichkeitscharakter eines "Insel-Archipels" ohne Brücken und Zentrum, anders ausgedrückt, es gibt kein stabiles, kohärentes Ich-Selbst-Feld als Träger eines integrierenden Bewusstseins.
- Um sich nicht weiter dem Chaos einer umstrukturierenden Begegnung oder Neuerfahrung auszusetzen, bzw. sich ihren labilisierenden Folgen zu entziehen, besteht die Möglichkeit, sich in einen früheren Zustand zurück zu versetzen, also z.B. in die Phase 4, 3, 2 oder 1 zu regredieren, und sich dort gegen jegliche Veränderungen der Ich-Selbst-Identität mit einem von früher her vertrauten, reduzierten Ordnungsgrad abzukapseln und einzunisten. Ein rigides Abkapseln gelingt natürlich nur partiell, hat aber die verschiedensten, eigenartigen, oft auch liebenswerten, meist aber unzugänglichen Kauze und Sonderlinge hervorgebracht. Bei niederem Strukturniveau dient die Rigidität oft als Bollwerk gegen eine psychotische, strukturelle Dekompensation.

-Für ein "Übermaß an Integration" scheint es keine pathologische Variante zu geben. Stimmige, besonnene, authentische Menschen dürften keine Prototypen des Mainstreams sein. Je nach Umfeld könnten sie verehrt oder ausgegrenzt werden. Vom Durchschnitt abzuweichen ist aber nicht krankheitswertig.

8. Phase des **Nachkontakt**es. Der Fokus der Aufmerksamkeit liegt auf der Neu-Festlegung ihrer Identität, deren Alltagserprobung und der Bewertung der Veränderung (als Gestalt).

In dieser Phase geht es um die bestätigende Resonanz von außen und innen. a) Die neue Identität braucht stabilisierende Bestätigung und praktische Bewährung im Alltag. Auch Übungserfahrungen in der Gruppe oder draußen im Leben können zur neuen Sicherheit beitragen. Die Gruppe dient gerne als erste soziale Stichprobe für ermutigende Handlungserprobungen. –b) Die eigene, innere Bewertung der Veränderung geschieht durch den "inneren Zeugen", dessen Sicht in Wechselwirkung mit den assimilierten Wertvorstellungen steht. Es findet quasi aus der inneren Vogelperspektive nochmals eine interne Feinabstimmung über die stattgefundene Veränderung statt.

Pathologische Variationen:
Nachträgliche Negativ-Bewertungen. Durch den bewertenden Nachkontakt kann nochmals alles, was geleistet worden ist, infrage gestellt und vernichtet werden.
- Für Menschen mit "sozial abhängiger Struktur" zählt das Urteil eines anderen oft deutlich mehr als das eigene. Er läuft Gefahr, eine gute Veränderung, mit der er bis dahin im Reinen war, nachträglich zu verurteilen und rückwirkend für ungültig zu erklären, wenn er eine negative Reaktion erfährt. Er hat Mühe, seine eigene Sichtweise beizubehalten oder sie sogar als mindestens (!) gleichwertig zu erachten.
- Menschen mit pathologisch überhöhten Ansprüchen an sich selbst, sowie einer verinnerlichten Entwertungshaltung, also einem destruktiven, inneren Kritiker, tun sich schwer, trotz guter Resonanz aus dem sozialen Umfeld, etwas bei sich gelten zu lassen. Auch sie sind geneigt, gelungene Schritte zu missachten, persönliche Leistungen nachträglich abzuurteilen und so deren Wirkung wieder zu vernichten. Ihr "innerer Zeuge" ist als verlässliche und glaubwürdige Instanz nicht genügend ausgebildet und verankert oder nicht von dem überhöhten Anspruchsdenken zu differenzieren. Obwohl sie unter den erhöhten Ansprüchen leiden, haben sie insgeheim auch Teil an deren strenger (evtl. sogar sadistischer) Herrschaft und ihrem eletären Selbstverständnis, das sich über den Durchschnitt erhebt.
- Schließlich kann es trotz akzeptierender Erlebnisverarbeitung zu einer Blockade kommen, die neue Einsicht über sich selbst in Handlung und Tat umzusetzen, ein letztes Bollwerk, das die "Angst vor Veränderung" und der "neurotische Triumpf" auftürmen können: alles bleibt so, wie man es

kennt, mies, aber vertraut. So bleibt die Einsicht ohne Konsequenz, die neuen Horizonte bleiben ins Land der Möglichkeiten verbannt.

Pathologische Variation überhöhter Selbstakzeptanz

- In eher selteneren Fällen gibt es eine überhöhend selbstermutigende Form, die sich auch bei bescheidenen Abläufen von innen her (narzisstisch) zu-applaudiert, vielleicht vergleichbar, wie es freundlich- stolze Eltern bei jedem kleinen Entwicklungsschritt ihres Kleinkindes tun.- In milder Form kann diese Haltung den Nimbus eines erfolgreichen Menschen suggerieren, der von der Umwelt positiv zurück gespiegelt wird, was allgemein karriereförderlich ist. In ausgeprägter Form führt die Diskrepanz zwischen Sein und Schein, die der Umwelt und den Partnern dann nicht mehr verborgen bleibt, in die Krise.

9. Phase der Indifferenz: Ruhe, **Gleichgewicht,**
Feld der "Leerheit" (von Differenzen), ("Gestalt"=)
Achtsamkeit zur (transzendenten) Gesamtgestalt

Wenn der Gestalt-Aufbau-Kreis, wie man den Kontaktzyklus auch nennen könnte, zu Ende gekommen und vom Interesse losgelassen worden ist, wird die bis dahin gebündelte Aufmerksamkeitsenergie wieder frei und steht in einer frei schwebenden Bewusstseinsform wieder dem Gesamtsystem zur Verfügung, und zwar in Achtsamkeit, - bis sie von einem neuen Ungleichgewicht an sich gebunden wird und der Kontaktkreis in einer etwas anderen Variation erneut beginnt.

Die Gleichgewichtsphase, die Stille, Ruhe, und Mittefinden bedeuten kann, wird oft atemlos übersprungen. Dann unterbleibt das Zentrieren, dem sie dient, wie auch die Zufriedenheit und Dankbarkeit über das Gelungene, die hier spontan aufkommen können. Dies ist der Ort der Unabhängigkeit von Mangel und Bedürfnisspannungen, der Ort der indifferenten Neutralität. Insofern ist der "Ort der Leere" energetisch ein Ort der Fülle.

Im fernen Osten gehören seit Jahrtausenden die Qualitäten dieser Phase zum erstrebten Reifungsziel. Der Westen formuliert sein Ziel zumeist als Altersweisheit.

Martin Bubers Aufmerksamkeit schien stets auf zwei Ebenen parallel beheimatet gewesen zu sein, zum einen auf der vordergründigen Ebene der konkreten Realität mit ihrem ständigen Auf und Ab, und zum anderen auf der Hintergrundebene -Ebene des konstanten Gleichgewichts und Friedens.

Pathologische Variationen:

- Die Folgen des habituellen Auslassens dieser Phase sind bereits angedeutet: hektische Atemlosigkeit, Unzufriedenheit, Zerrissenheit, Ungleichgewicht, chronisches Mangelerleben – eine Charakterisierung unseres Zeitgeistes und speziell unserer westlichen Kultur? Wenn diese Phase der gelassenen Zentrierung und individuellen Ausrichtung ausgelassen wird, entsteht die Gefahr der Fremdbestimmung und der Unfähigkeit, persönlich verantwortete Entscheidungen zu treffen, sowie eine eigene Rückbindung zu höheren, ganzheitlicheren Zusammenhängen zu finden.
- Sicher ließen sich auch Verzerrungen der Entwicklungsziele dieser Phase finden: z.B. phlegmatisch-selbstzufriedene Lebensentwürfe, bei denen die emotionale Ansprechbarkeit, die Empathie und das Verständnis für das oft leidvolle Auf und Ab des Lebens, für die tatkräftige Mühe, es gut zu balancieren und zu bewältigen, sowie für die Bodenhaftung weitgehend abgestumpft und verloren gegangen sind oder bewusst vernachlässigt werden.

b) <u>Krisenzyklus</u> – Schritte zur Verwandlung und Löschung von überkommenen Strukturen / Gestaltauflösung

Im historischen Krisenzyklus, der manchmal auch Zwiebelschalen-modell genannt wurde, näherte sich Perls dem Menschen über dessen sozial erstarrten

Verhaltensschemata, seine Klischees und Rollen in fünf Schritten an. Man kann genauso gut jedes andere, entfremdete Merkmal für den Einstieg nutzen.

In Angleichung an den Wachstumskreis, erweitern wir auch die Schritte des Krisenzyklus, den man auch Wandlungskreis nennen kann, auf 9 Phasen. (Die Zwischenschritte waren bei Perls bereits angedeutet.) Seine Funktion ist, Ausgegrenztes rückzuintegrieren, dissonantes Fremdmaterial auszusondern, die Identität zu klären und in der Summe, Krisen zu bewältigen. Der Wandlungskreis beschreibt gleichzeitig die Schrittfolge des therapeutischen Vorgehens.

Konkret stellen wir uns wieder einen Kreis mit 8 Segmenten und einem neunten Mittelfeld vor. Wir beginnen oben bei "12 Uhr" im Uhrzeigersinn.

1) Entfremdungspol: In der Wahrnehmung taucht ein entfremdeter Detailaspekt auf, der unser Interesse weckt (="Gestalt"), zB ein Schmerz, ein Tic, ein merkwürdiges Gefühl, ein Traumbild, eine zur Rede diskrepant wirkende Mimik, eine wiederkehrende Verhaltensfloskel, etc, etc.
2) Ausgrenzende Kräfte: was will ich nicht? (=Gestalt) Welchen Sinn und welche Botschaft könnten die derzeit wirksamen Ausgrenzungsimpulse haben? Um welche Art von "Identität" oder Rollenverständnis zu schützen? Was soll nicht sein? Aber was gilt es zu verteidigen? Welche Überzeugungen? Welche evtl. zu verbergen?
3) "Ad-greddi nach innen" (=Gestalt). Abtasten des Konfliktfeldes mit den inneren Kontrahenten und externalisieren, sodass sich das Konfliktfeld im Außenraum wiederfindet. Wer steht wem mit welchem Anliegen wie gegenüber? Raumsymbolik nutzen. Erste Probekontakte.
4) Konflikthafte Auseinandersetzung (=Gestalt"). Teilweiser Untergang überalteter, identitätstragender Strukturen. Angst, teilweises phobisches Zurückweichen in die alte Identität, was nicht mehr geht. Beharren versus Loslassen.
5) Teilweise Identitätsvakuum ="Gestalt"), "Todeszone", Gefühl von Nebel, Leere, Lähmung, Ratlosigkeit… "ich bin nicht mehr der, der ich war. Ich noch niemand Neuer, wer bin ich? …
6) Explosionsphase: oft kathartischer Durchbruch des ungelebten, abgewehrten Gegenpols, der zur Vordergrundgestalt wird, z.B. Freude, Trauer, Wut. Manchmal kommen die abgedrängten Gefühle relativ unspektakulär, aber mit Bestimmtheit ans Tageslicht.
7) Nachdifferenzieren, Integrieren, Assimilieren ="Gestalt"). Die ungewohnten Gefühle sind meist erst nach einer differenzierenden Verarbeitungsphase als etwas Eigenes und Stimmiges zu verinnerlichen.
8) Stabilisierende Handlungserprobung, Loslassen von Unstimmigem, Stabilisierung der neuen Struktur ="Gestalt"), Selbstreflexion.
9) Zentrieren, zur Ruhe und zum Gleichgewicht kommen ("Gestalt").

Diesem Krisenzyklus folgt der therapeutische Behandlungsverlauf, sofern sich der Patient im neurosefähigen Bereich befindet. Die Phasenabfolge stellt eine Art Geländer dar für den Therapeuten. Der Prozess kann jedoch durch die einzelnen Phasen unterschiedlich schnell durchlaufen, kann auch manchmal den Weg rückwärts wählen, um einen neuen Anlauf zu nehmen.

C3) <u>Persönlichkeitsmodell.</u>

Die Idealvorstellung für das Selbst als das eines energetischen Feldes und **offenen System**s im Zustand eines Fließgleichgewichts, ist die von einer ungestörten Resonanzmöglichkeit, das heißt, von einer potentiellen **Kontakt**bereitschaft **nach innen und außen**.
An (halb)flexiblen Strukturen finden wir in diesem "Ich-Selbst"-System vor:

1) - das eben erwähnte **Feld**, das normalerweise durch seine Kohärenz ein Erleben von kontinuierlichem Da-sein und So-sein vermittelt, und als bewusstseinsfähiger Träger der Seins-gewissheit und basalen Identität angesehen werden kann,

2) - die Selbst-Nichtselbst-**Grenze**, die anfangs noch sehr durchlässig ist, und die für den typisch gestalttherapeutisch- differenzierenden Kontakt mit dem Innen und dem Außen zuständig ist, was bedeutet, dass es auch im Inneren ausgegrenzte Inseln, bzw. Löcher, geben kann,

3) - die bereitgestellten, erbgenetischen **Entfaltung**sprogramme in der Entwicklungszeit, (inclusive der der frühen Beziehungs- und Bindungs-gestaltung,) die anfangs eine besonders vulnerable Phase aufweisen, einen spezifischen Reizhunger auslösen, die bei Unter-stimulation verkümmern und bei Dysstimulation zu fehlgeprägtem, fast unkorrigierbaren Erleben und Verhalten führen können;
(Zu den genetischen Programmen gehören auch die Anlage des gepolten Belohnungs- und Bestrafungs-Systems und der ansatzweise übergeordneten, integrierenden Strukturen.)

4) – die Selbst-Vorstufe (nach Damasio auch das unbewusste "Proto-Selbst" oder "**Körper-Selbst**" genannt), die für die aktuellen "bottom-up-Signale" der Körpersphäre und als Botschafter für die physiologischen und/oder hormonellen Zustände und Gleichgewichtsveränderungen aus dem Inneren steht, also für Triebe, Antriebe und Emotionen, die zumeist – gemäß der vielzitierten "Weisheit des Organismus" - auf eine Zustandsänderung drängen, (die Priorität ihrer Befriedigungswünsche ordnet sich i.a. selbst-organisatorisch nach dem Dringlichkeitsprinzip und schafft dabei motivationale Hiearchien),

5) – das flüchtige "Kern-Selbst" oder "**Kern-Bewusstsein**" (nach Damasio), das ganz im Hier-und-Jetzt lebt, bewusst erlebt, - das überzeugende, subjektive Wirklichkeit ist und damit die Verwandlungskraft zum Umschmelzen alter Erfahrungen und alter Identitäten besitzt,- dieses Kern-Selbst geht aus der inneren Begegnung zwischen dem energetischen Muster der organismischen Selbst-Vorstufe und dem neuronalen Muster hervor, das durch seine wache, gebündelte Aufmerksamkeit gegenüber einem bestimmten Objekt dieses aus seinem Hintergrund herausholt, (was gleichzeitig den Gestaltbildungsvorgang beschreibt,); für diesen Vorgang gibt es im inneren Begegnungsraum einen registrierenden, "inneren Beobachter", den Damasio "Selbst-Sinn" nennt.
(Neuroanatomisch begegnen sich nach Damasio im Kern-Bewusstsein die energetischen Muster von a) Hirnstammkernen, Hypothalamus und somatischen Kortex-feldern als unmittelbarer Zufluss für das Proto-Selbst- und b) für die fokussierte Wahrnehmung der Zufluss von Cingulärem Cortex, Thalamus und den Colliculi superiores)

Das Organ der achtsam gerichteten und fokussierten Aufmerksamkeits-energie zur Kontaktaufnahme, das mit einem intensiveren Grad von Selbst-aktualisierung und Selbstwirksamkeit erlebt wird, sozusagen als "bewusste Pfeilspitze der **Aufmerksamkeit**", wird in der Gestalttherapie traditionellerweise mit dem Begriff **"Ich"** belegt. Es umschreibt den zielgerichteten (intentionalen) Teilaspekt des Kern-Selbst. Mit diesem intentionalen Akzent wird in der Gestalttherapie auch der Aggressionsbegriff, nämlich als "**ad-greddi**" verstanden.

Kern-Selbst-Erleben gibt es auch mit zurück genommenem Ich-Akzent und mit der Betonung auf dem faszinierenden Erleben, sich im **energetischen Fluss** zu befinden, z.B. bei einer kreativen Arbeit.

Die von der Kette der aktualisierten Phänomene geleitete, typische prozessuale Arbeit der Gestalttherapie wird zum größten Teil im Zustand der Kern-Selbst-Begegnung zwischen Patient und Therapeut geleistet. Diese Sequenzen weisen eine maximale Passung im "therapeutischen Beziehungs-Tanz" auf und zwar so, dass sich der Therapeut dem Patienten für dessen "Wieder-ganz-werden" als adäquates Gegenüber zur Verfügung stellt.

6) – Im Selbst finden sich bedeutsame, erfahrungsbedingte Spuren als niedergelegte Engramme im Gedächtnisspeicher mit den unterschiedlichsten Informationen, die (im Normalfall) größtenteils im Kontext des aktuellen Hier-und-Jetzt abgeglichen, relativiert, korrigiert und aktualisiert werden können;

- es gibt aber auch bei manchen Persönlichkeiten alte, triggerbare Informationen von Überlebenskonzepten, die in chronifizierter Weise (fast) ein abgekapseltes Eigenleben zu führen scheinen, wobei die Rückkopplung zum Gesamtsystem und seinem Kontext fehlt, bzw. für dieses spezielle Muster nur unzureichend vorhanden ist und dadurch zu einem Störungsmuster des Erlebens und Verhaltens wird (möglichweise liegt ihm ein abgewehrtes, (mikro)traumatisches Bedrohtheits-erleben mit ehemals aktivierter Amygdala zugrunde);

in beiden Varianten finden sich erfahrungsbedingte Spuren bezüglich:

-a) verinnerlichter **Normen,** Geboten, Vorurteilen, Delegationen, **Werten**, Traditionen, Vorbilder, Ideale etc. als ehemalige Fremdimpulse; (Revision: was davon stimmt (noch), was gehört moduliert, was verabschiedet?)

b) selbstgebildeter **Überlebensstrategien,** geglückter und weniger optimale Erlebnisverarbeitungsmuster, sowie **Lösungswege** nach **Krisen-, Mangel**-, und **Trauma**erfahrungen; (Revision: was war von Vorteil, kostete aber welchen Preis? was davon gehört relativiert? Was taugt allenfalls in analogen Krisenzeiten, was stimmt nicht mehr zur jetzigen Situation? Was fehlt?)

-c) unbewusst **konflikthaft blockierter**, innerer **Entwürfe** (neurotisches Material samt Abwehrmaßnahmen); (Revision: was blieb auf der Strecke? Was will noch sein? Was wollte "die Abwehr" zu wem immer schon mal sagen? Was gilt es zu betrauern?

7) - die zentrale Insel der "**assimilierten Basissubstanz**", die man sich auch als integrierten und integrierenden, transparenten Wesenskern vorstellen kann, der

im Laufe der Reifung zunimmt, wird als selbstkongruente, gesicherte Mitte des Selbst erlebt. (Der Hypothese nach kann man sie sich als ein diskretes, synchronisiertes, individualtypisches Grundschwingungsmuster vorstellen.)
Je mehr Erfahrungsspuren auf Stimmigkeit überprüft, also noch nachträglich sortiert und geklärt und je mehr Konflikte bereinigt werden können, um so mehr nimmt die "assimilierte Substanz" zu, umso authentischer, sicherer und glaubwürdiger wird die Persönlichkeit und umso mehr übernimmt die assimilierte Substanz, also symbolisch gesehen, "die Mitte", die Führung, die Verantwortung bei Entscheidungen (inclusive intuitiver Aspekte) und gibt Halt von innen her („self-support").

C4) Gesundheit und Krankheit

Definition für seelische Gesundheit. Adäquater Kontakt nach innen und außen, Stimmigkeit und Gleichgewicht innerhalb des Gesamtsystems "Mensch" und seines Umfeldes/ Kontextes. Jeder Teil, auch das Ungeliebte, hat seinen angemessenen Platz im Gesamtsystem zu bekommen und im Wechselwirkungsspiel von Teilen und Ganzem präsent zu sein. Auch das Prinzip für "Krankheit versus Gesundheit" sieht die Gestalttherapie im **Zusammenspiel der Pole** und deren komplexem Auf- und Abbau im vorwiegend inneren Kontaktgeschehen begründet.
Im **Krankheit**sfall ist das Wechselspiel zwischen dem Ganzem und seinen Teilen gestört, die Gesamtgestalt ist unausgewogen und weist Verschränkungs-Defizite, bzw. Ausblendungen ("Lücken") auf – (um wieder in die Bildersprache zu kommen).

Beispiele für **polarisierte Subsysteme** mit Steuerungsfunktion:

Auf der neurophysiologischen Ebene spiegelt sich das polare Konzept in der Zusammenarbeit von bahnenden und hemmenden Neuronen wider. Im vegetativen Nervensystem begegnen wir den einander ergänzenden Gegenspielern des Sympathikus und des Parasympathikus.

Auf der Ebene der Psychosen, für die heutzutage ein multi-kausales Erklärungs-Konzept gilt, finden wir zwei Erscheinungspole:

+Pol: In der akuten Schizophrenie wie in der Manie und schizo-affektiven Psychose scheinen sowohl die Innen-Außen-Grenzen unzureichend oder geschwächt, - sowie auch die Fähigkeit, assoziative Gedankengänge um einer Zielvorstellung willen (um einen roten Faden halten zu können) auszubremsen, bzw. zu unterdrücken, deutlich vermindert. Die Phänomene wirken intra-psychisch wie eine Reizüberschwemmung, steuernde Strukturen scheinen in dem "hohen Wellengang" der Hintergrundaktivität untergegangen zu sein. Auch das zwischenmenschliche Verhalten sowie das Selbstverständnis kennen oft keine Grenzen.

-Pol: Der Zustand nach dem schizophrenen Schub, wie auch die psychotische Depression zeigen im Gegensatz zu obigem Bild über Reizschwellenerhöhungen, Blockierungen, Kontaktunterbrechungen in verschiedener Hinsicht ein gegenteilige Erscheinungen, speziell auf dem Sektor von Stimmung und Antrieb, aber auch im Verhalten nach außen und innen: extremer sozialer Rückzug, Bewegungsarmut, Stupor, Leere in der Eigenwahrnehmung, keine Wünsche, keine Gefühle, keine Assoziationen, keine Einfälle, keine antwortenden Reaktionen, beim Depressiven keine Träume etc.
Verwandte, archaische Reaktionsmuster auf lebensgefährliche Bedrohung sind aus dem Tierreich bekannt: Bewegungssturm oder Totstellreflex. Und bei der Bewegungsvariante kommt für die Abschätzung der Richtung, ob nach vorne oder hinten, die Einschätzung des Erfolgs für "fight or flight" hinzu.

Die phylogenetischen Reste dieses polaren Überlebensmusters tragen wir Menschen weiter in uns. Wahrscheinlich wird es in den frühen Jahren durch Mikrotraumen häufiger mobilisiert, als wir es bisher annehmen. Sehr wahrscheinlich lässt sich hier der Schlüssel für manches frühe psychosomatische Krankheitsbild sowie für die meisten Persönlichkeitsstörungen finden, jedenfalls ermutigt die gestalttherapeutische Erfahrung zu dieser Annahme. In ihrem habituell und ich-synton gewordenen, gepanzerten Schutzverhalten gilt es in der Therapie, den Sinn, den Überlebenswillen und die verborgene Kraft, die in dieses massive Schutzverhalten eingespeichert ist, herauszuarbeiten, sie den Betroffenen über gestufte, nonverbale, körpernahe Übersetzungsarbeit wieder aneignen zu lassen und bei der Differenzierung der Patienten-Identität von seinen bisherigen Überlebensstrategien Hilfestellung zu geben.

Auf der frühen, strukturaufbauenden Entwicklungsebene stehen außer der Stabilisierung der Innen-Außen-Grenze (Selbst-Nichtselbst-Grenze) die „Bändigung" der emotional polaren Extremreaktionen in der Selbst- und Fremd-Wahrnehmung, im Selbst- und Fremd-Bewerten, im Erleben und Verhalten sowie in der Neigung zu Extremreaktionen bei der Nähe- Distanz-Regulierung durch den allmählichen Aufbau einer integrierenden Mitte an. Wenn diese „Bändigung" vonseiten des Therapeuten in „achtsamer Liebe" geleistet werden kann, stehen die Chancen gut, dass seine Haltung verinnerlicht wird und weiter fruchtet.

Wenn diese Mitte imstande ist, ein kohärentes Feld zu halten, das einer mittleren Dosis von Frustration und Zwiespältigkeit aushält, haben wir die Reife-Ebene der Konfliktfähigkeit erreicht. Unbewusste Konflikte rufen eine Vielfalt an unbewussten Abwehrmannöver auf den Plan. In dieser Phase sind wir mit der "Entweder-oder-Haltung" konfrontiert, die sich ein "Sowohl-als-auch" noch nicht recht vorstellen kann. -Hier bewegt sich die Gestalttherapie im Bereich der gemeinsamen Schnittmenge mit der Tiefenpsychologie. Analog zu ihrer Welt lassen sich in der Entwicklungsreihe die folgenden, potentiellen Konflikt-positionen unterscheiden:

- Öffnen zur Welt, Intentionalität vs. Verschließen gegenüber der Welt
- Vertrauensvolles Einlassen (Dyade) vs. personales Misstrauen
- Autonomie vs. Unterdrückung autonomer Tendenzen, Abhängigkeit
- konkurrierendes Kräftemessen vs. Rückzug von Rivalitätskämpfen
- erotisches Potenz-+Werbeverhalten vs. Vermeiden von erot. Identität
- empathische Liebesfähigkeit vs. egozentrische Bezogenheit
- persönl.+ soziale Verantwortungsfähigkeit vs. Verantw. –verweigerung
- Sinn-Erleben in ganzheitlicheren Bezugshorizonten vs. - Sinnlosigkeit

D) Anwendungspraxis

D1) Die therapeutische Beziehung als Behandlungsinstrument, ihre Ebenen und ihre Interventionen im Rahmen der Beziehungsdimension

Das wichtigste Instrument der Gestalttherapie ist die **therapeutische Beziehung,** die sich durch ihre Werthaltung, die jedem Menschen Würde zuspricht, als typisch **humanistisch**es Verfahren ausweist. Der gestalttheoretische Aspekt ist dabei, die jeweilige Beziehung mit ihrem Kontakt nach innen und außen - inclusive ihren Nicht-Kontakt-Anteilen - als eine **Ganzheit** aufzufassen. Ziel ist es, Ausgegrenztes zu integrieren, diesem im Ganzen der Persönlichkeit einen angemessenen Platz zu ermöglichen und so die Gesamtgestalt stimmiger und transparenter werden zu lassen. Therapeut und Patient begegnen sich auf den

verschiedenen Ebenen auf vielfältige Weise. Der Therapeut versteht sich als jemand, der dem Wachsen und (wieder) gesund, bzw. "Heilwerden" seines Patienten dient (s. Wortstammfamilie heil, hole, healthy, holy). Dieser Ansatz gilt gegenüber Einzelpersonen, Paaren sowie Gruppen. Wenn es der Therapeut fertigbringt, sich am Ende dieses heilsamen Beziehungstanzes überflüssig zu machen, hat er gute Arbeit geleistet. -

Die Therapeutische Beziehung der Gestalttherapie hat **fünf Ebenen**.

1) Die ausschlaggebendste ist diejenige, die im Sinne Martin Bubers **"I-and-Thou"** ein empathisches Feld zum Wesenskern des Gegenübers aufbaut, dem er dabei eine existenzielle Bejahung spüren lässt.

Zu dieser **Basisakzeptanz** kommt auch die Bereitschaft hinzu,

2) ihn mindestens gleichermaßen mit seiner Lebensleistung, seinen **Ressourcen** und **Potentialen** wahrzunehmen und zu schätzen-

3a) wie ihn schließlich auch mit seinen strukturellen **Defiziten**, **Mangel-**erleben, ungelösten **Konflikten**, **Abwehr**formationen und/oder **Trauma**ta zu erfassen. (Letzteres geschieht mit der distanzierend-diagnostischen Kompetenz des "Ich-Es"-Modus nach Buber.)- Zusätzlich zu den entwicklungsorientierten Zuordnungen der Störungsgenese, (die insgesamt "OPD-kompatibel" sind,) kommt als gestaltspezifisches Diagnosekriterium hinzu, in welcher Phase des Kontaktzyklus der Patient üblicherweise den Kontakt unterbricht. (Nähere Ausführungen dazu im Kapitel Kontaktzyklus.)

3b) Zum pathologischen Beziehungsanteil gehört auch die sogenannte **Übertragung**, eine unbewusste, projektive Wahrnehmungs-verzerrung mit Erwartungswert, die aus früheren, bedeutsamen, jedoch unbewusst (teil)fixierten Beziehungen stammt. Sie wird in der Gestalt-therapie frühzeitig mit einer Differenzierungstechnik **abgelöst** und meist als Wegweiser zum zugrundeliegende Restkonflikt genutzt. Dieser wird nicht am Therapeuten als Stellvertreter abgehandelt (wie beim psychoanalytischen Behandlungskonzept der Übertragungs-neurose), sondern dialogisch im intrapsychischen Rollenspiel mit dem personifizierten Introjekt, also auf der Ebene der verinnerlichten Originalbeziehung weiterverarbeitet. – Ziel der Übertragungsablösung ist eine möglichst adäquate und verzerrungsarme Wahrnehmung des Umfeldes und seiner Personen.

3c) Gestalttherapeuten sind für **Gegenübertragung**sphänomene im erweiterten und engen Sinn sensibilisiert, das heißt sie achten auf ihre unterschiedlichen Resonanzen, beziehen den Teil, der primär patienten-induziert ist, in den Prozess ein und grenzen denjenigen, der mehr mit ihnen selbst zu tun hat, aus, bzw. vertagen ihn auf eine Supervisions-sitzung.

4) Zur therapeutischen Beziehung gehört auch die Sonderfunktion der **Methodenkompetenz**, sozusagen die Funktion des **Regisseur**s, aus der heraus der Therapeut in geeigneten Phasen des Prozesses zu dessen Vertiefung methodische Veränderungen vorschlägt und anleitet, z.B. ein Rollenspiel, eine Körperwahrnehmungsübung, ein "Experiment" oder eine andere kreative Technik. (Es gilt aufzupassen, dass eine Methodenveränderung nicht in den Dienst der Vermeidung gestellt wird, dass sie nicht zu einem Zeitpunkt vorgeschlagen wird, an dem eine Art von Blockierung aufzuarbeiten angestanden wäre.)

Die Rolle des Fachmanns/der Fachfrau ist eine eher aktivierende Funktion, im Gegensatz zur sonstigen Gesprächsführung, in der sich der Gestalttherapeut eher folgend und antwortend verhält, sich dem Duktus des Gegenübers anpasst und sich in **sokratischem Selbstverständnis** zur Verfügung stellt, damit das Gegenüber

befähigt wird, die bedeutsamen Spuren seiner Welt selbst wahrzunehmen und mit dem passgenauen Akzent **selbst** zu **deuten**.

5) Schließlich gehört noch zur therapeutischen Beziehung das **allgemeine** und das **spezielle Arbeitsbündnis**. Ersteres bezieht sich wie auch sonst üblich auf Absprachen über den äußeren Rahmen. Letzteres ist das Einverständnis, (das oft nur nonverbal gegeben wird,) das es jedes Mal neu vor Arbeiten mit **fokussierter Regression** braucht, also vor dem Eintauchen in eine für die Gestalttherapie typischen Inneren-Kind-Arbeit oder einen anderen, szenischen, biographischen Exkurs, weil für diese Art Arbeit das Vertrauen zum haltgebenden Therapeuten eine besondere Rolle spielt und eine solche Regressions-arbeit einer Art von Hypnoid gleichkommt, in der der Therapeut den Sicherheitsgaranten darstellt, dass der Patient wieder wohlbehalten von seinem Exkurs zurück kommt. Der Therapeut sollte dem, der es wagt, sich mit seinen alten Spuren auseinander zu setzen, mit Schutz, Ermutigung oder Orientierung (wie ein Bergführer) beistehen können, sofern sich jener in Bedrängnis oder in einer Sackgasse fühlt.

Das **Allgemeine Interventions-Prinzip** der gestalttherapeutischen Beziehung läßt sich in gedrängter Form wie folgt beschreiben:

Der Therapeut stellt

1) zunächst ein **bejahendes Feld** (im Sinne des "I-and-Thou") zwischen sich und dem Wesenskern des Patienten her (Qualität: liebendes Urvertrauen), beachtet alles Gelungene und stellt zusätzlich über einfühlende Identifikation ein spezielles emotionales Feld zu dem in Not geratenen Anteil her, der sich oft als eine Version eines "Kinder-Ichs" herausstellt (z.B. zu einem verletzten Kinder-Ich hinter einem Panzer aus pseudoautonomer, arroganter Unerreichbarkeit,)- das heißt, der (spezifisch geschulte) Therapeut sucht emotional die Koalition mit dem Zentrum sowie mit dem hinter der Abwehr verschanzten Aspekt und lässt sich bei seinem Kontaktangebot möglichst von körpersprachlichen Mikroveränderungen des Patienten leiten.

2) Danach –wendet er sich voll interessierter Neugier –dem Sinn des **ausgrenzenden Impuls**es zu. Er steht dabei stützend im emotionalen Schulterschluss mit dem bedrängten Patientenanteil und imaginär an seiner Seite in dessen pathogener Lebenssituation (z.B. in einer –zumeist – Wiederholungs-Szene mit Verletzung/ Kränkung/ Beschädigung etc.). Er ermutigt das "Kinder-Ich" zu emotional befreiendem Ausdruck und zur Aussprache der ehemals unterdrückten Erlebnisse; - sofern aus dieser Situation als Überlebensstrategie eine Ausgrenzung von dazu unpassenden, eigenen, psychischen Aspekten hervorgegangen ist, wechselt der Therapeut dann

3) vorausschauend den Interessensfokus, um zwischen sich und dem vom Patienten bekämpften, **abgewehrten**, entwerteten, ausgegrenzten oder bis zur Unkenntlichkeit verzerrten **Teilaspekten** dieser Person (z.B. der Verletztheit/ Sensibilität/ Weichheit/ vertrauensvollen Öffnung/ Freude/ spielerischen Unbeschwertheit) eine neugierig-bejahende Beziehung herzustellen und

4) um den Patienten einzuladen, diese latent attraktive Seite seiner Identität wieder zu entdecken, sie über **Rollentausch** assoziativ wieder mit Leben zu erfüllen, dabei zu entzerren, nach zu differenzieren- und wieder als eine **eigene Kraftquelle rückzuintegrieren**.

Es findet hier somit mit therapeutischer Hilfe eine Aufhebung von pathologischen, inneren Kontaktunterbrechungen statt.

D2) Störungsspezifische Interaktionen
durch Aufbau unterstützender Felder
und durch Perspektivenwechsel

D2.1) Wie bereits oben unter **"Standardverfahren"** bereits skizziert, gibt es zur **Konfliktlösung** typische, gestaltspezifische, bewährte, **erlebnisorientiert**e Vorgehensweisen. Dabei werden konfligierende Teilaspekte, Symptome oder verinnerlichte Personen bewusst und unter Nutzung der Raumsymbolik nach außen in den Raum projiziert, personifiziert, zumeist auf leere Stühle projiziert, mit assoziativen Einfällen zu ihrem Sinn, ihrer Daseinsberechtigung sowie mit Gefühlen und Wünschen angereichert und im **Rollenspiel** miteinander in einen klärenden **Dialog** gebracht, der meist zu einer Lösung, aber zumindest zu einer Positionsklärung führt. Bisher eingehaltene Emotionen finden ihren Ausdruck, blockierte Anliegen erreichen ihr Ziel. Eine "unvollendete Gestalt schließt sich". Der Patient übernimmt dabei nacheinander selbst mit Empathie die verschiedenen Teil-Perspektiven und kommt dadurch fast automatisch in einen **integrierenden Prozess**.-Insgesamt geht es darum, die Teilaspekte in eine sinnvolle oder stimmigere Zuordnung zueinander und zur übergeordneten Ganzheit, bzw. "Gestalt" (z.B. der Gesamt-persönlichkeit, der Paarbeziehung, der Bezugs-Gruppe etc.) finden zu lassen. Falls sich der Patient zu sehr mit dem Konfliktgeschehen identifiziert, kann eine Distanzierung mit Hilfe eines Blicks von der **Metaebene** her, also aus der Vogelperspektive, weiterhelfen, um den Sinn des Geschehens oder das Beziehungs-Muster erkennen zu können. So werden abwechselnd die Elemente von erlebter Nähe (Identifikations-Technik) und Distanz eingesetzt.

Das therapeutische **Beziehungsangebot passt sich dem Verlauf an**: es ist zunächst das eines wohlwollenden, haltgebenden, sokratisch interessierten, kameradschaftlichen Freundes oder geschwisterlichen **Begleiter**s der zur Selbstdeutung und zur Selbstfindung ermutigt.-

Sobald sich der assoziative Fokus einer emotional belasteten Situation nähert, stockt und die Abwehr der Emotionen zu spüren ist, steht der Therapeut **haltgebend emotional "im Schulterschluss**" dicht neben dem Patienten. Er hilft bedarfsweise die Wahrnehmung zu verdichten und zu konkretisieren, wobei er in eine (inhaltlich bewußt diffus gehaltene) **vorlaufende Identifikation** mit dem Betroffenen geht, bzw. mit seinem Kinder-Ich, (falls es sich um eine frühere Szene handelt), z.B.: "In solch einer Situation wäre mir (auch) nicht wohl zu Mute, vor allem in Ihrem damaligen Alter, - da gäbe es in mir allerhand turbulente Gefühle – wie geht es Ihnen, wenn Sie sich nochmals in diese Situation hineinversetzen? Was fühlen Sie dabei? Können Sie mir helfen zu begreifen, wie es damals für Sie war und auch, wie Sie da letztlich durchgekommen sind? Im Moment sind wir ja zu zweit, das könnte es etwas erträglicher machen."- Sobald vom Pat. verletzende, kränkende, beschämende Gefühle zugelassen werden, wird der Therapeut u.U. zum kraftspendenden Tröster oder **schützenden, guten Wunsch-Elternteil**, der den Patienten auch kurz in den Arm nehmen oder ihm die Hand auf die Schulter legen kann, wenn es für beide passt, (was es stets nonverbal abzuklären gilt).

Es folgt das Angebot, dem **Kontrahenten** das zum **Ausdruck** zu bringen, was ehedem nicht möglich war (Groll, Wut, Abscheu, Sehnsucht nach Gesehen-werden-wollen, Anerkennung und Liebe etc.), was manchmal kathartische Ausmaße annimmt, manchmal eher diskret, aber dennoch sehr nachdrücklich und nicht minder wirksam geschieht.

Der Therapeut sucht nun die Resonanz über die Erwachsenen-Seite zum Patienten, z.B.: “Hier steht für uns jetzt einesteils der **Kleine** von damals, aber in seinem Rücken **gleichzeitig** auch der **Große**, der dem Kleinen seine Stimme leihen kann sowie all die Fähigkeiten, die er seither entwickelt hat, um auszudrücken, was damals, nach seinem Empfinden, nicht in Ordnung war. Und, wenn Sie wollen, sagen Sie Ihrem damaligen Kontrahenten, wer Sie jetzt und eigentlich sind und was Ihnen sonst noch einfällt, weil er das von Ihnen immer schon einmal hätte zu hören bekommen sollen. Das muten Sie ihm jetzt einfach mal zu.- Achten Sie dabei auf Ihre Gefühle, auf Ihre Stimme, Ihre Haltung und wie es ist, sich vorzustellen, diesem Menschen von damals heute in Augenhöhe in die Augen zu sehen und standzuhalten.

Wie fühlen Sie sich? Ändert sich gerade etwas? Wonach ist Ihnen? Abstand nehmen von jenem Menschen und ihn auf immer zu verabschieden? Gut. Wenn das für Sie so stimmt, soll es so sein. - Oder ist jetzt dran zu erkunden, wie er(sie) das eben Gesagte vermutlich aufgenommen hat- und wer er(sie) wirklich ist?”… Sofern ein Interesse für die letztgenannte Möglichkeit geäußert wird, bietet der Therapeut, der sich inzwischen in der Rolle des Regisseurs befindet, den **Rollentausch** an, was im allgemeinen Verständnis aufbaut und eine Art **Versöhnung**sarbeit einleitet.

Dieses sehr effektive **Standard-Vorgehen** eignet sich für normal belastbare, konfliktfähige (=“neurosefähige”) Menschen. Es nimmt die belastende Erlebnisspur wieder auf, aktiviert sie durch die Vergegenwärtigung im Rollenspiel mit ihrem ganzen emotionalen Potential, **begleitet** jedoch den Betroffenen **empathisch** und **achtsam** durch die ehemals unerträgliche Situation so hindurch, dass er die Blockade der konflikthaft unterdrückten Emotionen auflösen kann, wonach die gebundenen Kräfte wieder frei werden. **Selbstachtung** und **Würde** des Patienten kehren wieder und verändern sein Selbstbild.

Aufgrund des flexiblen Therapeutenverständnisses, kann der therapeutischen Beistand bei diesem Vorgehen regressive und progressive Aspekte in dichter Folge intensivieren und nutzen. In der positiv getönten therapeutischen Beziehung findet der Patient Geborgenheit, Wertschätzung, Trost und Ermutigung. Sie eignet sich zum Verinnerlichen. Gleichzeitig wird der Patient immer wieder zur **Selbst-Beelterung** angeregt und zur **Verantwortungsübernahme** herausgefordert.

Die vollständige Schrittfolge dieses Prozesses ist im “Krisenzyklus” beschrieben, der dem Loslassen und Verwandeln korrekturbedürftiger Spuren dient.

Einheit und Vielfalt. Die **therapeutische Beziehung** der Gestalt-therapie ist ganzheitlich, mehrschichtig und flexibel zugleich. Sie erweist sich durchgehend empathisch und an ihre humanistischen Werte gebunden. Aber sie zeigt sich in großer Vielfalt.

Sie passt sich mit ihrer Fokussierung nicht nur a) der **Entwicklung**s-höhe des Patienten und seinen alterstypischen Herausforderungen an, sondern b) auch dem **Störungsmuster der Erlebnisverarbeitung** von konfliktbedingter Abwehr, von Strukturschwäche, von Trauma und Mangelerleben. Der energetisierende, achtsame Fokus des Therapeuten sucht zwar primär den zentralen Wesenskern, aber sekundär den Kontakt mit dem in Not geratenen Anteil, bzw. mit der Schwachstelle im intrapsychischen System des Patienten, um an dieser Stelle Nachreifen, Akzeptanz, Wertschätzen, Selbstwerterleben sowie Auseinandersetzungsfähigkeit anzuregen und um emotional ergänzende Pole aus ihren oft vernichtenden, inneren Kämpfen ins Gleichgewicht zu bringen.

Die Gestalttherapie hat nicht störungsspezifische Programme und Manuale ausgearbeitet, wie etwa die Verhaltenstherapie, sondern sie geht mit der Vielfalt der Störungen durch passgenaue, **störungsspezifische** und **individuelle Anpassungsleistung** der therapeutischen Beziehung um. Sie kann bedarfsweise in stufenlosen Übergängen zwischen den Varianten wechseln. Sie bleibt aufgrund des durchgehenden Bezugsystems ein Ganzes. - Das entscheidende Element sind daher der sorgfältig geschulte Therapeut selbst und die **Achtsamkeit** seines **Beziehungs-angebotes**.

D2.2) Bei sogenannten **strukturschwachen** ("frühgestörten", psychose-nahen) **Patienten** bekommt das Beziehungsangebot einen eher fürsorglich -**elterlichen Akzent**, in dessen Rahmen **struktur-aufbau**ende und entwicklungsfördernde Neuerfahrungen besonders ermöglicht, bestärkt und **durch Freude** und **Zuwendung belohnt** werden. Die Therapeutischen Beziehung stellt an die emotionale Klarheit, an die **Authentizität** und **achtsame Liebesfähigkeit** des Therapeuten, sowie an die Fähigkeit, als natürliche Autorität angemessene Grenzen zu setzen, hohe Anforderungen. Diese Variante arbeitet **potential-**orientiert bevorzugt im **Hier-und-Jetzt** mit positiven Verankerungen in der Körperwahrnehmung (incl. der Beachtung physiologischer Rhythmen, etwa Schlaf-Wach-Rhythmus), im kreativen Ausdruck oder in gelungenen, alltagsnahen, sozial-kommunikativen Sequenzen, etwa bei Übungen zur Nähe-Distanz-Regulierung, zur emotionalen Feinabstufung, zur **Zentrierung**, Selbstwirksamkeit, Selbstachtung etc.

Ein besonderes Augenmerk braucht bei dieser Personengruppe die **Kohärenz** und Verlässlichkeit der Beziehung (Bindung). Sie toleriert wenig personalen Wechsel, keine langen Abwesenheiten und verlangt passende Einfälle zum Überbrücken unvermeidlicher Anwesenheits-lücken (z.B. durch symbolträchtige "Übergangsobjekte".)

Informationen über vergangene Erfahrungen werden i.a. nicht vertieft, sondern eher für einen positiven Verlaufsvergleich genutzt. Techniken, die zu einer emotionalen Überflutung führen könnten, werden ausdrücklich nicht angeboten, insbesondere nicht das Standardverfahren, keine biographischen Regressions-arbeiten oder Identifikationen mit emotionalen Extremen.

Es wird vielmehr auf eine **integration**sfähige, ausgleichende **Mitte**, auf **affektive Unterscheidung**sfähigkeit, auf **Frustrationstoleranz** und **Empathie**fähigkeit hingearbeitet.

D2.3) In gewisser Weise verwandt mit der therapeutischen Haltung bei der Arbeit mit strukturschwachen Patienten, die zum Nachreifen angeregt werden, ist die in der **Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie**. Sie lehnt sich bei den verschiedenen Altersklassen dem Vorbild **guter, alters-adäquater Eltern-Kind-Beziehungen** an. Sie zeigt stufenlose Übergänge zwischen maximal empathischer Feinfühligkeit im Säuglingsbereich über verschiedene Zwischenformen, die die Balance halten zwischen Geborgenheit spenden und dem Ermutigen zur Autonomie - bis hin zum kernig bezogenen Gegenüber, das sich dem Wunsch nach Kräftemessen des Pubertierenden stellt, dessen Attacken annimmt und möglichst humorvoll pariert.

In der Gestalttherapie wird die **Flexibilität** des Therapeuten mit den in verschiedenster Weise gestörten Kindern besonders trainiert, um über die vorübergehende Identifikation einen intensiveren, emotionalen **Verständniszugang** zu entwickeln, um die Not und die frustrierten Grundbedürfnisse, die sich i.a. hinter

dem Symptom verbergen, mit dem gebotenen Ernst wahrzunehmen, zu akzeptieren und sich dem Kind hilfreich und mitfühlend zur Seite stellen zu können und um es zum nächsten Schritt zu ermutigen.-

Die angemessenen Grenzsetzungen, die mit dem Begriff **"skillfull frustration"** umrissen werden, ergänzen die identifikatorische Zugangsweise.

In die außerordentlich kreative, gestalttherapeutische Kinder- und Jugendlichen-arbeit fließen sowohl Bemühungen um den Aufbau eines natürlichen und **belastbaren Ich-Selbst-Systems** des einzelnen Kindes, um eine **spielerische Empathie-förderung,** um Angebote für ordnende **Struktur**bildung, Verbindlichkeiten und **Verantwortungsübernahme** – sowie um eher sozialpädagogische Impulse für den Aufbau altersentsprechender, **sozial-kommunikativer Kompetenzen** mit Beziehungskonstanz ein.

Mancherorts, z.B. in Südafrika, hat die Gestalttherapie ihren Schwerpunkt auf die Therapieform für Kinder- und Jugendliche verlegt und firmiert dort offiziell als **"Play-Therapy".** Diese wird dort im Rahmen einer universitären Anbindung vermittelt.

(Der dazu verwandte Bereich der **Gestaltpädagogik**, der in Deutschland eine Reihe hochkarätiger Lehrstuhlinhaber hervorgebracht hat, hat all die Jahre befruchtend auf den therapeutischen Nachbar-bereich gewirkt. Eine Reihe der gestaltpädagogischen Lehrstuhlinhaber, die teilweise auch zusätzlich eine Gestalttherapie-Ausbildung absolviert haben, haben sich dankenswerter Weise zur Förderung der Gestalt-therapie in den "Wissenschaftlichen Beirat Gestalttherapie" der DDGAP begeben.)

D2.4) Am Ende des Lebens, bei der **Senioren- und Altenarbeit**, ist wiederum eine etwas anders akzentuierte, einfühlsame, therapeutische Beziehung gefragt, eine, die sinnstiftende **Lebensbilanzen** ermöglicht, die den Schwerpunkt bei der inneren **Versöhnungsarbeit** hat, auch bei der Hilfe, unverwirklichte **Lebensträume** und Entwürfe loszulassen und die hilft, all das mit Freude und Dankbarkeit anzusehen, was auf den verschiedensten Ebenen gelungen ist. Die abermalige, intensivierte Kontakt-Aufnahme zu den bedeutsamen Meilensteinen des Lebens ermöglicht erst ein "lebenssattes **Abschiednehmen**". Bei dieser Arbeit eignen sich Techniken mit **kreativen Medien** zur konkretisierenden Unterstützung.

Auch hierbei ist die interessierte, sokratische Grundeinstellung des Gestalttherapeuten gefragt, d.h. eine, die nicht mit eigenen Vorstellungen oder Deutungen überschwemmt, sondern die zur Selbstdeutung anregt,- vor dem Hintergrund einer durchgehend verstärkt aktivierten **Basisakzeptanz** beim Therapeuten.

Gestalttherapeutische Seniorenarbeit bemüht sich auch um das **soziale Umfeld** der pflegenden Angehörigen und Pflegekräfte, das heißt um deren emotionale Grundbedürfnisse, Balance, Konflikte und Psychohygiene.

Sie umfasst **Sterbebegleitung** und/oder stärkt die Angehörigen in dieser letzten Phase und für diese wichtige Funktion.

D2.5) Gestalttherapeutische Traumatherapie. Für den Personenkreis mit traumatischen Missbrauchs- Erfahrungen ermöglicht und ermutigt die Krisenintervention der Gestalttherapie (aus der die Traumatherapie in den 80er-Jahren hervorgegangen ist) die betroffene Person über spezifische

a) **Distanzierung**stechniken (z.B. "Tresor", "Fernsehschirmbild"),

b) **Stabilisierung**smethoden ("sicherer Ort", "Freundeskreis, Hilfs- und Solidaritätstruppe" etc) dazu, das Erleben von Selbstwirksamkeit, Schutz und Wehrhaftigkeit wieder zu erlangen sowie zur Bereitschaft, **Ressourcen** wahrzunehmen, zu heilen und, vor allem bei Missbrauch, zur **Selbstakzeptanz** und zur Wiederentdeckung der eigenen "**Liebenswürdigkeit**" – trotz allem, was geschehen ist.

c) Bei der schrittweisen Trauma-konfrontation, die nicht in jedem Fall eingesetzt werden muss, wird die Betroffene dazu angehalten, mit Armen, Händen und Füßen kontralaterale Berührungsrituale durchzuführen, evtl. rhythmisches Schattenboxen im Stehen, was den Vorteil der parallel erlebten Selbstwirksamkeit hat, die nun mit der Szene neu verkoppelt wird.

In der therapeutischen Beziehung steht eine **schützende Solidarität** im Vordergrund. Bei spirituell ansprechbaren Trauma-patienten(innen) geht von der Vorstellung über eine unzerstörbare, letztlich nicht beschädigbare Qualität des Wesenskerns eine starke, heilende, innere Sicherheit und Regenerationskraft aus.

D2.6 Störungsbild-spezifische Gestaltung der Behandlungsbeziehung für Krankheits-Gruppen

Aus dem oben Ausgeführten ergibt sich für jede Störungsgruppe ein typisches, bewährtes Vorgehen, das im Realfall jedoch eine individuelle Feinanpassung an den Betroffenen erhält und "energetisierend" an ihm nachjustiert wird.

Es gibt natürlich gruppentypische Durchschnittsverläufe, sind jedoch als Abstraktionen zu verstehen, die sich an der allgemeinen Konfliktpathologie der Patientengruppe ausrichten. Sie dienen dem Therapie-Anfänger zur Groborientierung, zur Absicherung und Ermutigung. Sie sind kein Ersatz für den kreativen Einsatz einer Schritt für Schritt längs der aktualisierten Phänomene entwickelten, wirklichen (das heißt: prozessorientierten) Gestalttherapie.

Es würde diesen Rahmen hier sprengen, die gruppentypischen Abläufe mit ihren Hauptvarianten und Behandlungsschritten zu schildern, z.B. für Depressive, Angst-, Zwangs- und Suchtpatienten, für Dissoziale sowie für Persönlichkeitsstörungen aller Art u.a.m.

(Diese Ausführungen sind einer eigenen Veröffentlichung vorbehalten: Hartmann-Kottek, Gestalttherapie, 3. Aufl., Springer)

E) Praktisches Vorgehen:

E1) Erlebnis- und Erfahrungsorientierte Vorgehensweisen

An verschiedenen Stellen wurde schon ausgeführt, dass folgende Aspekte für die hohe Erfolgssicherheit der Gestalttherapie verantwortlich sein dürften:

- Spurenaufnahme zum Zentralkonflikt mit Evidenzcharakter über aktuelle Symptome, aktuelle Körpersprache, sonstige Auffälligkeiten, gruppendynamische Sequenzen, Missverständnisse, Träume- vor allem auch in den "Experimenten", das sind spielerische, multiassoziative Freiräume, die sehr ernsthaft zum Selbsterkunden genutzt werden können etc.
- Vergegenwärtigung alter, pathogener Szenen, die aber, wenn sie diesmal im Schutz der therapeutischen Situation aktualisiert werden, angstärmer und im Schutz von Solidarität und Verständnis mutiger und ichsyntoner ablaufen und erfolgreicher angegangen werden dürften.

- Bei fokussierter Regressionsarbeit: Kombination von regressivem (Kinder-Ich) und progressivem Anteil (verantwortungsfähiger, selbst-beelternder Patient) in der gleichen Szene, in der auf die liebevolle Selbstannahme geachtet wird.
- Nutzung der Raumsymbolik durch konkretes Aufstellen von äußeren oder inneren Konstellationen, die das Innere spiegeln. Orte oder leere Stühle werden nun zu Projektionsflächen mit subjektiv konkret erlebbarem Gegenüber. Auch laut und in direkter Rede auszusprechen, was mit jemandem im Verborgenen bisher schwierig war, oder es hinauszuschreien, ist oft eine Art Katharsis.
- Das Konkretisieren der unten beschriebenen, kreativen Techniken bringt eine lebendige Erfahrung mit sich.
- Am unmittelbarsten kommt ein korrigierendes Erleben bei körper-psychotherapeutischen Angeboten auf. Sie haben unvergleichlich mehr Überzeugungskraft als ein "Darüber reden", auch wenn es noch so klug und zum Thema passend war.

E2) Kreative Medien

Als künstlerische Ausdrucks- und Hilfsmittel stehen den Patienten der Gestalttherapie praktisch alle Medien zur Verfügung. Am meisten verbreitet ist das **freie Malen**, das innere Bilder zu äußeren macht und dabei ein entlastendes Zurücktreten und Distanzieren erlaubt. Oft werden ganze Therapie- Verlaufs-Bilddokumentationen parallel zum Krankheitsverlauf erstellt. Desgleichen sind Malen von Nacht- und oder Tag-Träumen sehr verbreitet.– Immer wieder wird von einigen, eher leistungsorientierten Patienten schambesetzt behauptet, sie könnten nicht malen. Wenn es sich um eine ernsthaftere Blockade handelt, kann man solche Patienten vorübergehend ausweichen lassen, falls zu diesem Zeitpunkt noch keine Konfrontation mit der Blockade angezeigt erscheint: sie sind oft sehr zufrieden, wenn sie sich mit einer **Kollage-technik** ausdrücken können. Kollage-technik ist aber auch primär ein wunderbares Element, das den Vorteil der Flexibilität seiner Teile hat. – Etwas anspruchsvoller mit dem Tiefenerlebnis kann es beim **Tonen** zugehen (vor allem, wenn die Teilnehmer dabei die Augen geschlossen halten können). Dabei werden Körpergefühle auf den Ton übertragen. – Eine etwas seltenere Technik ist das **Drahtbiegen** zu Skulpturen. Interessant wird es, wenn es mit zwei unterschiedlich farbigen Drähten als Paar-Aufgabe gegeben wird. Es bringt eine dreidimensionale Abbildung der Interaktion. –
-Gruppen mit etwas Bastelfreuden genießen es, selbst **Masken** oder **Puppen** fürs Stegreifspielen zu machen. –
-Das freie oder halbstrukturierte Improvisieren auf **Klangerzeugern** – mit oder ohne **Stimmeinsatz** – ist, vor allem zu mehreren, ein großer, facettenreicher, meist lustbetonter, kreativer Bereich. –
-Etwas anspruchsvoller für den Umgang mit Sprache ist der spielerische Umgang mit Worten, etwa ein spontanes **Dichten** zur Situation, oder eine Kurzgeschichte erfinden, in der einige vorgegebene Begriffe vorkommen sollen, oder gemeinsam ein modernes **Märchen erfinden**.
-Natürlich lassen sich alle Techniken kombinieren, z.B. wenn die erfundenen Märchen ad hoc in der Gruppe gespielt werden sollen. Damit kommen wir zum beliebten **Stegreif-Spiel,** mit oder ohne Sprache, mit oder ohne Verkleidung, mit oder ohne Absprache. Ein Abkürzungsform ist die "**Skulptur**" aus Personen, die evtl. pro Person einen Leitsatz und eine Gebärde frei hat. Das macht prägnant und verringert den Erwartungsdruck, den eine unbegrenzte Inszenierung ausübt.

-Daneben gibt es unzählige körperliche Vertiefungs- bzw. Körperwahrnehmungs-Übungen, die sich die Gestalttherapie z.T. aus der Bioenergetik vom **Audrucks-tanz** sowie vom living theatre buchstäblich einverleibt hat.

E3) Setting-Fragen

Gestalttherapie wird im Einzel-, Paar- und Familientherapie-Setting, sowie besonders auch als Gruppentherapie durchgeführt. Zeitblocks von Doppelstunden haben sich sowohl im Einzelsetting, wie bei den anderen Formen bewährt, sofern dieser längere, zeitliche Bogen der momentanen Belastbarkeit des Patienten entspricht.

Gruppentherapien mit einem geschlossenen Rahmen haben den Vorteil, nach dem Aufbau einer Vertrauensbasis, in größerem Ausmaß fokussierte Regressionsarbeiten in einer haltgebenden Gruppe durchführen zu können. Für Gruppentherapien sollten auf Wunsch auch Zeit-Blockformen von mehr als 2 Doppelstunden möglich sein, vor allem, um in Regionen mit dünner Therapeutendichte Anfahrtszeit und Therapiezeit in der Balance zu halten. Telefonische Zwischenkontakte oder Tagebuchführen oder Malstunden in Eigenregie könnten bei diesem Setting helfen, längere, therapiefreie Zeiten zu überbrücken.

Bei strukturschwachen Patienten sind kürzere Einheiten in dichteren Abständen sinnvoll. Die zeitliche Sequenz der Termine richtet sich nach Funktion und Bedarf der aktuellen Therapie, die zeitliche Struktur wird in Krisenzeiten anders ausfallen, als bei einer haltgebenden Langzeitstabilisierung. Grundsätzlich soll die Freiheit bestehen, die Therapiesequenz bedarfs- und alltagsgerecht zu gestalten.

Das Behandlungsstunden-Kontingent sollte kassenseitig für alle Verfahren einheitlich gewährt werden, zB. analog der derzeitigen TP- oder VT-Regelung. Eine erhöhte Behandlungsstundenzahl sollte ausschließlich vom Bedarf, von der Struktur und von der Verfassung des Patienten abhängig gemacht werden.

F) Aus- und Weiterbildung

Der Ausbildungsumfang für Gestalttherapie würde sich im Fall einer staatlichen Regelung nach dem Umfang und bestehenden Rahmen des PTGs richten, wie er für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten bereits vorgesehen ist.

Dieser Umfang entspricht im Groben und Ganzen gesehen dem einer Gestalttherapeutischen Psychotherapieausbildung nach den Richtlinien der European Association for Gestalt Therapy (EAGT).

Bei der Abgleichung der Lehrinhalte müsste allerdings, abgesehen von einigen speziell zu berücksichtigenden Themen, intern eine gewisse Umschichtung zugunsten der Selbsterfahrung erfolgen, die in der Gestalttherapie einen deutlich größeren Raum benötigt, als er im PTG vorgesehen ist. Der Spielraum für eine solche Abgleichung ist jedoch im Gesamtrahmen vorhanden, sodass die Abstimmung zu leisten sein dürfte.

Für ein Ärztliches Weiterbildungs-Curriculum analog der Psychotherapie-Zusatzbezeichnung bzw. der fachgebundenen Psychotherapie, sowie der Weiterbildungsordnung für Psychosomatische Medizin können der Bundesärzte-kammer sowie den LÄKs vom Berufsverband (DDGAP) Vorschläge analog zu den bestehenden Strukturen gemacht werden.

G) Verbreitung / nationale und internationale Organisationen

Nationale Organisationen
Dachverbände: Es gibt zwei gestalttherapeutische Dachverbände, nämlich sowohl einen Berufs- wie einen Fachverband:
Deutscher Dachverband GESTALTTHERAPIE
für approbierte Psychotherapeuten e.V., DDGAP (ehem. VÄGP, gegr.1984)
Deutsche Vereinigung Gestalttherapie e.V., DVG (gegründet 1986)
In der DVG sind 10 Ausbildungsinstitute zusammengeschlossen, die sich flächendeckend über ganz Deutschland verteilen und die einen vom Dachverband vorgegebenen Standard erfüllen. Dieser Standard, dessen Qualität einer ständigen Qualitätskontrolle unterliegt, ist wiederum mit dem Europäischen Dachverband EAGT rückgekoppelt.
Außer den 10 DVG-Instituten gibt es noch 10 weitere gestalttherapeutische Ausbildungsinstitute mit eigenen Varianten und Schwerpunkten.

Internationale Organisationen:
European Association of Gestalt Therapy (EAGT), gegr.1985
www.eagt.org/ E-Mail: eagtoffice@planet.nl/ eagt.bakker@planet.nl
Aktueller EAGT-Kongreß: 9.- 12. September in Berlin
Im EAGT sind Dachverbände und Institute folgender Länder vertreten:

Austria (4x), Belgium (3x), CSR, Dänemark (3x), England (9x), Estland, France (13x), Germany, Greece (2x), Ireland, Israel, Italy (17x), Jugoslawia, Lettland (2x), Litauen, Makedonia, Malta (2x), Netherlands (9x), Norway (3x), Poland (2x), Rumänien, Russia (6x), Scottland, Slovenia, Sweden (6x), Switzerland (3x), Spain (5x).
Ausbildungsinstitute auf anderen Kontinenten (unvollständig):
Argentinien (5x), Australien und Neuseeland (13x), Brasilien (4x), Canada (5x), Chile (2x), China/ HongKong (1x), Israel (5x), Japan (2x), Korea (1x), Libanon (1x), Mexico (4x), South Africa (2x), Uruguay (1x), United States of America (36), Venezuela (1x)

20 regelmäßig erscheinende Zeitschriften über Gestalttherapie:
9 in Englisch, 3 in Deutsch, 1 in Italienisch, 2 in Französisch, 1 in Norwegisch, 2 in Spanisch, 1 in Portugiesisch, 1 in Polnisch.
14 Fachliche Diskussionsforen per E-Mail für Gestalttherapeuten

Die gesetzliche gestützte Ausgrenzung der Gestalttherapie, wie auch der anderen Humanistischen Verfahren, aus der Patientenversorgung ist unseres Wissens nur in Deutschland “gelungen”, bzw. zugelassen worden!

VIII Literatur