

**Professionelle
Kompetenzen und
Qualitative Standards:**

***Spezifische
Kompetenzen von
GestalttherapeutInnen***

www.eagt.org

EAGT

European Association for Gestalt Therapy
Established 1985

AutorInnen:

Ivana Vidakovic, Serbien
Jelena Zeleskov – Djoric, Serbien
Jan Roubal, Tschechische Republik
Daan van Baalen, Norwegen
Gianni Francesetti, Italien
Beatrix Wimmer, Österreich

Einleitung

Das Komitee für Professionelle Kompetenzen & Qualitative Standards der EAGT arbeitet an der Definition spezifischer Kompetenzen von GestalttherapeutInnen. Dem EAP-Projekt einer Definition der Kernkompetenzen von ¹PsychotherapeutInnen nachfolgend, beschreibt dieses Dokument, welche spezifischen Kompetenzen unsere Therapierichtung charakterisieren. Dieses Projekt hat im Jahr 2010 seinen Anfang genommen und läuft noch. Derzeit hat die Gruppe einen ersten Entwurf verfasst, der unter interessierten KollegInnen kursierte und von diesen kommentiert wurde. Eine grundlegende Überlegung bei der Annäherung an diesen Text besteht darin, ihn nicht als Richtlinie zu sehen, als etwas, was man tun muss, sondern als Beschreibung von Fähigkeiten, die eine professionelle Gestalttherapeutin haben und derer sie sich bewusst sein sollte, und die sie daher umsetzen kann, wenn es erforderlich ist. Wir wollen kein ideales Profil beschreiben, nach dem sich ein professioneller Gestalttherapeut richten sollte, sondern wir versuchen vielmehr, zu beschreiben, welche Kompetenzen bei diesem Beruf und in dieser Therapierichtung ins Spiel kommen. Nicht alle diese Kompetenzen sind immer gleich relevant, sie spielen nicht in jedem Augenblick eine Rolle und manche von ihnen ruhen in manchen Situationen im Hintergrund oder können auch, abhängig vom Kontext der Situation, überflüssig sein. Jede Gestalttherapeutin verkörpert unterschiedliche und individuelle Abstufungen eines bestimmten Gleichgewichts von Kompetenzen, die zu ihrer Persönlichkeit passen. Die Integration dieser Einzigartigkeit drückt sich in einem spezifischen persönlichen therapeutischen Stil aus. Dieses Kompetenzprofil soll keine vorgegebene Sammlung an Fertigkeiten sein, die man sich alle gleichzeitig aneignen muss. Wir verstehen es vielmehr als Ergebnis eines laufenden Entwicklungsprozesses des eigenen beruflichen Weges und als laufende Entwicklung innerhalb der eigenen beruflichen Erfahrung und Ausbildung.

Die EAP hat bei ihrer Entwicklung der „Kernkompetenzen“ eine Unterteilung in drei Kompetenzebenen von PsychotherapeutInnen vorgeschlagen.

- **„Kernkompetenzen“** – Sie beschreiben jene Kompetenzen, die jede/r Psychotherapeut/in unabhängig von ihrer Ausrichtung anwendet
- **„Spezifische Kompetenzen“** – Dabei handelt es sich um jene Kompetenzen, die in Verbindung mit einer bestimmten Therapierichtung stehen und durch die sich PsychotherapeutInnen verschiedener Richtungen unterscheiden
- **„Spezialisierte Kompetenzen“** – Sie beschreiben Kompetenzen, die notwendig sind, wenn Psychotherapie in besonderen Bereichen (z.B. im Gefängnis) oder mit besonderen Gruppen von KlientInnen (z.B. mit Kindern) durchgeführt wird.

¹ Genderschreibweise abwechselnd. Aus Gründen der Lesbarkeit haben wir die weiblichen und männlichen Formen abwechselnd verwendet. Bei Mehrzahlwörtern verwenden wir das Binnen-I.

Bei der Annäherung an das folgende Profil spezifischer beruflicher Kompetenzen von GestalttherapeutInnen ist es wichtig, einige Aspekte im Hinterkopf zu behalten, um eine Fehlinterpretation dieser Beschreibung zu vermeiden.

Obwohl diese Aspekte implizit und teilweise offensichtlich sind, wollen wir sie explizit auflisten, um dem/r LeserIn einen klaren Bezugsrahmen zum Verständnis und eine Anleitung für den Einstieg in diese 13 Bereiche zu bieten.

Die 13 Bereiche umfassen:

1. Professionelle, unabhängige und verantwortliche Praxis
2. Die Psychotherapeutische Beziehung
3. Exploration (Einschätzung, Diagnose und Konzeptualisierung)
4. Vereinbarungen (Die Entwicklung von Zielen, Plänen und Strategien)
5. Verschiedene Techniken und Interventionen
6. Umgang mit Veränderung, Krisen und Traumaaarbeit
7. Abschluss und Evaluation
8. Die Zusammenarbeit mit KollegInnen anderer Professionen
9. Anwendung von Supervision, Peer - Intevision und Kritischer Evaluierung
10. Ethische und Kulturelle Sensibilität
11. Management und Administration
12. Forschung
13. Prävention und Edukation

Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:

- Das Kompetenzprofil ist deskriptiv, nicht normativ: Es handelt sich nicht um eine Auflistung der Dinge, die GestalttherapeutInnen machen sollten, sondern vielmehr um eine Beschreibung dessen, was sie tun und (im Idealfall) anwenden können, wenn es angebracht oder notwendig ist. So muss zum Beispiel eine PsychotherapeutIn natürlich ihrer KlientIn nicht die Charakteristika ihrer eigenen Fachrichtung erklären, doch sie ist sich bewusst, unter welchen Umständen dies angebracht wäre und auch wie sie machen würde.
- Dieses Profil sollte nicht als Beschreibung eines idealen Psychotherapeuten gelesen werden, in die sich ein realer Therapeut verwandeln sollte. Es handelt sich um eine Beschreibung der Dimensionen von Kompetenzen, die ein Psychotherapeut spontan in unterschiedlichen Modi, abhängig von den Erfordernissen der Situation, anwendet. Sie sind nicht wie Instrumente in einem Werkzeugset, sondern erlernte Fähigkeiten, die sich laufend entwickeln und assimiliert werden, und spontane Interventionen dann ermöglichen, wenn sie notwendig sind.
- Die Komplexität der Kompetenzen impliziert bestimmte sich überschneidende Bereiche zwischen verschiedenen Kompetenzen. Zum Beispiel: Kompetenzen, die die therapeutische Beziehung betreffen, überschneiden sich mit jenen, die ethische Sensibilität oder die Fähigkeit, mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten, beschreiben. Diese Komplexität trifft auf die verschiedenen Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen zu.

- Obwohl diese Kompetenzen getrennt voneinander beschrieben sind, werden die Bereiche als Einheit betrachtet, da alle Kompetenzen in eine einzigartige Gestalt assimiliert werden. Wir können hier an das Bild eines mehrstimmigen Chors denken, der aus einzelnen Stimmen besteht, die in ein integriertes Ganzes zusammenfließen, und in dem einzelne Stimmen nicht mehr voneinander unterschieden werden können.
- Bei der Aneignung und Weiterentwicklung dieser Kompetenzen handelt es sich um einen laufenden Prozess, der nicht am Ende der persönlichen Ausbildung aufhört. Die Kompetenzen stehen in enger Verbindung mit dem eigenen beruflichen Weg, sie werden während der Ausbildung zur Gestalttherapeutin ausgefeilter und entwickeln und verfeinern sich als Teil des persönlichen und beruflichen Wachstums weiter.
- Dieses Kompetenzprofil soll keine definitive Liste sein und das kann es auch gar nicht. Nach einer Phase der Erarbeitung und Klassifizierung haben wir – vorerst – ein fertiges Dokument. Natürlich bleibt dieser Text, der eine Beschreibung dessen, was ein Gestalttherapeut weiß und kann, enthält, ein Dokument in Arbeit, denn keine Beschreibung kann allumfassend sein, oder Kompetenzen können sich im Laufe der Zeit oder im Laufe der Entwicklung der professionellen Gemeinschaft verändern. So haben sich zu Beispiel Forschungskompetenzen während der letzten Jahrzehnte erheblich verändert, so wie auch die Sensibilisierung für verschiedene soziale Aspekte der Gesellschaft.
- Dieses Kompetenzprofil muss im Kontext eines zugrundeliegenden ethischen Kodex betrachtet werden, der selbstverständlich für unseren Beruf ist. Wir dürfen nicht vergessen, dass dieser ethische Kodex normativ und bindend ist, während das Kompetenzprofil deskriptiv ist und inspirieren soll.

Diese Erklärung stammt aus unserer eigenen professionellen Gestaltgemeinschaft in der Absicht, Verantwortung in der Definition unserer eigenen beruflichen Kompetenzen zu übernehmen. Ihr Ziel ist, unsere beruflichen Kompetenzen als GestalttherapeutInnen zu erklären.

Bereich 1

Professionelle, unabhängige und verantwortliche Praxis

Der gestalttherapeutische Ansatz hat die praktische Anwendung der oben beschriebenen allgemeinen Kompetenzen gemein. Es gibt einen spezifischen theoretischen Hintergrund (der Fokus liegt hauptsächlich auf dem In-Kontakt-Treten, der Kontaktgrenze, der Achtsamkeit, der Phänomenologie, dem Dialog, dem Prozess und der Feldtheorie), der die beschriebenen Kompetenzen aus der Perspektive der Theorie der Gestalttherapie untermauert.

Bereich 2

Die psychotherapeutische Beziehung

Sich auf eine bestimmte Art von Beziehungskontakt zu konzentrieren und diesen zu unterstützen, ist ein wesentliches Element des gestalttherapeutischen Ansatzes und eine der wichtigsten Fertigkeiten. Die Weise, in der die Kontakterfahrung in den Fokus gestellt wird, unterscheidet die Gestalttherapie von anderen psychotherapeutischen Schulen. Die Therapeutin hat die Absicht, vollständig anwesend zu sein, und kann kritisch die Bedeutung ihrer Schwierigkeiten, in der therapeutischen Beziehung präsent zu bleiben, reflektieren. Therapeut und Klient sind gleichermaßen in die Beziehung involviert und von ihr betroffen, ihre Erfahrung hat einen gleichen Wert und in diesem Sinne sind sie gleichwertige Partner in dieser Beziehung. Die therapeutische Beziehung ist also gleichwertig, in dem Sinne, dass beide, Therapeutin und Klientin, über gleichwertige Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken, Überzeugungen und menschliche Einzigartigkeit verfügen. Gleichzeitig ist die Beziehung asymmetrisch, nämlich hinsichtlich der Rolle und Verantwortlichkeit das Setting zu halten und im Bezug darauf, was in den Sitzungen und der gesamten Therapie passiert: Der Therapeut ist verantwortlich für den therapeutischen Prozess.

Die Gestalttherapie „...(bringt) brachte Therapeut und Patient zusammen auf die Bühne, um ihre gegenwärtige Beziehung so genau wie möglich zu beleuchten“ (From & Miller, 1994). Die dialogische Beziehung in der Gestalttherapie kann mittels Bubers „Ich und Du“ beschrieben werden, bei dem die menschliche Existenz durch die Art definiert wird, mit der wir miteinander in Dialog treten. Die Ich-Du-Beziehung ist eine direkte interpersonelle Beziehung, innerhalb derer nicht durch ein Bewertungssystem vermittelt wird. Aus diesem Grund ist das Ich-Du kein Mittel zum Zweck, sondern eine ultimative Beziehung, die das gesamte Sein jedes Subjekts umfasst. Doch die Beziehung kann auch als hermeneutischer Zirkel beschrieben werden: Um die Klientin zu verstehen, nutzt die Therapeutin ihr eigenes Verstehen, das sie fortwährend an die Neuheiten anpassen muss, die von der Klientin kommen und in dieser Begegnung entstehen. Das Erleben entsteht an der Kontaktgrenze: „...dass das Erleben an der Grenze zwischen dem Organismus und der Umwelt stattfindet. [...] Wir sprechen davon, mit der Umwelt in Kontakt zu treten, doch der Kontakt ist die einfachste und erste Wirklichkeit. Im Kontakt selbst [...] inszenieren Selbst und Umwelt ihre Begegnungen und treten miteinander in Verbindung. [...] Der Fokus der Gestalttherapie liegt rein auf der Aktivität an der Kontaktgrenze, wo das, was geschieht, beobachtet werden kann“ (Goodman, 1951 in From & Miller, 1994). Der Therapeut kann mit seiner Achtsamkeit

die Qualität der gegenseitigen Präsenz wahrnehmen und passt den Kontakt auf eine Weise an, die die Intentionalität und das Wachstum der Klientin unterstützt.

2.1. GestalttherapeutInnen sind mit folgenden Konzepten vertraut:

- Achtsamkeit
- Phänomenologie: die philosophischen Wurzeln und ihre Konsequenzen für die therapeutische Praxis (wie Erfahrungsphänomene entstehen, der Wert subjektiver Erfahrung, Intersubjektivität, die Tiefe der Oberfläche, Max Wertheimers Konzept des produktiven Denkens – Einsicht mit dem entsprechendem Affekt. etc.).
- Existentialismus: die philosophischen Wurzeln und ihre Konsequenzen für die therapeutische Praxis (Grenzen in menschlichen Beziehungen und Leben, existentielle Themen wie Tod, Freiheit, Verantwortung, etc.).
- Feldtheorie: von Lewins Konzeptualisierung zu neuen Entwicklungen, phänomenologisches Feld, Feld und Situation.
- Holismus: ausgehend von Jan Smuts' Konzeptualisierung zur Einheit von Geist/Körper/Umwelt bis zu neuen Entwicklungen.
- Paradoxe Theorie der Veränderung: Veränderung geschieht, wenn man wird akzeptiert was und/oder wieman ist, anstatt zu erreichen, wie man werden will; Veränderung ist ein natürlicher Wachstumsprozess und geschieht durch fortlaufende Achtsamkeit, Kontakt und Assimilierung.
- Perspektive auf dem „Hier und Jetzt“ und dem „Nächsten“: Eine Betonung der Situation und des Kontaktes zwischen Therapeut und Klient, indem die Achtsamkeit auf den gegenwärtigen Moment und auf die Bewegung hin zum nächsten Moment gelegt in Unterstützung der Kontaktintentionalität.
- Theorie des Selbst in der Gestalttherapie: Das Selbst als Funktion statt als Struktur, als entstehende Funktion an der Kontaktgrenze, Es/Ich/Persönlichkeits-Funktion des Selbst, Ko-Kreation des Erlebens an der Kontaktgrenze und der Prozess der kreativen Anpassung.
- Dynamik von Figur und Hintergrund: Entstehung einer Figur vor einem Hintergrund, Möglichkeiten verschiedener Dynamiken.
- Kontaktsequenz und Unterstützung der Kontaktfunktionen: Die Erfahrung kann mittels einer Sequenz aus Kontaktphasen beschrieben werden, beginnend bei einer Erregung, in Richtung einer Begegnung mit etwas Neuem, hin zu einer Assimilation der Erfahrung und Wachstum.
- Kontaktstile: Stile des In-Kontakt-Seins, Störungen der Es- und Persönlichkeitsfunktionen und Verlust der Ich-Funktion.
- Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung: Die Gestalttherapeutin ist sich dieser Phänomene bewusst, kann sie erkennen und das Neue in der gegenwärtigen Begegnung unterstützen.

2.2. Ein Gestalttherapeut / eine Gestalttherapeutin ist in der Lage:

- sich der Gefühle, Gedanken und Reaktionen bewusst zu sein, die der Klient beim Therapeuten auslöst
- zu verstehen, was mit ihr geschieht, zu welchen Positionen und Rollen sie in dem entstehenden Feld mit der Klientin aufgefordert wird

- das gegenseitige In-Kontakt-Treten unterstützen, indem sie das Es der Situation wahrnimmt, sowohl Wünsche und Bedürfnisse als auch Umweltreize identifiziert und sich ihrer Selbstwahrnehmung bewusst ist.
- sich auf affektive und emotionale Zustände des Klienten einzustimmen.
- Empfindungen und Gefühle zu erkennen und zu benennen und sie auf angebrachte Weise in den spezifischen Feldern und Beziehungen für spezifische Intentionalitäten und Ziele auszudrücken.
- diesen Prozess zu nutzen, um die Kontaktintentionalität der Klientin zu unterstützen.
- Vor-Kontakt aufrecht zu erhalten, indem er die Unsicherheit pflegt und Energie mobilisiert
- die Ko-Kreation von Kontaktfiguren zu unterstützen
- die Qualitäten des Kontakts in deren ästhetische Kriterien zu erkennen und die eigene Anwesenheit, Wahrnehmung und Handlung anzupassen, um die Kontaktqualität zu unterstützen
- die Kontaktintentionalität durch maßgeschneiderte und kreative Experimente zu unterstützen
- den vollen Kontakt zu unterstützen und in ihm zu verweilen
- die Assimilation des Neuen zu unterstützen und eine narrative Fähigkeit zu entwickeln, um Erfahrungen, Veränderungen und Wachstum benennen und teilen zu können
- die Erfahrung im Hintergrund loszulassen und als Unterstützung für weitere Kontakte verfügbar zu halten.
- den Beziehungsereignissen im Lichte der mit der Sitzung und mit dem gesamten therapeutischen Prozess verbundenen Kontaktsequenz Bedeutung zu verleihen
- kritisch die Kontaktphänomene und die therapeutische Beziehung zu reflektieren
- diese Phänomene mit Drittbeteiligten (KollegInnen, SupervisorInnen) teilen und besprechen zu können

Literatur

Buber M. (1979). Ich und Du. Lambert Verlag, 10. Auflage.

From I. & Miller (1994). Introduction. In: Perls F., Hefferline R. & Goodman P. Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality. Highland, NY: Gestalt Journal Press.

Perls F., Hefferline R. & Goodman P. (1979). Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart, Klett-Cotta.

Robine JM. (2011). On the Occasion of an Other. The Gestalt Journal Press, Ind. Gouldsboro

Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer.

Spagnuolo Lobb M. (2013). The Now for Next in Psychotherapy. Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society. FrancoAngeli, Mailand.

Wollants G. (2008/2012). Gestalt Therapy. Therapy of the Situation. Sage, London.

Bereich 3

Exploration -Einschätzung, Diagnose und Konzeptualisierung

In der Gestalttherapie gibt es ein Kontinuum zwischen gesundem und sogenanntem pathologischen Erleben, in dem es keine fest umrissenen Grenzen gibt. Auf dieser Grundlage wurden und werden alle Versuche einer diagnostischen Kategorisierung und Nosologie mit Vorsicht behandelt (Perls, Hefferline & Goodman, 1979). Der Wert, der dem momentanen Erleben und den Möglichkeiten jeder Situation beigemessen wird, unterstreicht die Legitimität und den Wert jeder gelebten Erfahrung. Es ist diese Werthaltung, die eine Kristallisation von Menschen und deren Erfahrungen in fixierte Gestalten verhindert. Historisch gesehen hat diese Position nicht nur in der klinischen Praxis eine große Rolle gespielt, sondern auch in einer Sicht auf die Welt, in der das Individuum und die Therapeutin in Bezug auf die Gemeinschaft betrachtet werden (Goodman, 1990). Nichtsdestotrotz besteht zu diesem Thema weiterer Diskussionsbedarf (Zinker, 1978; Yontef, 1988; Delisle, 1991; Staemmler, 1997, 2002; Spagnuolo Lobb, 2001, 2006, 2005; Amendt-Lyon, 2006; Bloom, 2003; Brownell, 2005; Robine, 2007; Dreitzel, 2011). Eine solche Diskussion ist notwendig, um einen theoretischen Fortschritt zu machen, um Richtlinien für die klinische Arbeit mit Patientinnen zu entwickeln, um den Dialog zwischen KollegInnen unterschiedlicher Modelle zu fördern (Bartuska et al., 2008) und zu guter Letzt, um Studierende auf die klinische Arbeit vorzubereiten (Francesetti & Gecele, 2009; Francesetti et al., 2013). Perls, Hefferline und Goodman betonen, dass Diagnosestellungen gegenwärtig notwendig und riskant sind: „Der Therapeut braucht sein theoretisches Konzept, um auf Kurs zu bleiben und zu wissen, in welcher Richtung er suchen soll. Es ist die erworbene Gewohnheit, die den Hintergrund seiner Kunst bildet, wie in jeder anderen Kunst: wie soll man sich dieser Abstraktion (und daher auch Fixierung) so bedienen, dass man das gegenwärtig Wirkliche nicht verfehlt, und insbesondere das Im-Fluss-Sein dieses Wirklichen? Und wie soll man es vermeiden – ein Problem, das Therapie und Pädagogik und Politik gemeinsam hat- eine Norm durchzusetzen, statt dem anderen seine Möglichkeiten entfalten helfen?“ (Perls, Hefferline und Goodman, 1991, 247)

Eine Gestalttherapeutin betrachtet eine Diagnose nicht als Beschreibung des Klienten, sondern als Werkzeug, das es ihr ermöglicht, ihre Erfahrung mit dem Klienten bedeutungsvoll zu organisieren, und sie somit unterstützt, auf festem Grund zu stehen und in der Begegnung präsent zu sein.

Die spezifischen Kompetenzen eines Gestalttherapeuten bei der Diagnosestellung können auf zwei Ebenen betrachtet werden: Er kennt die aktuellen diagnostischen Systeme und kann sie auf unterstützende Weise für den therapeutischen Prozess und den Kontakt mit dem Klienten einsetzen. In vielen Fällen stammt die Unterstützung aus einem Prozess der Dekonstruktion dieser Etikettierungen um die Einzigartigkeit der persönlichen Erfahrung und des Leidens des spezifischen Patienten zu umfassen. Auf einer anderen Ebene ist er im Stande einen spezifischen gestalttherapeutischen Weg zu nutzen, um zu diagnostizieren: Hierbei handelt es sich um einen Prozess intrinsischer Evaluation, der auf Empfindungen und Wahrnehmungen basiert, so dass er als ästhetische Diagnose bezeichnet werden kann („aisthesis“ aus dem Griechischen, bedeutet „durch die Sinne“). Im Modell der Gestalttherapie ist es bereits eine therapeutische Intervention, darauf aufmerksam zu sein, was Moment für Moment im therapeutischen Kontakt geschieht.

3.1. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut

- ist sich der intrinsischen oder ästhetischen Kriterien einer Evaluation bewusst: Es handelt sich um eine Evaluation der Kontaktqualität, die Moment für Moment stattfindet. Bei einer guten Form von Kontakt zeigt die Dynamik von Figur und Hintergrund Qualitäten wie Anmut, Fließen, Stärke, Klarheit, Harmonie, Rhythmus, etc. auf der höchsten in der gegenwärtigen Situation erreichbaren Ebene. Die Therapeutin spürt den Mangel an diesen Qualitäten, die im ursprünglichen Gründungswerk „Kontaktunterbrechungen“ genannt wurden. Bei einer intrinsischen Evaluation handelt es sich um ein gemeinsam geschaffenes und im Entstehen begriffenes Phänomen an der Kontaktgrenze, um eine prä-kognitive und prä-verbale Evaluation, ein intersubjektives Phänomen. Es ist eine Evaluation, die dem Kontaktprozess immanent ist, und die keine Konfrontation mit externen Normen oder Bezugspunkten braucht. Diese Kompetenz umfasst das Wissen um und die Integration von grundlegenden Konzepten der gestalttherapeutischen Theorie in den eigenen therapeutischen Stil (d.h. Feldtheorie, Holismus, paradoxe Theorie der Veränderung; Hier, Jetzt und „now for next“-Perspektive, Gestalttherapeutische Theorie des Selbst, Es/Ich/Persönlichkeitsfunktionen, Konzept der guten Gestalt; Theorie der Ko-Kreation der Erfahrung an der Kontaktgrenze und kreative Anpassung; Intentionalität und Figur/Hintergrund-Dynamik; Kontaktsequenz und Unterstützung für Kontaktfunktionen; Kontaktstile, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene). Die intrinsische oder ästhetische Diagnose ist eine spezifische Methode und ein Werkzeug der Gestalttherapie und muss in Beziehung zu den grundlegenden theoretischen Konzepten der Theorie und Praxis dieses Modells gesetzt und mit diesen integriert werden. Ein Gestalttherapeut ist ausgebildet um Augenblick für Augenblick aufmerksam dafür zu sein, wie der Kontaktprozess den Regeln einer sich gut formierenden Figur (fließend, anmutig, bedeutungsvoll, etc.) folgt und versteht diesen grundlegenden Aspekt des Prozesses der menschlichen Erfahrung.
- ist sich der nosografischen Hauptssysteme bewusst (d.h. DSM der APA, ICD der WHO) und ist mit ihren Klassifikationen, ihrer Geschichte, ihren Entwicklungszielen und ihrem Anwendungskontext vertraut. Eine Gestalttherapeutin kennt epistemologische Grundlagen und Strukturen, sowie die Klassifikationen der nosografischen Systeme, um ihre therapeutischen Interventionen in einen Rahmen zu setzen, an Forschungsprojekten teilzunehmen und mit Personen anderer Professionen und KollegInnen zu kommunizieren. Gestalttherapeuten sind sich der Begrenzungen und Risiken des nosologischen Ansatzes bewusst, indem das alltägliche Leben zunehmend pathologisiert wird und immer neue Kategorien erfunden werden, die eine Epidemie von falsch positiven Befunden kreieren können. Da sie diese Klassifikationen kennt, kann eine Gestalttherapeutin sie in der therapeutischen Beziehung nutzen und in der professionellen Gemeinschaft kritisieren.
- ist sich der Wirkung und des Einflusses einer intrinsischen oder ästhetischen Diagnose im therapeutischen Prozess bewusst. Eine intrinsische Diagnose stellt bereits eine therapeutische Intervention dar, daher sind intrinsische Diagnosen und Therapie untrennbar miteinander verbunden.

3.2. Ein Gestalttherapeut / eine Gestalttherapeutin ist in der Lage

- die Ressourcen der Patientin, die im therapeutischen Feld präsent sind, zu sehen und nutzen. Die Therapeutin kann das, was in der Patientin, in der therapeutischen Beziehung, in ihrem Feld, in ihren Beziehungen, ihrer Geschichte und Leben positiv, gesund, kreativ und schön ist, erkennen, im Vordergrund halten und im richtigen Augenblick und auf die richtige Weise teilen.
- sich der Qualität des Kontaktes durch Kontaktphänomene, die im Hier und Jetzt durch die Sinne wahrgenommen werden (ästhetische oder intrinsische Diagnose) bewusst zu sein. Ein Gestalttherapeut ist fähig, die Qualität des gegenwärtigen Kontaktes zu erkennen: Kraft, Anmut, Harmonie, Fließen, Fülle, Rhythmus der Erfahrung. Er empfindet die Variationen dieses Prozesses, ist mit ihnen im Einklang und unterstützt die Entwicklung einer guten Form des Kontaktes im Hier und Jetzt.
- sich der Wirkung einer intrinsischen Diagnose im Kontaktprozess bewusst zu sein. Die Gestalttherapeutin weiß, dass ihre eigene Sensibilität und Gestimmtheit bereits einen Einfluss auf den Prozess des Erreichens einer guten Form des Kontaktes haben. Eine Gestalttherapeutin ist sich ihrer eigenen Grenzen bei der Ko-Kreation eines unterstützenden Kontaktes bewusst (eigener Prozess der Therapeutin, spezifische Arten von Leiden oder PatientInnen).
- intrinsische Diagnosen zu nutzen und nach einer guten Form zu streben, um Präsenz, Wahrnehmung, Gefühle und Handlung im therapeutischen Feld anzupassen. Ausgehend von der eigenen Wahrnehmung der Kontaktqualität, kann er seine gegenwärtige Präsenz regulieren, um den Kontaktprozess zu unterstützen. Ein Gestalttherapeut ist nicht nur als diagnostizierender Professionist, sondern auch als authentischer Mensch präsent, kann den Prozess ästhetisch evaluieren – eine Diagnose stellen – und gleichzeitig in einem warmen, akzeptierenden Kontakt bleiben.
- Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene zu erkennen und zu unterscheiden. Die Therapeutin kann erkennen und unterscheiden, welche Gefühle zu ihr gehören und welche zum Patienten, kann zwischen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen unterscheiden und erkennen, welches Feld die therapeutische Begegnung im Hier, im Jetzt und im „now for next“ hervorruft. Eine Gestalttherapeutin erkennt, wie ihre eigene Erfahrung die Diagnose beeinflusst, die sie stellt.
- kritisch zu reflektieren, welche Figuren auf welche Weise im Feld präsent sind. Der Therapeut kann den Inhalt der Erfahrungsfiguren erkennen, die der Patient mitbringt, und versteht, wie sich dieser formieren und gemeinsam geschaffen werden. Ein Gestalttherapeut beachtet sowohl den Inhalt, als auch den Prozess: Was der Patient sagt, wie er es sagt und welche Auswirkungen das auf den Therapeuten und die therapeutische Beziehung hat.
- ihre Arbeit in Verbindung mit der Kontaktsequenz zu beschreiben. Nach der Sitzung kann die Gestalttherapeutin die Kontaktsequenz der Sitzung beschreiben und kritisch reflektieren, ebenso die Unterbrechungen oder einen Verlust der Ich-Funktion, den Ko-Kreationsprozess, den Bedarf an Unterstützung, um eine gute Form zu erreichen, die Kontaktqualität und die weiteren Möglichkeiten der Intervention.
- ihre Achtsamkeit während der Sitzung kritisch zu reflektieren. Nach der Sitzung kann der Gestalttherapeut beschreiben, wie sie sich selbst im Feld nutzt und welche Bereiche der Achtsamkeit sie in ihrer Arbeit verwendet hat und kritisch reflektieren, welche Entscheidungen sie in ihrer Arbeit getroffen hat.

- nosografische Systeme auf dialogische und hermeneutische Weise zu nutzen. Das bedeutet, dass sie diese Informationen als Konzepte in den therapeutischen Prozess bringt, die „durchgekaut“ und assimiliert werden müssen. Was bezüglich Diagnose(n) oder Psychopathologie bereits bekannt ist, muss wie in einem hermeneutischen Zirkel in die Beziehung gebracht werden: Dieses Wissen muss ausgeklammert und – wenn von Nutzen – mit der Patientin geteilt werden, um den therapeutischen Prozess zu unterstützen. Der Therapeut konzentriert sich vielmehr auf den Prozess der Diagnosestellung, als auf die diagnostische Bezeichnung, die immer reduziert und fixiert, während der Mensch sich stetig verändert und nicht vollständig definiert werden kann. Die Diagnose erscheint in einem spezifischen Kontext (Lebensgeschichte und Beziehungen der Patientin, therapeutische Beziehung) und interagiert damit, die Diagnose ist ein Feldphänomen.
- sich aus klinischer und soziokultureller Sichtweise des Einflusses und des Risikos, nosografische Systeme zu kennen, bewusst zu sein. Eine Gestalttherapeutin muss erkennen, welches Risiko es birgt, nosologische Systeme zu kennen und zu nutzen, weil es sie in die Position bringt, die Patientin mit einer Etikettierung zu versehen. Sie muss sich dessen bewusst sein, dass nosografische Systeme dem Leiden auf eine Weise Form geben, die durch einen spezifischen soziokulturellen Kontext und spezifische komplexe Ziele bestimmt wird (d.h. nicht nur für klinische Interventionen, sondern auch für rechtliche Bestimmungen, soziale Kontrolle, Verschreibung von Medikamenten, etc.).
- nosografische Diagnosen zu konstruieren und zu dekonstruieren. Patienten kommen oft mit einer bereits gestellten Diagnose in die Therapie und der Therapeut muss fähig sein, diese Diagnose gemeinsam mit ihnen willkommen zu heißen, zu verstehen und zu hinterfragen, um ein wahrhaftiges, kritisches und unterstützendes Verstehen des diagnostischen Prozesses zu fördern.
- nosografische Systeme als Werkzeuge nutzen, um den Kontakt und den therapeutischen Prozess zu unterstützen. Das Wissen um nosografische Systeme zielt darauf ab, den therapeutischen Prozess zu unterstützen. Eine Gestalttherapeutin nimmt die unerfüllten Bedürfnisse und Traumata des Patienten wahr und ist achtsam, um diese in der therapeutischen Beziehung nicht auf schädliche Weise zu wiederholen.

Literatur

- Amendt-Lyon N. (2003). Auf dem Weg zu einem gestalttherapeutischen Konzept zur Förderung des schöpferischen Prozesses. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer.
- Bartuska H., Buchsbaumer M., Mehta G., Pawlowsky G., Wiesnagrotzki S. (2008). Psychotherapeutic Diagnostics. Springer Verlag, Wien.
- Bloom D.J. (2003). „Tiger! Tiger! Hell entfacht!“ Ästhetische Werte als klinische Werte in der Gestalttherapie. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer.
- Brownell P. (2005). Gestalt Therapy in Community Mental Health. In: Woldt A.L. & Toman S.M. (Hg.). Gestalt Therapy. History, Theory and Practice. SAGE Publications, Kalifornien, USA.

- Delisle G. (1991). A Gestalt Perspective of Personality Disorders. *The British Gestalt Journal*, 1, S. 42-50.
- Francesetti G. & Gecele M. (2009). „Gestalt Therapy Perspective on Psychopathology and Diagnosis“. *British Gestalt Journal*, 18, 2, S. 5-20.
- Francesetti G., Gecele M. & Roubal J. (Hg.) (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice*. FrancoAngeli, Mailand.
- Gadamer G.H. (1960). *Wahrheit und Methode*. J.C.B. Mohr, Tübingen.
- Goodman P. (1990). *Communitas: Means of Livelihood and Ways of Life*. Überarbeitete 3. Ausgabe, Columbia University Press, New York.
- Perls F., Hefferline R. & Goodman P. (1979). *Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Perls F., Hefferline R. & Goodman P. (1991). *Gestalttherapie. Grundlagen*. München, dtv/Klett-Cotta.
- Perls F., Hefferline R. & Goodman P. (1994). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. The Gestalt Journal Press, Gouldsboro (Maine).
- Robine J.-M. (2006). *La psychothérapie comme esthétique*. L'Exprimérie, Bordeaux.
- Robine J.-M. (2007). *Il dispiegarsi del sé nel contatto*. FrancoAngeli, Mailand.
- Roubal J., Gecele M. & Francesetti G. (2012). *Gestalt Approach to Diagnosis*. In: Francesetti G., Gecele M. & Francesetti G. (Hg.). *Gestalt Therapy in Clinical Practice*. FrancoAngeli, Mailand.
- Spagnuolo Lobb M. (2001). From the epistemology of self to clinical specificity of Gestalt Therapy. In: *Contact and Relationship in a Field Perspective*. L'Exprimérie, Brodeaux, S. 549-65.
- Spagnuolo Lobb M. (2003). Die therapeutische Begegnung – eine improvisierte Kokreation. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): *Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung*. Wien, New York: Springer.
- Spagnuolo Lobb M. (2005). *Classical Gestalt Therapy Theory*. In: Woldt A.L. & Toman S.M. (Hg.). *Gestalt Therapy. History, Theory and Practice*. SAGE Publications, Kalifornien, USA.
- Staemmler F.M. (1997). „On Cultivating Uncertainty: an Attitude for Gestalt Therapists“. *British Gestalt Journal*, 6, 1.
- Staemmler F.M. (2002). „Dialogical Diagnosis: Changing through understanding“. *Australian Gestalt Journal* 6/1, S. 19-32.
- Wheeler G. & McConville M. (2002). *The Heart of Development. Gestalt Approaches to Working with Children, Adolescents and their Worlds – Bd. 1: Childhood*. Gestalt Press, Gouldsboro (Maine).
- Yontef G.M. (1988). „Assimilating Diagnostic and Psychoanalytic Perspective into Gestalt Therapy“. *Gestalt Journal*, XI (1), S. 5-32.
- Yontef G.M. (1993). *Awareness, Dialogue and Process. Essays on Gestalt Therapy*. Gestalt Journal Press, Highland, New York.
- Zinker J. (1978). *Creative Process in Gestalt Therapy*. First Vintage Books Edition, New York.

Bereich 4

Vereinbarungen- Die Entwicklung von Zielen, Plänen und Strategien

In der Gestalttherapie wird die therapeutische Beziehung als Prozess betrachtet, der in der spezifischen Situation mit der spezifischen Patientin, basierend auf deren

Bedürfnissen und den Ressourcen des Feldes, gemeinsam geschaffen wird. Eine Gestalttherapeutin kann also alle Aspekte des Feldes evaluieren und berücksichtigen und unterschiedliche Arbeitsweisen anpassen, um die Möglichkeiten jeder spezifischen Klientin und jedes Feldes zu unterstützen.

4.1. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut ist kompetent

4.1.1. Den Kontaktprozess zu evaluieren

- eine intrinsische Evaluierung vorzunehmen. In der Gestalttherapie umfasst der Evaluierungsprozess nicht nur eine Evaluierung der Patientin, sondern auch jene des Kontaktprozesses, der während der therapeutischen Begegnung entsteht. Dies ist Teil des Prozesses, der zu der Entscheidung führt, die Therapie mit dieser spezifischen Patientin zu beginnen und ihr eine spezifische Vereinbarung vorzuschlagen. Eine intrinsische Evaluierung impliziert eine ganzheitliche Evaluierung der Kontaktqualitäten während der Sitzung (siehe auch Bereich 3). Eine Gestalttherapeutin berücksichtigt das Erleben der Patientin ebenso wie ihr eigenes Erleben der therapeutischen Begegnung. Sie ist geübt darin, sich ihrer eigenen Empfindungen, Gefühle und Körperprozesse bewusst zu sein. Diese Art von Information stellt einen wertvollen Beitrag zur Evaluierung am Beginn des Therapieprozesses dar. Sie kann diese Elemente in den Sitzungsprozess integrieren, um die Evaluierung selbst und den Kontaktprozess zu unterstützen.
- die intrinsische Evaluation nach der Sitzung kritisch zu reflektieren: Nach der Sitzung kann ein Gestalttherapeut die Kontaktqualitäten, die er während der Sitzung empfunden hat, kritisch reflektieren und beschreiben, um zu verstehen, was im Kontaktprozess geschehen ist, um sich zu entscheiden, ob er mit diesem Patienten eine Therapie durchführen wird, um sich für eine spezifische Vereinbarung zu entscheiden, um das Material mit in die Supervision zu bringen, etc. Genauer gesagt kann er diese Themen kritisch reflektieren und diskutieren: die Möglichkeiten und Schwierigkeiten des In-Kontakt-Tretens – die Art, auf die Therapeut und Patient die Kontaktphasen erleben: Vorkontakt, Kontaktabahnung, Kontaktvollzug, Nachkontakt; die Qualität der Figur/Hintergrund-Dynamik; die empfundene Unterstützung aus Es- und Persönlichkeitsfunktionen, die Möglichkeit, Entscheidungen aus der Ich-Funktion heraus zu treffen, die Qualität der Achtsamkeit und die Präsenz an der Kontaktgrenze; die Beschaffenheit des Grundes des Patienten; Ressourcen und das Gelingen des Prozesses beiderseitiger kreativer Anpassung. Zum Beispiel: Er kann feststellen, welche Art von Kontaktschwierigkeiten mit diesem Patienten an der Kontaktgrenze entstehen oder ob das Beziehungsfeld, das er gemeinsam mit dem Patienten erschafft, psychotischer oder neurotischer Natur ist.
- eine extrinsische Evaluation vorzunehmen: Das bedeutet, die klinische Situation zu verstehen, indem sie sie mit externen Modellen oder Bezugsrahmen vergleicht. Dabei kann es sich um gestalttherapeutische Werkzeuge und Konzepte handeln (d.h. Kontaktstile und -modalitäten) oder um aktuelle psychopathologische und diagnostische Systeme handeln. Eine Gestalttherapeutin kann diese Konzepte und Kategorien mit der gegenwärtigen Situation verbinden (siehe auch Bereich 3). Auf diesen Grundlagen kann sie diagnostische Hypothesen, Arbeitsmöglichkeiten, zu erwartende Schwierigkeiten, mögliche Risiken, therapeutische Schritte und Phasen und eine

prognostische Hypothese formulieren und diskutieren. Sie kann diese Ergebnisse auch in einer geeigneten Terminologie mit KollegInnen anderer Fachrichtungen und Therapieformen diskutieren.

- entscheiden, ob er für die Patientin geeignet ist. Ein Gestalttherapeut ist fähig, zu erkennen, ob eine Patientin für ihn geeignet ist: Dies impliziert, sich seiner eigenen Grenzen bewusst zu sein – in der Ausbildung, in der Kompetenz und in der Erfahrung. Er kann auch erkennen, ob die Probleme der Patientin in der spezifischen Lebensphase des Therapeuten schwierig zu behandeln sind. So kann der Therapeut zum Beispiel kürzlich denselben Verlust erlitten haben wie die Patientin, daher könnte es schwierig sein, mit dieser Erfahrung zu arbeiten. Außerdem kann eine Patientin aufgrund eines Problems der Wahrung von Grenzen / Rollenkonflikt nicht geeignet sein etwa wenn der Therapeut gleichzeitig Ausbilder oder Supervisor ist; wenn die Patientin eine Verwandte oder Freundin oder Verwandte oder Freundin einer anderen Patientin ist; wenn die Möglichkeit besteht, sie außerhalb der Therapie zu treffen. All diese Punkte müssen berücksichtigt und schließlich in der Therapie besprochen und auf dialogische Weise erkundet werden, um die sicherste und am besten unterstützende Lösung zu finden. Wenn angemessen, muss der Gestalttherapeut die Patientin an eine Kollegin überweisen, so unterstützend wie möglich, in Anbetracht des Gefühls, dass die Patientin bei einer Ablehnung erleben kann.
- ein unterstützendes Feedback zu geben. Eine Gestalttherapeutin kann dem Patienten, basierend auf den obigen Evaluierungen, und gemäß den Bedürfnissen und Fragen des Patienten eine Rückmeldung geben. Sie kann die Ressourcen und positiven Aspekte des Patienten und seiner Situation und die Entwicklungsmöglichkeiten identifizieren und in den Vordergrund stellen. Sie ist klar, authentisch, unterstützend und entwicklungsorientiert, um die Bewegung der Beziehung in Richtung der nächsten therapeutischen Schritte zu fördern.

4.2. Eine Vereinbarung schließen

- Ziele und Strategien. Der phänomenologische Ansatz der Gestalttherapie basiert nicht auf geplanten Strategien, sondern auf der Unterstützung der kreativen Anpassung in der gegenwärtigen therapeutischen Situation. Das bedeutet nicht, dass die Gestalttherapeutin unwissend bezüglich der Art und Weise ist, wie spezifische Leiden Unterstützung benötigen und wie sie sich üblicherweise entwickeln, sondern dass sie offen und neugierig gegenüber der Einzigartigkeit der Situation dieser spezifischen Patientin und gegenüber diesem wundersamen und nicht reproduzierbarem Weg einer Therapie bleibt. Normalerweise gibt es keine explizite Definition von spezifischen therapeutischen Zielen, Erfolgen oder Strategien. Doch falls diese Themen in der therapeutischen Vereinbarung als Bedürfnis auftauchen, und sie unterstützen können, werden sie fokussiert und besprochen. Eine Gestalttherapeutin schätzt und ermutigt die positive und aggressive Intentionalität der Patientin und achtet darauf, dass die therapeutische Richtung in der therapeutischen Begegnung gemeinsam erschaffen wird. Das bedeutet, dass Ziele gesetzt werden können, dass sie jedoch nicht von Therapeutin oder Patientin „geschluckt“ werden: Beide tragen zur gemeinsamen Erschaffung der Vereinbarung bei, mit ihren Grenzen und Möglichkeiten. Die Therapeutin geht mit der Patientin fortwährend eine Vereinbarung ein und passt ihren Ansatz an die tatsächlichen Bedürfnisse der

Patientin und an ihre eigenen Möglichkeiten und Ressourcen an. Es gibt explizite Punkte einer gemeinsamen (Therapeutin und Patientin) Evaluation des vergangenen Therapieprozesses und ein gemeinsames Skizzieren der zukünftigen Bedürfnisse für den künftigen Therapieprozess. Dies bietet auch die Chance, gemeinsam zu betrachten, ob die unterstützenden und stimulierenden Funktionen der Therapie für die Patientin in einer guten Balance sind. Diese Aspekte einer gemeinsamen expliziten neuen Vereinbarung können im Verlauf des therapeutischen Prozesses spontan auftauchen. Wenn nicht, kann dies von der Therapeutin angeregt werden. Manchmal hat die Patientin in der allerersten Phase der Therapie keine Möglichkeit, eine Entscheidung zu treffen (zum Beispiel, wenn die Patientin an psychotischem Erleben leidet): In diesen Fällen kann die Therapeutin die beste Unterstützung für sie wählen und darauf achten, die Vereinbarung dann gemeinsam zu betrachten, wenn es möglich ist.

- Nach der ersten Vereinbarung ist der Therapeut offen, seinen Ansatz laufend an die aktuellen Bedürfnisse des Patienten und an seine eigenen Möglichkeiten und Ressourcen anzupassen. Es gibt Momente, in denen der vergangene therapeutische Prozess explizit gemeinsam evaluiert wird und die Bedürfnisse für den laufenden und zukünftigen Therapieprozess besprochen werden. Dies eröffnet auch die Möglichkeit, mit dem Patienten zu betrachten, ob die unterstützenden und stimulierenden Funktionen der Therapie ausgewogen sind. Diese Augenblicke expliziter und gemeinsamer Evaluation können im Lauf der Therapie spontan auftauchen; wenn nicht, kann der Therapeut sie in den Vordergrund holen, wenn sie den therapeutischen Prozess unterstützen. Selbst jene Teile der Vereinbarung, die aufgrund kontextueller Einschränkungen nicht verändert werden können (z.B. die Anzahl der Sitzungen im öffentlichen Gesundheitsdienst) müssen in geeigneter Weise besprochen werden.
- Das Setting: Einer der wichtigsten Aspekte der Vereinbarung ist die Wahl der Art des Settings. Die Therapeutin – basierend auf ihrer Erfahrung, ihrem Wissen und der Einschätzung der Situation – und der Patient – basierend auf seinen Bedürfnissen und Wünschen – wählen eine Einzel- oder Gruppentherapie, oder das Setting einer Paar- oder Familientherapie. Dies ergibt sich aus den Interessen und Bedürfnissen des Patienten. Eine Gestalttherapeutin kann in all diesen Settings ausgebildet sein. Diese Entscheidung muss die beste Unterstützung für den Patienten sichern und muss klar identifiziert und definiert werden. Die Therapeutin muss mit möglichen Veränderungen des Settings während der Therapie klar umgehen und darauf achten, dass dies auf klare und respektvolle Weise die beste Unterstützung für den Patienten (oder PatientInnen) ist.
- Dauer und Frequenz der Therapie. Üblicherweise wird die Dauer der Therapie nicht vorher definiert, außer es gibt Einschränkungen der Situation (z.B. die Krankenkasse zahlt nur eine maximale Anzahl an Sitzungen) oder ein Bedürfnis, das Patientin oder Therapeut in die Therapie bringen. In diesen Fällen muss dieser Aspekt von Anfang an klar definiert werden. Diese Parameter sind Funktionen des Feldes und Dauer und Frequenz sind abhängig von den entstehenden Bedürfnissen der Patientin und der therapeutischen Beziehung. Diese Themen müssen in der Therapie auf dialogische Weise besprochen werden. Normalerweise ist die Frequenz der Sitzungen wöchentlich, doch man kann sich auch anders entscheiden, um die beste therapeutische Unterstützung zu erwirken. Es ist üblich, dass die Therapie ein laufender Prozess ist, doch manchmal muss man unregelmäßig oder mit Pausen arbeiten. Ein Gestalttherapeut kann unterscheiden, ob eine Bitte zu Dauer oder Frequenz das

Ziel hat, den therapeutischen Prozess zu unterstützen, oder ob damit wichtige Themen vermieden werden sollen. Er ist sich dessen bewusst, dass selbst Letzteres das Ergebnis eines Bedürfnisses nach Unterstützung in der therapeutischen Beziehung ist. Er kann sich mittels seiner Aufmerksamkeit, des dialogischen Prozesses mit der Patientin und der Unterstützung durch Inter- oder Supervision bezüglich seiner Möglichkeiten zur Intervention orientieren.

Literatur

- Amendt-Lyon N. (2003). Auf dem Weg zu einem gestalttherapeutischen Konzept zur Förderung des schöpferischen Prozesses. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): *Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung*. Wien, New York: Springer.
- Bloom D.J. (in Kürze erscheinend). „The Phenomenological Method of Gestalt Therapy: Revisiting Husserl to Discover the ‘Essence’ of Gestalt Therapy. *Gestalt Review*.
- Brownell P. (2005). Gestalt Therapy in Community Mental Health. In: Woldt A.L. & Toman S.M. (Hg.). *Gestalt Therapy. History, Theory and Practice*. SAGE Publications, inc.
- Francesetti G. & Gecele M. (2009). „Gestalt Therapy Perspective on Psychopathology and Diagnosis“, *British Gestalt Journal*, 18, 2, 5-20.
- Francesetti G., Gecele M. & Roubal J. (2013) *Gestalt Therapy in Clinical Practice*. FrancoAngeli, Mailand.
- Perls F., Hefferline R. & Goodman P. (1979). *Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Philippson P. (2009). *The emergent Self. An Existential-Gestalt Approach*. Karnak Books, Ltd, London.
- Robine J.-M. (2007) *Il dispiegarsi del sé nel contatto*. FrancoAngeli, Mailand.
- Spagnuolo Lobb M. (2003). Die therapeutische Begegnung – eine improvisierte Kokreation. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): *Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung*. Wien, New York: Springer.
- Spagnuolo Lobb M. (2005a). Classical Gestalt Therapy Theory. In: Woldt A.L. & Toman S.M. (Hg.). *Gestalt Therapy. History, Theory and Practice*. SAGE Publications, Kalifornien, USA, S. 21-39.
- Spagnuolo Lobb M. (2007c). Creative Adjustment As Healing Task: The Import of Gestalt Therapy in our Present Society. Leitmotivrede präsentiert bei der Konferenz „Creativity and Gestalt: An International Celebration. 8.-11. August 2007, organisiert vom Gestalt Institute of Cleveland, Ohio, USA.
- Staemmler F.M. (1997). „On cultivating Uncertainty: an Attitude for Gestalt Therapists“. *British Gestalt Journal*, 6, 1.
- Staemmler F.M. (2006). „The Willingness to be Uncertain – Preliminary Thoughts about Interpretation and Understanding in Gestalt Therapy“. *International Gestalt Journal*, 29/2, S. 11-42.
- Yontef G.M. (2001). Relational Gestalt Therapy. In: Robine J.-M. (Hg.). *Contact and Relationship in a Field Perspective*. L’Exprimérie, Bordeaux, S. 79-94.
- Zinker J. (1978). *Creative Process in Gestalt Therapy*. First Vintage Books Edition, New York.

Bereich 5

Verschiedene Techniken und Interventionen

Einleitung

GestalttherapeutInnen teilen die Bedeutung der allgemeinen therapeutischen Interventionen, die in den Kernkompetenzen beschrieben werden (eine „funktionale Arbeitsallianz“ herstellen, den emotionalen Inhalt der Sitzungen koordinieren und „andere Techniken“ und Interventionen anwenden). GestalttherapeutInnen sind besonders vorsichtig, um der Gefahr entgegenzuwirken, dass die Gestalttherapie nur als eine Reihe nützlicher Techniken wahrgenommen wird. Eine Intervention muss gut im theoretischen Hintergrund der gestalttherapeutischen Theorie und dem Kontaktprozess in der therapeutischen Situation verankert sein.

Laut Laura Perls können GestalttherapeutInnen eine große Anzahl therapeutischer Interventionen in ihre Arbeit integrieren, solange diese existentiell-phänomenologisch, erfahrungsorientiert und experimentell sind (L. Perls in Amendt-Lyon, 2003). Die Psychotherapie ist ebenso Kunst wie Wissenschaft und daher sind die Intuition und die Unmittelbarkeit für eine gute Therapeutin genauso wichtig wie eine wissenschaftliche Ausbildung (L. Perls, 1978). Ein Gestalttherapeut unterstützt die gemeinsame Erschaffung einer bedeutungsvollen Erfahrung an der Kontaktgrenze, lässt die spezifischen Intentionalitäten in der therapeutischen Situation entstehen und folgt den ästhetischen Evaluationskriterien (Perls, Hefferline & Goodman, 1979; Bloom, 2003; Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2006). Der Gestaltansatz basiert also auf Kreativität und Flexibilität (Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2006; Zinker, 2004), er schätzt die Intuition der Therapeutin. Außerdem werden bei einem verbalen Dialog eine Reihe non-verbaler Werkzeuge und Körperarbeit genutzt.

5.1. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut ist mit folgenden Konzepten vertraut:

- Achtsamkeit, Kontakt und Experiment können als die drei grundlegenden therapeutischen Instrumente des Gestaltansatzes betrachtet werden (M. Polster, 2005). Therapeutische Interventionen müssen Achtsamkeit und Kontakt fördern. Die Therapeutin verwendet Interventionen, um das natürliche Veränderungspotential der Klientin (gemäß der paradoxen Theorie der Veränderung) zu unterstützen, doch die Therapeutin ist nicht die Vertreterin der Veränderung.
- Die Feldtheorie bietet den grundlegenden „kognitiven Klebstoff“ (Yontef, 1993), der die verschiedenen praktischen Anwendungen der Prinzipien der Theorie der Gestalttherapie integriert. Ein Gestalttherapeut sieht die wechselseitige Verbundenheit von Klient und Situation, wo sich alle Aspekte gegenseitig beeinflussen und beständig verändern und wo das Selbst ein intersubjektives und im Entstehen begriffenes Phänomen des Feldes ist. Der Gestalttherapeut kann die lineare und dichotome Art zu denken überwinden. Der Therapeut betrachtet sich selbst als Teil der therapeutischen Situation und ihr Erleben als Feldphänomen, das er mit Neugier als wertvolle Informationsquelle nutzen kann. Er sieht die Schwierigkeiten des Klienten als kreative Anpassung, als die beste Art und Weise, im Moment zurechtzukommen. Der Therapeut erkundet gemeinsam mit dem Klienten wie sich das gegenwärtige Feld organisiert und konzentriert sich auf verschiedene Aspekte des Feldes (therapeutische

Beziehung, Gefühle, Gedanken und körperliches Erleben des Klienten und des Therapeuten, etc.). Er kann flexibel zwischen der „Hier und Jetzt“ Perspektive und dem breiteren Feld außerhalb der therapeutischen Situation, einschließlich der früheren Beziehungsmuster aus der Geschichte des Klienten, hin und her wechseln. Er kann diese beiden unterschiedlichen Schwerpunkte so nutzen, dass sie einander bereichern.

- Die Gestalttherapie baut auf Martin Bubers synthetischer These der dialogischen Existenz (Buber, 1923, 1990) auf und nutzt Bubers Prinzip der dialogischen Beziehung in der Therapie. Gleichzeitig arbeitet die Gestalttherapie mit intentionalen Interventionen, wie zum Beispiel Experimenten. GestalttherapeutInnen schaffen auf kreative Weise einen Ausgleich zwischen dialogischen und aufgabenorientierten Momenten: Eines kann mehr im Vordergrund, das Andere eher im Hintergrund stehen und im nächsten Augenblick können sie langsam ihre Positionen wechseln. Beide Aspekte sind immer präsent und es existiert eine kreative Spannung zwischen Sein und Tun (Greenberg, 1997), zwischen dem östlichen Fokus auf Achtsamkeit, dem Sein im Hier und Jetzt, und dem westlichen Schwerpunkt auf Handlung und Tun (Melnick, 2005).

5.2. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut

- lässt sich bei Interventionen von den theoretischen Konzepten der gestalttherapeutischen Theorie leiten und passt sie gleichzeitig an die konkrete therapeutische Situationen an.
- Achtsamkeit
Eine grundlegende Aufgabe der Therapeutin ist es, der Klientin sichere und unterstützende Bedingungen zu bieten, unter denen sie ihre Achtsamkeit und Bewusstheit erweitern kann. Dies kann der Klientin helfen, eine freie Wahl zu treffen und Verantwortung für die Art und Weise zu übernehmen, auf die sie mit der Umwelt und sich selbst in Beziehung tritt.
- Kontakt
Der Therapeut konzentriert sich auf den Kontakt im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation. Er unterstützt die Ko-Kreation der Erfahrung an der Kontaktgrenze. Der Therapeut hilft dem Klienten, zu beobachten, wie die gewohnten Muster des In-Beziehung-Tretens in der Weise entstehen, in der Klient und Therapeut einen Kontakt herstellen. Der Therapeut bietet sichere Bedingungen, unter denen der Klient auch neue, kreative Wege des In-Kontakt-Tretens ausprobieren kann.
- Paradoxe Theorie der Veränderung
Veränderung kommt, wenn ein Mensch der wird, der er ist (Beisser, 1970). Eine Gestalttherapeutin drängt nicht auf Veränderung, sie kann den therapeutischen Prozess fließen lassen und akzeptieren, was ist. Auf diese Weise ermöglicht sie, dass Veränderung passiert.
- Fokus auf den Prozess
Der Gestalttherapeut beobachtet, wie und auf welche Weise etwas während der Dynamik des psychotherapeutischen Prozesses geschieht und wie die Figur/Hintergrund-Dynamik sich während der Sitzung entfaltet, in der die wichtigen Dinge für den Klienten auf natürliche Weise in den Vordergrund kommen.

➤ Experimente

Ein Experiment basiert auf Handlung und direkter Erfahrung anstatt auf Nachdenken und Beschreibungen. In der therapeutischen Situation hilft die Therapeutin dem Klienten aktiv, seine Bewusstheit zu erweitern (Mackewn, 1999) und sich seinem Potential anzunähern. Die Therapeutin schlägt vor, mit einer bestimmten Veränderung des Ausdrucks oder des Verhaltens zu experimentieren, und in einem Dialog mit dem Klienten schaffen sie gemeinsam eine experimentelle Situation. Die Therapeutin kann einen sicheren Ort schaffen, an dem der Klient seine Angst, sich außerhalb des Vertrauten zu bewegen annehmen und riskieren kann, sich anders zu verhalten (Philippson, 2001). Der Anfang eines Experiments ist prozessorientiert; das grundlegende Vorgehen heißt Lernen durch Handeln. Eine Gestalttherapeutin unterscheidet zwischen Technik und Experiment. Eine Technik ist – anders als ein Experiment – eine vorbereitete Übung, die einen bestimmten Zustand herbeiführen oder den Klienten einem bestimmten Ziel näherbringen soll (z.B. eine Entspannungsübung). Ein Experiment entsteht aus dem Prozess der therapeutischen Beziehung (Amendt-Lyon, 2003), wird von der Neugier der Therapeutin unterstützt und weder von der Therapeutin, noch vom Klienten kontrolliert (Mackwen, 1999). Anstrengungen, ein bestimmtes Ergebnis des Experiments zu erwirken, beiseite zu legen, ist eine grundlegende Fähigkeit der Therapeutin, weil das Experiment im Wesentlichen auf Prozessziele ausgerichtet ist (Joyce & Sills, 2006), die nicht geplant werden können. Ein vorausgeplantes Ziel zu haben impliziert eine Definition, wie der Patient sein, fühlen oder handeln soll und kann nicht nur ineffektiv, sondern sogar gefährlich sein. Ein Experiment hebt die Umrisse der Figur hervor, die im gemeinsamen Feld von Therapeutin und Klient entsteht (Roubal, 2009). Beispiele bekannter Experimente umfassen: den „leeren Stuhl“, die Übertreibung einer Bewegung oder eines Sprachmusters, das Wiederholen verschiedener Sätze, die Umkehrung, um die Polarität zu erkunden, die Kontrolle direkter Sinneseindrücke (Sehen, Hören und Fühlen), die Bewegung von einem Sinn zum anderen (visuell, akustisch, motorisch), eine Veränderung der Distanz oder ein Wechsel der Position zwischen Therapeutin und Klient und die Traumarbeit. Die Therapeutin kennt den geeigneten Zeitpunkt und die geeignete Intensität des Experiments (Zinker, 2004; Joyce & Sills, 2006) im Hinblick auf die verfügbaren äußeren Stützen und die selbstunterstützenden Systeme.

➤ Die Anwendung einer phänomenologischen Methode

ermöglicht, das subjektive Erleben der Klientin und ihrer Bedeutung für sie zu erkunden. Der Therapeut kann sein eigenes Verstehen bewusst „ausklammern“, beiseitelegen und sich dessen bewusst sein. Er kann seinen Fokus erst auf den Hintergrund und dann wieder auf den Vordergrund legen, ohne Bewertung beschreiben, was er mit den Sinnen wahrnimmt, und betrachtet alle Phänomene als potentiell gleichwertig und wichtig (Fleming Crocker, 2009; Bloom, im Erscheinen).

➤ Einen existentiellen Dialog eingehen.

Ein Gestalttherapeut kann einer Klientin authentisch und persönlich begegnen und ist offen für die gemeinsam geschaffene Erfahrung, die sowohl Klientin als auch Therapeut beeinflusst und verändert. Der Kontakt zwischen Therapeut und Klient bildet einen Grund, auf dem eine heilende Ich-Du-Begegnung stattfinden kann. Dabei akzeptiert der Therapeut den/die Andere(n) (und sich selbst) und ist nicht um Veränderung bemüht. Der Therapeut ist der „Inklusion“ mächtig, er

versucht, so gut wie möglich zu erspüren, wie es ist, ein anderer Mensch (die Klientin) zu sein, ohne seine eigene einzigartige Existenz als ein anderer Mensch (der Therapeut) aufzugeben. Der Therapeut bestätigt die Existenz der Klientin so wie sie ist, ist als Mensch authentisch präsent und „überlässt sich“, ohne im Dialog auf etwas abzielen. Der Therapeut kann den intersubjektiven gegenseitigen Prozess mit einer im Entstehen begriffenen Dimension wahrnehmen, die über das Individuum hinausgeht. Der Therapeut kann mit „Übertragungs-“, und „Gegenübertragungsphänomenen“ als „Ko-Übertragung“ (Joyce & Sills, 2006) umgehen, einer gegenseitigen und gemeinsam geschaffenen Erfahrung, die sich aus beiden Aspekten formt, den früheren Mustern und neuen kreativen Möglichkeiten des In-Kontakt-Tretens.

5.3. Schlussfolgerung

- Eine gestalttherapeutische Intervention basiert auf der Erkundung dessen, was an der Kontaktgrenze anwesend ist.
- Diese Erkundung konzentriert sich auf die therapeutische Situation und unterstützt die entstehenden Intentionalitäten.
- Die Situation ist immer so gut wie möglich ganz und geschlossen (Prägnanz und Schließen) und kann sich gemäß der paradoxen Theorie der Veränderung verändern.
- Die Therapeutin unterstützt die Kontaktsequenz, die den intrinsischen (ästhetischen) Kriterien der guten Form folgt.
- Experimente werden durchgeführt, um zu klären, was passiert und um sich für neue Möglichkeiten zu öffnen.
- Der Therapeut unterstützt die Assimilation des Neuen, das während der therapeutischen Begegnung aufgetaucht ist.
- Eine Gestalttherapeutin kann die grundlegenden Prinzipien der gestalttherapeutischen Theorie auf die Settings der Individual-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie anwenden, mit dem Wissen um die spezifischen Ansätze, die in diesen Settings verwendet werden.

Literatur

- Amendt-Lyon N. (2003). Auf dem Weg zu einem gestalttherapeutischen Konzept zur Förderung des schöpferischen Prozesses. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer.
- Beisser A. (1970). The Paradoxical Theory of Change. In: Fagan J. & Sheperd L. (Hg.). Gestalt Therapy Now. New York, Harper Colophon Books, S. 77-80.
- Bloom D.J. (2003). „Tiger! Tiger! Hell entfacht!“ Ästhetische Werte als klinische Werte in der Gestalttherapie. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer.
- Bloom D. „The Phenomenological Method of Gestalt Therapy: Revisiting Husserl to Discover the ‚Essence‘ of Gestalt Therapy“. Gestalt Review, 13 (2), im Erscheinen.

- Bowman E. & Nevis E.C. (2005). The History and Development of Gestalt Therapy. In: Woldt A.L. & Toman S. M. (Hg.). Gestalt Therapy. History, Theory and Practice. Sage Publications, Thousand Oaks, S. 3-20.
- Clarkson P. & Machewn J. (1993). Fritz Perls. SAGE Publications Ltd, London.
- Fleming Crocker S. (2009). „Phenomenology in Husserl and Gestalt Therapy“, British Gestalt Journal, 18, 1, S. 18-28.
- Joyce P. & Sills C. (2006). Skills in Gestalt Counselling & Psychotherapy. London, Thousand Oaks: Sage.
- Kemmis S. & McTaggart R. (1990). The Action Research Reader. Victoria: Deakin University.
- Korb M., Gorrell J. & Van De Riet V. (2002). Gestalt Therapy Practice and Theory. Gouldsboro: The Gestalt Journal Press.
- Mackewn J. (1999). Developing Gestalt Counselling. London: Sage.
- Melnick J., Nevis S.M. & Shub N. (2005). Gestalt Therapy Methodology. In: Woldt A.L. & Toman S. M. (Hg.). Gestalt Therapy. History, Theory and Practice. Sage Publications, Thousand Oaks, S. 101-115.
- Perls F., Hefferline R. & Goodman P. (1979). Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Perls L. & Rosenfeld E. (1978). „An Oral History of Gestalt Therapy. Part One: A Conversation with Laura Perls“. The Gestalt Journal, <http://www.Gestalt.org/perlsint.htm>
- Philippson P. (2001). Self in Relation. Highland, NY: The Gestalt Journal Press.
- Polster M. (2005). Gestalt terapie: Vyvoi a vyuziti [Gestalttherapie: Entwicklung und Anwendung]. In: Zeig J. (Hg.), Umeni psychoterapie {Entwicklung der Psychotherapie}. Prag: Portal, S. 516-532.
- Roubal J. (2009). „Experiment: A Creative Phenomenon of the Field“. Gestalt Review, 13/3, S. 263-276.
- Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer.
- Wheeler G. (1991). Gestalt reconsidered: a new approach to contact and resistance. New York: Gardner Press, Inc.
- Woldt A.L. & Toman S. M. (2005). Gestalt Therapy. History, Theory and Practice. Sage Publications, Thousand Oaks, London.
- Yontef G.M. (1993). Awareness, dialogue and process. New York: The Gestalt Journal Press.
- Zinker J. (1977). Creative Process in Gestalt Therapy. New York: Vintage Books.

Bereich 6

Umgang mit Veränderung, Krisen und Traumaaarbeit

6.1. Umgang mit dem Veränderungsprozess

Bewusstheit für schwierige Momente. Dies umfasst, sich folgender Aspekte bewusst zu sein:

- Schwierige Momente in der Klient/Therapeut-Beziehung, die repräsentativ für Schwierigkeiten in den anderen Beziehungen des Klienten sein können.
- Die Phasen der Veränderung: Stagnation, Polarität, Verwirrung, Kontraktion und Expansion (Staemmler, 1994).

- Der Umgang mit der paradoxen Theorie der Veränderung (Beisser, 1970).
- Der Umgang mit erfahrungsbezogenen existentiellen Prozessen, wie zum Beispiel von Lewin und Kemmis et al. (1990) beschrieben, auch „Handlungsforschung“ genannt. Phasen wie die Bewusstheit für eine Situation, Experimente mit dieser Situation, Beobachtung während der Experimente und ein Abschluss durch kritische Reflexion und eine Definition des Lernens.
- Das Sehen der Figur/Grund-Formationen in der gegenwärtigen therapeutischen Situation und die Betrachtung dieser in einem breiteren kulturellen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Kontext.

6.2. Die Arbeit mit Menschen in Krisen

Bewusstheit für Krisenintervention, die Folgendes umfasst:

- Bewusstsein für die Krise nicht als individuelles, sondern als Feldphänomen.
- Bewusstsein für den Einfluss der Krise auf die therapeutische Beziehung und für deren mögliche Botschaft an die Therapeutin.
- Bewusstsein für die Sicherheit in Krisen (Risiko der Selbstschädigung)
- Bewusstsein für die positiven Aspekte von Krisen als Potential für Veränderung und Wachstum.
- Der Umgang mit überwältigenden Gefühlen durch spezifische Unterstützung und Präsenz an der Kontaktgrenze.
- Die Unterstützung körperlicher Bewusstheit durch Einstimmung, spezifische Körperinterventionen (z.B. mit dem Atem), Erdung, In-Kontakt-Treten, Berührung, Halten, etc. auf angebrachte und nicht-invasive Weise.
- Individuen und Familien mit den Fähigkeiten ausstatten, aktiv und offen zum Prozess der Identifizierung und zur Erarbeitung geeigneter Risikomanagementstrategien beizutragen,
- Die Unterstützung der Klientin bei der Erkundung neuer Möglichkeiten, möglicher positiver Ergebnisse und einer neuen Lebensbalance nach Krisen.
- Die Fähigkeit, den Bedarf an rechtlichen und prozessgebundenen Interventionen zur Bewältigung der Krise zu identifizieren und zu rechtfertigen.
- Die Fähigkeit, Informationen gemäß rechtlicher und prozessorientierter Erfordernisse zu teilen.

6.3. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen

Bewusstheit für Traumaarbeit, die Folgendes umfasst:

- Bewusstsein für die Präsenz des Traumas und dessen Repräsentation im Hier und Jetzt.
- Bewusstsein für einfache und komplexe Traumata, sowie für die Komplexität von Traumata und Traumareaktionen, die die Gesamtheit des Menschen, sein körperliches, emotionales, verhaltensbezogenes, kognitives, soziales und spirituelles Funktionieren umfassen.
- Bewusstsein für das Risiko einer Re-Traumatisierung in der therapeutischen Arbeit, wenn sie Exposition umfasst.
- Die Fähigkeit, im Hier und Jetzt zu arbeiten, wenn das Hier und Jetzt unerträglich ist (Bauer, 2003).

- Die Fähigkeit, zwischen einem akuten und einem langfristigen chronischen Trauma zu unterscheiden.
- Die Fähigkeit, im Falle eines Traumas ein Bewusstsein für die Kontaktsequenz herzustellen.
- Die Unterstützung des Klienten beim Wiedererlangen eines Gefühls der Selbstkontrolle, von Selbstgrenzen, Bewusstheit und Kontaktfunktionen.
- Der Umgang mit überwältigenden Gefühlen durch spezifische Unterstützung und Präsenz an der Kontaktgrenze.
- Die Unterstützung körperlicher Bewusstheit durch Einstimmung, spezifische Körperinterventionen (z.B. mit dem Atem), Erdung, In-Kontakt-Treten, Berührung, Halten, etc. auf angebrachte und nicht-invasive Weise.
- Die Unterstützung der Klientin bei der Transformation der Bedeutung eines traumatischen Ereignisses, beim Loslassen des Traumas, bei Integration und Abschluss.
- Die Unterstützung des Klienten beim Aufbau von Akzeptanz für posttraumatische Veränderungen und beim Erkunden einer neuen Lebensorientierung nach dem Trauma, einschließlich eines Bewusstseins für posttraumatisches Wachstum.
- Die Fähigkeit, Handlungen und den Bedarf für weiteres Handeln gemäß rechtlicher und prozessbezogener Erfordernisse zu rechtfertigen und zu kommunizieren.

Literatur

Bauer A. & Toman S. (2003). „A Gestalt Perspective of Crisis Debriefing: Working in the Here and Now When the Here and Now is Unbearable“. *Gestalt Review*, 7,1, S. 56-71.

Beisser A. (1970). *Gestalt Therapy Now*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press.

Kemmis S. & McTaggart R. (1990). *The Action Research reader*. Victoria: Deakin University.

Lewin K. (1952). *Field Theory in Social Science*. London: Tavistock Publications Limited.

Staemmler F.M. (1994). „On Layers and Phases“. *The Gestalt Journal*, XVII, 1, S. 5-31.

Vidakovich I. (2013). *The Power of „Moving On“*. A Gestalt Therapy Approach to Trauma Treatment. In: Francesetti G., Gecele M. & Roubal J. (Hg.). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Mailand: FrancoAngeli.

Bereich 7

Abschluss & Evaluation

7.1. Die Arbeit in Richtung einer Vollendung und der Umgang mit dem Abschluss der Psychotherapie

Die Vollendung der Psychotherapie ist ein wichtiger Teil des Therapieprozesses. In dieser Phase einer Therapie muss das Konzept der gestalttherapeutischen Feldtheorie berücksichtigt werden. Wie wir wissen, betrachtet die Feldtheorie alle Ereignisse als Funktion der Beziehung von zahlreichen interagierenden Kräften.

Diese interagierenden Kräfte bilden ein Feld, in dem jeder Teil des Feldes das Ganze beeinflusst, und das Ganze Auswirkungen auf alle Teile des Feldes hat. Ereignisse geschehen nicht isoliert. Das ganze Feld bestimmt alle Ereignisse im Feld, manche Kräfte sind dabei bewusste Figuren und manche wirken im Hintergrund (Yontef, 2002). Auch die Nachkontaktphase und ihre Anwendung sind in dieser Phase der Therapie von Bedeutung. Wie Perls sagte, „und wir sehen, dass dieses Nichts, die Leere, die Wüste zu blühen beginnt, wenn wir sie akzeptieren und in sie eintreten. Die Leere wird lebendig, wird gefüllt. Die sterile Leere wird eine fruchtbare Leere“ (Perls, 1969, S. 57, laut Mackwen, 1997). Außerdem muss das Konzept der kreativen Anpassung berücksichtigt werden, weil es für das Ende des Therapieprozesses sehr wichtig ist. Schließlich ist die Anerkennung der eigenen Einzigartigkeit und Sterblichkeit ein signifikanter Aspekt der Vollendung des Prozesses der Beendigung der therapeutischen Beziehung und sollte in diese Phase der Therapie miteingeschlossen werden.

7.1.1. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut

- kann das Konzept der Feldtheorie anwenden und ist sich deren Bedeutung für die Vollendung der Therapie bewusst. Die Bedingungen des Feldes bei der Vollendung einer Therapie (Dauer eines Beratungs- oder Therapieprozesses, die Lebensumstände von Therapeutin und Klientin, die Bedeutung von Beendigungen und Abschieden in der Erfahrung der Klientin) müssen berücksichtigt werden.
- ist sich der Bedeutung bewusst, die die Konzepte der Selbstfunktionen und der Unterstützungssysteme bei Abschluss und Vollendung der Therapie haben. Es ist sehr wichtig, dass der Therapeut den Klienten in der Phase der Vollendung der Therapie auf dessen Unterstützungssysteme aufmerksam macht und sie ihm zu Bewusstsein bringt.
- ist sich der Bedeutung bewusst, die die dialogische Beziehung in dieser Phase der Therapie hat. Eine dialogische Beziehung ist ein Höhepunkt bei der Beendigung eines therapeutischen Prozesses.
- kann das Konzept der offenen Gestalten in dieser Phase einer Therapie anwenden. Gegen Ende der Therapie können Assoziationen mit früheren Erfahrungen des Endes und der Trennung aufkommen. Eine Gestalttherapeutin arbeitet mit ihrem Klienten mithilfe des Konzepts der offenen Gestalten mit Gefühlen, die mit früheren Trennungserfahrungen und dem Ende der Therapie in Verbindung stehen.
- ist sich in dieser Phase der Therapie der Konzepte der Erfahrungssequenz und der Phase des Nachkontakts bewusst. Der Nachkontakt ist in diesem Teil des Therapieprozesses eine Figur und es ist wichtig für die Klientin, sich sicher zu fühlen, um diese Kontaktphase mit dem Therapeuten zu erkunden.
- kann die phänomenologische Methode in dieser Phase der Therapie anwenden und einschließen. Das Gefühl der Patientin für die Therapeutin in der Interaktion zwischen Therapeutin und Patientin ist als phänomenologische Wirklichkeit dem Selbstkonzept der Therapeutin gleichwertig.

7.1.2. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut ist in der Lage

- den Moment zu erkennen, in dem sie die Feldtheorie in dieser besonderen Phase der Beendigung einer Therapie anwenden kann. Die Anwendung der Feldtheorie muss durch einen von Therapeutin und Klientin gemeinsam geschaffenen Prozess unterstützt werden.
- den Klienten darin unterstützen, die Therapieerfahrung in seinen Grund und sein Repertoire an Werkzeugen zur Selbstunterstützung für die Zukunft zu internalisieren, indem er die Konzepte der Selbstfunktionen und Unterstützungssysteme anwendet. Dies ist für den Klienten sehr wichtig und unterstützt das Gefühl, im Therapieprozess etwas erreicht zu haben, selbstwirksam sein zu können.
- mit der Klientin an der dialogischen Beziehung zu arbeiten, das zu benennen und zu erkunden, was nicht erreicht worden ist. Für beide, Klientin und Therapeut, ist es wichtig, das in der Therapie nicht Erreichte zu verbalisieren, da dies das Ende des therapeutischen Prozesses beeinflussen könnte.
- die Veränderungen in der Kontaktqualität zu spüren, wenn sie am Ende der Therapie mit offenen Gestalten arbeitet und dies mit dem Klienten zu reflektieren. Das Konzept der offenen Gestalten und seine Umsetzung gegen Ende der Therapie könnte für Klient und Therapeut, aber auch für ihre therapeutische Beziehung, eine heilende Wirkung haben.
- die Klientin zu ermutigen, auf experimentelle Weise in Inaktivität oder Leere zu verweilen, während sie ihr als Teil der Beendigung des therapeutischen Prozesses die Unterstützung dazu bietet.
- die phänomenologische Perspektive zu berücksichtigen, wenn die Therapie endet, und mit den Gefühlen des Abschieds zu arbeiten. Die phänomenologische Perspektive und die Gefühle bei der Beendigung der Therapie scheinen in dieser Phase der Therapie untrennbar miteinander verbunden zu sein.

7.2. Den Verlauf der Psychotherapie festhalten und evaluieren

Wenn wir über die Evaluierung einer Psychotherapie sprechen, müssen wir uns zuallererst dessen bewusst sein, dass TherapeutInnen verschiedene Ansätze bei der Messung und Aufzeichnung der Daten ihrer Therapiesitzungen haben. Auch wenn das zutrifft, müssen wichtige Ergebnisse von manchen AutorInnen berücksichtigt werden. Bondi (2006) hat einen Bericht für COSCA (Vereinigung für Beratung und Psychotherapie in Schottland) veröffentlicht, in dem sie Folgendes schrieb: „Obwohl manche Studien geringe Variationen bei der Effektivität verschiedener Ansätze für unterschiedliche Bedingungen aufzeigen, ist die überwältigende Botschaft aus diesen Studien, dass die methodologische Ausrichtung kein signifikanter Faktor im Hinblick auf die Wirksamkeit ist.“ Diese Position wird von Ergebnissen der nationalen Forschungsdatenbank CORE (Clinical Outcomes for Routine Evaluation) (Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper, 2006) unterstützt. Laut Haynes und Johnson (2009) müssen wir zwischen den Begriffen der Effektivität, der Wirksamkeit und der Effizienz unterscheiden. Sie schlagen eine kurze Zusammenfassung der drei Konzepte vor:

Die Effektivität ist das Ausmaß, in dem Interventionen in idealen Settings positive Ergebnisse erzielen. Ideale Settings sind oft Forschungslaboratorien oder experimentelle Bedingungen, die Studien einen hohen Grad an interner Gültigkeit verleihen.

Die Wirksamkeit ist das Ausmaß, in dem Behandlungen in wirklichen Settings positive Ergebnisse bei PatientInnen erzielen.

Die Effizienz ist das Ausmaß, in dem eine Behandlung relativ gesehen bessere Ergebnisse als andere Behandlungen erzielt. (Haynes & Johnson, 2009, S. 302-303, laut Brownell, 2008).

Im Hinterkopf behaltend, dass die Evaluierung von Psychotherapie sich von der medizinischen oder statistischen Evaluierung unterscheiden muss, schlägt Brownell (2008, 2010) vor, ein philosophisches Konstrukt zu nutzen, das sich auf den Grad an Rechtfertigung für jede gegebene Handlung bezieht und das verschiedene Grundlagen hat. Es kann auf persönlicher Erfahrung und Einschätzung basieren, so dass eine Psychotherapeutin behauptet, zu wissen, dass das was sie tut wirksam ist, weil die sie die Ergebnisse in den veränderten Lebensumständen und der höheren allgemeinen Zufriedenheit ihrer KlientInnen gesehen hat. Selbstverständlich müssen wir uns auch der Nachteile bewusst sein, die daraus entstehen, dass wir keine quantitative Evaluierung haben.

7.2.1. Ein Gestalttherapeut / eine Gestalttherapeutin

- kann die gestalttherapeutische Theorie und Methodologie innerhalb des Evaluierungsprozesses der Psychotherapie anwenden, insbesondere das Konzept der Bewusstheit und seine Anwendung im therapeutischen Prozess mit der Klientin. Ohne das Wissen um und die Fertigkeiten einer Anwendung des Konzeptes von Bewusstheit und Wahrnehmung kann ein Gestalttherapeut den psychotherapeutischen Prozess nicht in seiner ganzen Komplexität evaluieren.
- ist sich der Bedeutung der paradoxen Theorie der Veränderung für den Evaluierungsprozess des Verlaufes der Psychotherapie bewusst. Dieses theoretische Konzept ist grundlegend wichtig für eine gestalttherapeutische Evaluierung der Psychotherapie und TherapeutInnen sind sich dessen bewusst, wenn sie mit KlientInnen arbeiten.
- kann praxisbasierte Evidenz im Evaluierungsprozess der Psychotherapie anwenden.

7.2.2. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut kann

- verstehen, dass Aufmerksamkeit, Authentizität und Kontakt mit sich selbst grundlegende Teile eines gestalttherapeutischen Evaluierungsprozesses sind, die bei der Evaluierung des therapeutischen Prozesses eines Klienten von der Therapeutin berücksichtigt werden.
- den dialogischen Ansatz hervorheben und Antworten darauf finden, was für die Klientin wirksam/hilfreich hätte sein können.
- das Konzept der paradoxen Theorie der Veränderung anwenden und praxisbasierte Evidenz haben, dass dieses Konzept der Klientin in ihrem Leben und in der Therapie vertraut ist (Die Klientin ist bereit, sich so zu sehen, wie sie ist, und nicht so, wie sie sein sollte).
- die Beobachtung und Evaluierung des körperlichen Prozesses (zum Beispiel eine Veränderung in der Haltung) in dieser Phase der Therapie anwenden.

Literatur

- Bondi L. (2006). The effectiveness of Counseling. Edinburgh: COSCA. (DH, 2004). Organizing and Delivering Psychological therapies: Juli 2004. Von: http://www.dh.gov.uk/PublicationsandStatistics/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4086100&chk=72vikq
- Brownell P. (2008). Practice-based evidence. In: Brownell P. (Hg.), Handbook for theory, research, and practice in Gestalt Therapy (S. 90-103). Newcastle, UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Brownell P. (2010). Gestalt Therapy: A guide to contemporary practice. New York: Springer Publishing Company.
- Mackewn J. (1997). Developing Gestalt counseling. London: Sage Publication.
- Yontef G. (2002). „The Relational Attitude in Gestalt Therapy Theory and Practice“. International Gestalt Journal, 25/1, S. 15-34.

Bereich 8

Die Zusammenarbeit mit anderen ProfessionistInnen

Eine Gestalttherapeutin ist sich der Möglichkeit und der Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit anderen ProfessionistInnen bewusst, um ihre KlientInnen zu unterstützen und deren persönliches und beziehungsbezogenes Wohlbefinden zu fördern (Joyce & Sills, 2001). In einem bestimmten Setting effektiv zu arbeiten beinhaltet oft eine Zusammenarbeit mit anderen aktiven ProfessionistInnen. Die große Auswahl an ProfessionistInnen, mit denen wir arbeiten, deutet auf die Vielfältigkeit dessen hin, was eine Gestalttherapeutin tut: in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken, in Schulen, in großen und kleinen Unternehmen, im Rechtswesen und dem Militär, in der Gemeindefarbeit etc. Wir besprechen uns, überweisen an und kooperieren mit anderen ProfessionistInnen und Institutionen in dem Ausmaß, das nötig ist, um im besten Interesse derer zu handeln, mit denen wir arbeiten (Behnke, 2005). Die Gestalttherapeutin ist – im Hinblick auf den Nutzen der KlientInnen - offen für wichtige Entwicklungen, die den therapeutischen Prozess beeinflussen, egal ob im Feld der Gestalttherapie oder in anderen Feldern oder Schulen psychotherapeutischer Forschung und Praxis (EAGT – Kode für Ethik und für berufliche Praxis). Eine fixierte Doktrin anzunehmen und sich einem theoretischen Dogma zu unterwerfen, kann eine Therapeutin schwächen und in einer Starre resultieren, die die Fähigkeit des Menschen einschränkt, in Übereinstimmung mit den ästhetischen Erfordernissen einer gegebenen Situation zu handeln. Dies führt vielmehr zu einer Exklusion als zu einer Inklusion aller internen und externen Ressourcen, die für die Klientin hilfreich sein können. Die Gestalttherapeutin weiß, dass Erfahrungen über unsere Theorien hinausgehen können, und dass der beste Weg, sich der Komplexität der Menschheit anzunähern ist, fortwährend unser Wissen und unsere Ideen zu erweitern und zu erneuern. Indem wir die Komplexität und Vielfältigkeit dissonanter Erfahrungen zugeben, können wir über einschränkende Standpunkte, die nur eine fixierte Perspektive der größeren komplexen Wirklichkeit wiedergeben, hinausblicken (Roberts in Polster & Polster, S. 16-19). In dem edukativen Prozess, der ein ganzes Berufsleben lang andauert, achtet die Gestalttherapeutin darauf, ihre berufliche und persönliche Kompetenz zu erweitern und zu vertiefen.

8.1. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut ist mit Folgendem vertraut:

- Den grundlegenden philosophischen Konzepten, in denen die Gestalttherapie verwurzelt ist: Existentialismus, Humanismus, Feldtheorie, ganzheitlicher Ansatz zu menschlichem Leben und Erfahrungen, etc.
- Den Grundlagen anderer therapeutischer Ansätze, sowie den aktuellen Ideen, die die gestalttherapeutische Theorie beeinflussen.
- Den wesentlichen Forschungsergebnissen in der Psychotherapie – in der Gestalttherapie sowie in anderen psychotherapeutischen Ansätzen. Die Gestalttherapeutin versteht, auf welche Weise neues Wissen ihre therapeutische Praxis beeinflussen kann.
- Der Prozessdiagnostik in der Gestalttherapie (Veränderungen des Kontaktes, die Bereiche der Bewusstheit, das Ausmaß an Selbst-Unterstützung, die Kontakt- oder Beziehungsstile, etc.) sowie relevante diagnostische Kriterien in DSM und ICD (siehe Bereich 3).
- Der Rolle und Funktion anderer Berufe, mit einer Wertschätzung der Hauptunterschiede und Gemeinsamkeiten.
- Der sozialen, kulturellen und politischen Dimensionen von psychischer Gesundheit und Behandlung. Der Klient ist nicht vom Kontext und Verbindungen isoliert. Die sozialen, kulturellen und politischen Aspekte beeinflussen die Kontexte des Klienten in Krankheit und Gesundheit. Auch wenn wir einzeln mit einem Klienten arbeiten, hat das immer Auswirkungen auf das breitere System.
- Der sozialen und politischen Implikationen der Arbeit der Therapeutin, ihrer Rolle und Verantwortung in spezifischen Kontexten, in denen gestalttherapeutische Interventionen angewandt werden könnten, unter ProfessionistInnen, aber auch in der Gesellschaft,
- Der gegenwärtigen politischen Haltungen, ethischen Kodizes, und der Rechtslage zur psychischen Gesundheit auf nationaler Ebene, wie dies auf ihre berufliche Arbeit zutrifft.
- Den nationalen und internationalen beruflichen Organisationen, die KollegInnen desselben oder unterschiedlicher Ansätze vereinen, sowie den beruflichen Organisationen auf europäischer Ebene wie der EAGT (Europäische Vereinigung für Gestalttherapie) oder der EAP (Europäische Vereinigung für Psychotherapie) als Plattformen, die die Begegnung mit und den Austausch unter PsychotherapeutInnen fördern, die aus gleichen oder unterschiedlichen Berufen und psychotherapeutischen Richtungen kommen.

8.2. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut kann

- die vielfältigen Perspektiven, aus denen menschliche Erfahrung betrachtet werden kann, erkennen, und Unterschiede, Unsicherheiten und die Spannung anscheinend inkompatibler Polaritäten akzeptieren, indem er sich auf den Prozess und darauf, dass der Dialog mehr Bedeutung und gegenseitiges Verstehen bringt, verlässt.
- in geeigneter Sprache und Haltung eine Ich-Du-Beziehung und einen Dialog eingehen, um unterschiedliche Kräfteverhältnisse in Beziehungen zwischen ProfessionistInnen sowie in Therapeut-Klientin-Beziehungen zu vermeiden.

- wirksame berufliche Beziehungen fördern und aufbauen. Er baut Verbindungen mit anderen ProfessionistInnen auf, arbeitet mit ihnen zusammen und bringt dadurch eine humanistische und „im Feld verkörperte“ Perspektive in die Erfahrung der Klientin.
- anderen ProfessionistInnen die grundlegende Philosophie und Prinzipien, auf denen die Gestalttherapie aufbaut, gestalttherapeutische diagnostische Aspekte und Beobachtungen und den therapeutischen Prozess und Ergebnisse kommunizieren. Ein Gestalttherapeut ist fähig, einen gemeinsamen Grund, eine gemeinsame Sprache und ein Verstehen mit unterschiedlichen ProfessionistInnen in verschiedenen Kontexten, in denen die Gestalttherapie angewandt wird (private therapeutische Praxis, klinisches Setting, Schulen, in Organisationen, etc.) zu schaffen.
- sowohl in der prozessorientierten Sprache der Gestalttherapie, als auch in der Sprache von DSM/ICD diagnostische Anmerkungen zu machen und Schlussfolgerungen zu ziehen. Ein Gestalttherapeut muss fähig sein, seine Klientin zu beschreiben und einen Bericht in diagnostischer Sprache zu verfassen, die einen Dialog mit anderen ProfessionistInnen ermöglicht.
- Netzwerke mit Mitgliedern anderer Berufssparten und Institutionen zu bilden, um die notwendige therapeutische und diagnostische Sicherheit und Verfügbarkeit von Hilfsmitteln für die Klientin sicherzustellen.
- einschätzen, wann und wie sie eine Klientin an einen anderen Professionisten/Therapeuten (Gestalttherapeut, Therapeut einer anderen Richtung, Psychiater, etc.) überweist. „Der Gestalttherapeut wird nur jene Aufgaben übernehmen, von denen er weiß, oder wissen sollte, dass er die notwendige Kompetenz dafür hat, diese vorzunehmen und zu einem Abschluss zu bringen, der nutzbringend für den Prozess der Klientin ist. Während des Arbeitsprozesses wird der Gestalttherapeut, wenn er an die Grenzen seiner Kompetenz stößt, entweder die Klientin an einen anderen Professionisten überweisen, oder eine Zusammenarbeit mit einem anderen Professionisten/anderen ProfessionistInnen aufbauen“ (EAGT –für Ethik und berufliche Praxis).
- seine Praxis gemäß relevanter Gesundheitspolitik, ethischer Kodizes und rechtlichen Bestimmungen ausüben.

Um bei der Zusammenarbeit mit anderen ProfessionistInnen gemäß den ethischen Standards zu handeln, wendet er den EAGT – Kode für Ethik und berufliche Praxis an, insbesondere in den folgenden Situationen:

- Der Gestalttherapeut bietet seinem Klienten relevante Informationen und hält keine Informationen über die Verfügbarkeit von Hilfe durch andere KollegInnen, Institutionen oder alternative Settings vor ihm zurück (EAGT – Kode für Ethik und berufliche Praxis).
- Der Gestalttherapeut sucht sich Hilfe und Klärung für seine Schwierigkeit bezüglich einer problematischen Situation in einem Intermissionskontext bei erfahrenen KollegInnen. Er unterzieht sich einer Einzel- oder Gruppensupervision, abhängig davon, welches Supervisionssetting am geeignetsten für die Unterstützung und Klärung in der spezifischen Situation ist. Er kann professionelle Konsultationen nutzen und alle klinisch relevanten

- Gedanken, Perspektiven und Ressourcen einbeziehen und sie in eine geeignete Intervention verwandeln (EAGT – Kode für Ethik und berufliche Praxis).
- Der Gestalttherapeut drückt sich auf eine Weise aus, die spezifisch und im Hier und Jetzt geeignet ist, ohne Bewertung gegenüber KlientInnen oder anderen ProfessionistInnen. Der Gestalttherapeut respektiert – auch in der Öffentlichkeit – die Arbeit anderer KollegInnen und macht keine disqualifizierenden Bemerkungen über andere theoretische Modelle, Schulen oder KollegInnen in unterschiedlichen beruflichen Rollen (EAGT – Kode für Ethik und berufliche Praxis).
 - Der Gestalttherapeut handelt respektvoll gegenüber anderen KollegInnen und deren Arbeit. Er wird eine Aufgabe oder ein Projekt nicht annehmen, in das bereits ein anderer Kollege involviert ist, insbesondere wenn zwischen dem Klienten und einem anderen Therapeuten eine therapeutische Vereinbarung besteht. Im Zweifelsfall sucht der Gestalttherapeut den Dialog mit dem Kollegen, nachdem sich der Klient damit einverstanden erklärt hat (EAGT – Kode für Ethik und berufliche Praxis).
 - Der Gestalttherapeut handelt verantwortungsvoll und akzeptiert keinen wirtschaftlichen oder persönlichen Vorteil für die Überweisung von KlientInnen an einen anderen Kollegen oder Institution (EAGT – Kode für Ethik und berufliche Praxis).
 - Wenn ein Gestalttherapeut auf das Verhalten eines Kollegen aufmerksam wird, das das Feld der Psychotherapie in Verruf bringen könnte, hat er die Pflicht, diesen Kollegen und/oder die berufliche Vereinigung zu konfrontieren (EAGT – Code für Ethik und berufliche Praxis).
 - Der Gestalttherapeut übt eine professionelle Bewertung aus, wenn es darum geht, dass vertrauliche Informationen enthüllt werden sollen, um mit einem anderen Professionisten zusammenzuarbeiten. Ein Gestalttherapeut identifiziert, welche Informationen gemäß ethischen Standards mitgeteilt werden sollten, um das Eindringen in die Privatsphäre zu minimieren.
 - Wenn ein Gestalttherapeut in einem Konflikt zwischen unterschiedlichen oder mehreren ethischen Positionen und Anforderungen steckt, und diesen Konflikt nicht alleine oder mithilfe von Intervention oder Supervision lösen kann, wendet er sich an das Ethische Komitee der NAO, NOGT oder einer anderen relevanten nationalen oder internationalen Vereinigung (EAGT – Kode für Ethik und berufliche Praxis).
 - Er tritt in sozial verantwortungsvoller Weise in Kontakt, und fördert die Prinzipien des Wachstums, des Selbst/der Regulation und der Anpassungsfähigkeit von Menschen, sozialen Systemen und Gesellschaften unter kooperierenden ProfessionistInnen.

Literatur

- Roberts A. (1999). Introduction. In: Polster & Polster, From the Radical Center: The Heart of Gestalt Therapy. Cleveland: Gestalt Institute of Cleveland (GIC) Press.
- Joyce P. & Sills C. (2001). Skills in Gestalt Counselling. London: Sage.
- Sills C. (Hg.) (2006). Contracts in Counselling. London: Sage.
- Behnke S. (2005). „Cooperating with other professionals: Reflections on Ethical Standard 3.09“. APA März 2005, 36, 3.
- <http://www.apa.org/monitor/mar05/ethics.aspx>
- EAGT. Kode für Ethik und berufliche Praxis.

Bereich 9

Anwendung von Supervision, (Peer) Intersession und Kritischer Evaluierung

9.1. Supervision

Um eine Supervision nutzen zu können, ist die Gestalttherapeutin / der Gestalttherapeut mit Folgendem vertraut

- Der dialogischen Methode als Prinzip und Haltung in der therapeutischen Beziehung, die Folgendes umfasst: Präsenz, Inklusion und Hingabe an den Dialog. Therapeutin und Supervisorin sind als Menschen aktiv anwesend und zeigen sich in ehrlicher und direkter Kommunikation. Die Anwendung von Präsenz und Selbstoffenbarung muss im Dienste der Therapie/Supervision stehen. Die Inklusion ist eine Bereitschaft, sich von der Anderen berühren zu lassen, während ein Gefühl für das Selbst aufrechterhalten wird. Der Dialog ist eine Form der In-Beziehung-Tretens, die auf den Erfahrungen der Teilnehmer basiert. In einem wahrhaftigen Dialog haben beide Seiten wertvolle Perspektiven beizutragen (Schulz, 2004).
- Der Feldtheorie als eine Art, zu verstehen, wie der eigene Kontext die Wahrnehmung des Selbst und Anderer beeinflusst. Man kann keine Person verstehen, ohne den Kontext oder das Feld zu kennen, in dem sie lebt. Kein Ereignis geschieht isoliert. Die Feldtheorie betrachtet alle Ereignisse als Funktion der Beziehung vielfältiger interagierender Kräfte. Diese interagierenden Kräfte bilden ein Feld, in dem jeder Teil das Ganze beeinflusst, ebenso wie das Ganze Auswirkungen auf alle Teile des Feldes hat (Yontef, 2002). Supervisorin und Supervisandin betreten das therapeutische Feld mit der Klientin in einem parallelen Prozess. Supervision kann einen Grund bieten und der Therapeutin helfen, sich klar zu werden, was in der Beziehung mit der Klientin vor sich geht.
- Dem phänomenologischen Prinzip der Gestalttherapie. In der Gestaltpsychologie bezieht sich die phänomenologische Methode auf eine „so natürliche und vollständige Beschreibung des direkten Erlebens wie möglich“. Die phänomenologische Methode betont das direkte, unmittelbare Erleben, um die Verzerrung durch vorgefasste Meinungen und Vorwissen möglichst gering zu halten. In der Gestalttherapie glaubt man nicht, dass man durch „Ausklammern“ die objektive Wahrheit erlangt. Im phänomenologischen Denken sind die Wirklichkeit und die Wahrnehmung interagierende Ko-Kreationen; sie sind das Ergebnis der Beziehung zwischen der Wahrnehmenden und der Wahrgenommenen (Yontef, 2002). In der Supervision liegt der Fokus eher darauf, „wie“ sich der therapeutische Prozess entwickelt, als auf dem „Warum“. Die Supervisorin sucht nicht nach einer „wahren Erklärung“, alle Teilnehmer des therapeutischen Feldes sind Expertinnen für ihr Beziehungserleben.
- Der Beziehungshaltung in der Gestalttherapie, die sich auf metatheoretische Botschaften über die Natur des Menschen, insbesondere der Klientin, und wie diese die Sicherheit und den Selbstwert der PatientInnen beeinflussen, konzentriert. Dies wurde insbesondere bezüglich der Themen der Scham und der

Werte in konfrontativen Ansätzen zur Gestalttherapie diskutiert (z.B. Themen wie Abhängigkeit, Selbstgenügsamkeit und Interdependenz).

Beziehungsorientierte Gestalttherapie hat sich auch mit metatheoretischen Botschaften darüber, wie eine Therapie „gemacht“ wird, beschäftigt (Yontef, 2002).

- Ein beziehungsbasiertes Modell der Supervision im Kontext – Supervision ist immer interpersonell und umfasst eine Systemperspektive. Sie begibt sich auf einen Weg, in einen Prozess des Fragens anstatt auf die Suche nach der „Wahrheit“ und verlangt nach einem Ausgleich in der Dimension von Teilnehmerin und Beobachterin. Es handelt sich um eine Ko-Kreation eines „neuen“ Narrativs und einer neuen Bedeutung durch Supervisorin und Supervisandin, die in die Arbeit mit der Klientin einfließt (Gilbert & Evans, 2000).
- Der Übertragung und Gegenübertragung aus einer intersubjektiven Perspektive. Beide, Klientin und Therapeutin bringen ihre eigenen charakteristischen Wege, das Feld zwischen ihnen zu organisieren, mit in die Beziehung, die auf ihrer jeweiligen Vergangenheit beruhen und die Art und Weise beeinflussen, wie sie die Gegenwart wahrnehmen. Die interpersonelle Dimension in der Gestalttherapie kann der intersubjektive Prozess zwischen Psychotherapeutin und Klientin sein, oder die unmittelbare Interaktion zwischen Supervisorin und Supervisandin oder die Beziehung zwischen ihnen, die als paralleler Prozess beschrieben wird (Gilbert & Evans, 2000).
- Der Meta-Perspektive und der Systemperspektive. Eine Gestalttherapeutin fördert die Entstehung einer „Inklusion“, der Perspektive einer Drittbeteiligten bei allen TeilnehmerInnen des Prozesses, eine Fähigkeit, sich vieler verschiedener Perspektiven bewusst zu sein, aus denen der therapeutische Prozess betrachtet werden kann, eine Fähigkeit, den Einfluss unseres Verhaltens auf die Andere einzuschätzen und sensibel gegenüber dem Einfluss zu sein, den Andere auf uns haben, etc. (Gilbert & Evans, 2000).
- Der Paradoxen Theorie der Veränderung. Veränderung passiert nicht durch den Zwang des Individuums oder eines anderen Menschen, sich zu verändern, sondern sie geschieht, wenn es sich die Zeit nimmt, zu sein, was es ist – vollständig in seine gegenwärtigen Positionen involviert zu sein. Indem wir die Rolle des Vermittlers der Veränderung zurückweisen, machen wir bedeutungsvolle Veränderung möglich (Beisser, 1970). Eine GestalttherapeutIn fördert vielmehr die Hingabe an den Dialog, als an ein bestimmtes Ziel oder Ergebnis der Therapie oder Supervision.

Um eine Supervision nutzbar machen zu können, kann die Gestalttherapeutin / der Gestalttherapeut Folgendes:

- Für und in der Supervision über ihre Bedürfnisse sprechen, eine ursprüngliche Vereinbarung eingehen und diese laufend mit dem Supervisor erneuern. Die Therapeutin ist zur Selbstoffenbarung fähig und sich ihrer eigenen Gefühle im Prozess bewusst, insbesondere des Gefühls der Scham. Sie trifft eine Vereinbarung mit dem Supervisor bezüglich einer Supervision, die sicher und motivierend ist.
- In nicht-hierarchischer Weise in einen Dialog mit dem Supervisor treten und den Supervisor als Partner in einer phänomenologischen Lernerfahrung betrachten, anstatt als Experten, der weiß, wie eine Therapie sein sollte. Die Therapeutin ist

- zu einer supervisorischen Übereinkunft fähig, als aktive Partnerin in der Ko-Kreation einer Beziehung und einer Bedeutung im Dialog.
- Den therapeutischen Prozess und Fortschritt kritisch reflektieren. Die Therapeutin sollte fähig sein, kritisch-reflexives Denken über den Prozess und den Fortschritt in der Therapie zu entwickeln; sie sollte ihre eigenen Fragen für die Supervision definieren und eine „Drittbeteiligten“-Perspektive einnehmen können, wenn erforderlich, um eine umfassendere Meta-Perspektive des Prozesses und Kontextes zu erreichen.
 - Eine phänomenologische Haltung einnehmen, ihre eigene Arbeit nicht als gut/schlecht bewerten, Vorurteile beiseitelegen und die Bewusstheit durch eine Beschreibung der offensichtlichen Phänomene, die in der supervidierten Situation auftauchen, erweitern. Weder Therapeutin noch Supervisor fragen, „warum“ Therapeutin oder Klient auf bestimmte Weise funktionieren, sie erkunden vielmehr gemeinsam, „wie“ sie funktionieren. Die Therapeutin kann sich der Phänomene bewusst werden und ihr Entstehen phänomenologisch beschreiben. Sie kritisiert die beschriebenen Phänomene nicht (z.B. Interventionen der Therapeutin, Verhalten des Klienten, Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse). Sie erkundet sie vielmehr, indem sie den Dialog mit dem Supervisor oder verschiedene mögliche kreative Experimente in der Supervision nutzt.
 - Das Erleben, das in Verbindung mit ihrer Frage in der Supervision steht, erschaffen oder wiedererschaffen. Die Therapeutin kann die Tatsache nutzen, dass die therapeutische Situation auch im Hier und Jetzt der Supervision (in gewissem Maß) präsent wird. Sie hat den Mut und die Kreativität zu „gestalten“ und die therapeutische Situation durch kreative Experimente zu formen (z.B. Rollenspiele – die Therapeutin spielt ihren Klienten; Zeichnen, Fantasie, Geschichten erzählen, Metaphern, etc.). Die Therapeutin kann ihre gegenwärtige Bewusstheit und das Feedback des Supervisors (oder anderer Mitglieder einer Supervisionsgruppe) nutzen, um ein komplexeres Bild von der supervidierten Situation zu bekommen. Die Therapeutin kann ihre erweiterte Bewusstheit nutzen, um für sich selbst Hinweise und Richtlinien für ihre weitere Arbeit mit dem Klienten zu finden.
 - Ihre Bewusstheit und Kontaktfähigkeit erweitern. Mithilfe des Supervisors wird sie sich ihrer selbst in ganzheitlicher Weise bewusster: Sie ist sich ihrer Körperempfindungen, Gefühle, Gedanken, Impulse und intuitiver Einsichten bewusst und schätzt sie als reiche Quelle an Wissen über die therapeutische Situation und Selbstunterstützung für ihre Arbeit. Die Therapeutin in Supervision arbeitet an ihrer Fähigkeit und Bereitschaft zum Kontakt, daran, dem Klienten so zu begegnen, wie er ist, offen zu sein für die existentielle Begegnung mit dem Klienten. Die Therapeutin kann die Erkundung ihres eigenen Prozesses in Supervision nutzen, um ihre Bewusstheit und ihre Kontaktfähigkeit zu erweitern, sie zum Vorteil ihres Klienten zu nutzen. Die Therapeutin kann die Supervision als Drittbeteiligte in der Beziehung mit dem Klienten nutzen, als Erdung und Unterstützung. Dies ermöglicht ihr, nicht nur alleinig nicht die alten Beziehungsmuster des Klienten zu wiederholen, sondern vielmehr offen für neue, kreative Arten des Kontakts während des Dialoges mit dem Klienten zu sein.
 - Zwischenbeziehungen und den Kontext der therapeutischen Arbeit verstehen. Die Therapeutin betrachtet sich selbst und den Klienten nicht als zwei getrennte Individuen. Durch den Dialog mit dem Supervisor wird sich die Therapeutin des gesamten Feldes der therapeutischen Situation bewusster, in dem Klienten und

Therapeutin einander definieren und von den Elementen eines weiteren Feldes beeinflusst werden. Das Funktionieren der Therapeutin oder des Klienten ist kein isoliertes Phänomen, das „intra-psychische Gründe“ hat, sondern es handelt sich vielmehr um eine Funktion des Feldes, das im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation entsteht. Die Therapeutin kann ihr eigenes Bedürfnis erkennen und auf ihren persönlichen Prozess für ihre eigene Heilung und ihr Wachstum achten. Sie kann diese Bedürfnisse in der Supervision ausklammern und sie in ihre eigene Therapie mitbringen.

- Übertragung, Gegenübertragung und den parallelen Prozess erkennen und ansprechen. Die Beziehungssituation in der Supervision organisiert sich in den gleichen Bahnen wie die supervidierte therapeutische Situation. So kann zum Beispiel die Therapeutin beginnen, in gleicher Weise mit dem Supervisor in Beziehung zu treten, in der der Klient mit der Therapeutin in Beziehung tritt. Die Therapeutin kann durch den Dialog mit dem Supervisor Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der Supervisionsbeziehung benennen und sie als Informationsquelle für den parallelen Prozess nutzen (der in der Supervisionsbeziehung und der therapeutischen Beziehung gleich verläuft).
- Die paradoxe Theorie der Veränderung und Unterschiede bei Persönlichkeitsstilen respektieren. Die Therapeutin versucht nicht, sich zu verändern. Sie verlässt sich auf ihr eigenes Potential und ihre Fähigkeit zur kreativen Anpassung. Sie nimmt Unterstützung vom Supervisor an, der ihr ohne Bewertung hilft, sich des breiten Spektrums an unterschiedlichen Aspekten der therapeutischen Arbeit bewusst zu werden und weiters hilft, ihren eigenen therapeutischen Ansatz aufzubauen, diesen zu akzeptieren und zu schätzen. Dann kann, wenn nötig, Veränderung geschehen.
- Ihre persönlichen Kompetenzen und Entwicklungspotentiale, sowie persönliche und berufliche Grenzen erkennen. Durch den Dialog mit dem Supervisor erkennt die Therapeutin mehr von ihren therapeutischen Kompetenzen, integriert diese in ihren persönlichen therapeutischen Ansatz und erkennt auch den Bedarf und die Möglichkeiten weiterer beruflicher Entwicklung. Die Supervision hilft der Therapeutin, zu sein, was sie ist, sodass die Therapeutin ihre Kreativität entwickeln und sich ihrer Fertigkeiten und Grenzen bewusst werden kann. Die Therapeutin kann diese in der Supervision erlebte Haltung in die Psychotherapie bringen und sie mit KlientInnen nutzen.
- Aus Erfahrung und am Modell lernen. Die Therapeutin kann sich für ihre eigene therapeutische Arbeit mit KlientInnen unter Anwendung oben genannter Prinzipien vom Supervisor inspirieren lassen und als integrierte Repräsentation der Qualitätskontrolle langsam einen verlässlichen „inneren Supervisor“ entwickeln.
- Gelebte Erfahrung kreativ aufnehmen und anwenden und das Wissen und die Fertigkeiten, die in der Supervision gewonnen wurden, auf kreative Weise und im Hinblick auf die gegenwärtige therapeutische Situation und auf die Bedürfnisse des Klienten in ihre therapeutische Arbeit bringen.

9.2. Intervision

Der Therapeut entwickelt in der Intervision die gleichen Fertigkeiten wie in der Supervision (oben beschrieben). In der Intervision wird die gemeinsame Verantwortung

für den Interventionsprozess stärker betont und es gibt eine Zusammenarbeit zwischen gleichwertigen PartnerInnen, den anwesenden TherapeutInnen.

Kritische Evaluierung

Der Therapeut kann seine Arbeit in der Supervision, in der Intervention und zuallererst direkt in der therapeutischen Beziehung kritisch evaluieren. Im Verlauf des therapeutischen Prozesses kann der Therapeut nach einer gewissen Zeit auf den therapeutischen Prozess zurückblicken und ihn gemeinsam mit der Klientin evaluieren. Der Therapeut ist offen und neugierig den Blickpunkten der Klientin gegenüber und gemeinsam erkunden sie bedeutungsvolle Möglichkeiten für den weiteren Therapieprozess.

Literatur

- Beisser A. (1970). „The Paradoxical Theory of Change in Fagan and Shepherd’s Gestalt Therapy Now“. The Gestalt Journal Press <http://www.gestalt.org/arnie.htm>
- Evans K. & Gilbert M. (2005). An Introduction to Integrative Psychotherapy. Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- Gilbert M.C. & Evans K. (2000). Psychotherapy supervision. An integrative relational approach to psychotherapy supervision. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Hewitt Taylor J., Poole S., Rodway R. & Tyson R. (2006). „Parallel Process in Supervision: A qualitative investigation“. European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy, 1 S. 10-20.
- Houston G. (2002). „Supervision: The Difficult Art of Simple Awareness-Raising“, British Gestalt Journal, 11/2, S. 120-124.
- Schulz F. (2004). Relational Gestalt Therapy: Theoretical foundations and dialogical elements <http://www.gestalttherapy.org/publications/RelationalGestaltTherapy.pdf>
- Yontef G. (2002). „The Relational Attitude in Gestalt Therapy Theory and Practice“. International Gestalt Journal, 25/1.
- Yontef G.M. (1993). Awareness, dialogue and process. New York: The Gestalt Journal Press.

Bereich 10

Ethische und Kulturelle Sensibilität

Einleitung

Da wir eine zunehmend multikulturelle Gesellschaft werden, werden Unterschiede bezüglich Ethnie und Kultur zwischen Berater und Klient immer wahrscheinlicher (Joyce & Sills, 2010). Wir müssen uns der kulturellen Vielfalt und anderer kultureller Normen und Werte bewusst sein. In letzter Zeit haben wir uns daran gewöhnt, auf Unterschiede bei Geschlechterrollen in therapeutischen Beziehungen zu achten. Es ist

von großer Wichtigkeit, sich des eigenen Geschlechts, der Geschlechtskonstellation in der therapeutischen Beziehung und deren Entwicklung im Verlauf des therapeutischen Prozesses bewusst zu sein.

Innerhalb eines europäischen und globalisierten Feldes zu arbeiten, erweitert die Aspekte, die berücksichtigt werden müssen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass ein Therapeut KlientInnen annimmt, die von einem anderen kulturellen Hintergrund als er stammen. Dies im Hinterkopf behaltend, müssen wir uns dessen bewusst sein, was Pack-Brown, Thomas und Seymour (2008) über ethische Verantwortung von BeraterInnen betonen, nämlich dass diese professionelle Arbeit leisten müssen, die Respekt vor den kulturellen Ansichten, Werten und Traditionen von KlientInnen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund zeigt.

Außerdem stellen Duran, Firehammer und Gonzalez (2008) fest, dass die Kultur ein Teil der Seele ist. Es scheint also, dass die kulturelle Selbstbewusstheit eines Therapeuten sehr wichtig für die therapeutische Reise des Klienten ist (Roysircar et al., 2003; Bar-Yoseph Levine, 2005). Als GestalttherapeutInnen sind wir herausgefordert, uns mit diesen Themen in sich ändernden Bedingungen und Situationen auseinanderzusetzen, da „alle Werte grundlegend relativ sind und sich mit Raum und Zeit verändern“ (Wertheimer in Lee, 2007). Ein beziehungsorientierter Ansatz zur Ethik betrachtet eine ethische Reaktion auf eine herausfordernde Situation als feldabhängig und muss eine Lösung finden, die „die Entwicklung des Individuums und der Umwelt fördert“ (Lee, 2007, in Joyce & Sills, 2010).

Für ethische Dilemmata, Konflikte zwischen zwei oder mehr Werten, die auch als Polaritäten betrachtet werden können, müssen kreative Lösungen gefunden werden, die eine Entwicklung der Beziehung zwischen Individuum und Umwelt ermöglichen, indem authentisch und mit einer Bewusstheit der Beziehungs- und der Feldperspektive gehandelt wird.

10.1. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut ist mit Folgendem vertraut:

- dem eigenen Hintergrund der Identität und deren Werte bezüglich Ethnie, Kultur und Geschlecht und ist sich klar darüber, dass diese Aspekte die gemeinsam geschaffene therapeutische Beziehung beeinflussen. Eigene kulturelle Glaubenssätze zu entdecken kann für den therapeutischen Prozess sehr wichtig sein (Roysircar, 2004). Aspekte von Unterschieden bei der sexuellen Orientierung, bei Geschlecht, Alter, religiösem Hintergrund, Behinderungen und Bildung müssen berücksichtigt werden.
- Konzepten verschiedener Arten von Ethik, wie normativen und integralen ethischen Themen. Die normative Ethik stellt einen Pol des Feldes dar, der zu akzeptieren ist. Weiter geht es in Richtung der integralen Ethik, zur Betrachtung jedes Pols, und schließlich gibt es die integrale Ethik, wo sich gut und böse, schön und hässlich etc. vereinen. Integration bedeutet, dass wir eine Einheit aus den Teilen bilden, ohne einen dieser Teile zu schmälern und seiner Qualitäten zu berauben. Diese Art von Modell bietet der Therapeutin eine Möglichkeit, in der Arbeit mit KlientInnen das inhärente Ungleichgewicht der Kräfte zwischen Therapeutin und Klientin anzuerkennen und mit dem Prozess zu arbeiten, anstatt mit einer Liste von „Dos und Dont's“ (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 20).
- Dem Konzept, das ethische Themen in der Gestalttherapie als Teil des größeren Feldes versteht und unmittelbar mit einer radikalen Erweiterung der Feldtheorie verknüpft sind. Wheeler (2005) hebt hervor, dass sich das Individuum seine

Kultur bereits mit der Geburt aneignet. Laut Reck (2009) sagt Levinas, dass das Individuum, das immer als in Beziehung zu einem Anderen stehend betrachtet wird, an eine ethische Verantwortung der Anderen gegenüber gebunden ist.

- Dem Konzept der organismischen Selbstregulation: Im jeweiligen Hintergrund von Klientin und Therapeutin steht deren eigene, einzigartige Geschichte von Ethnie, Nationalität und Kultur (Joyce & Sills, 2010) und die Therapeutin ist sich dessen in ihrer Arbeit mit der Klientin bewusst.

10.2. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut ist interessiert an den Themen der kulturellen, ethnischen und geschlechterbezogenen Diversität und ist fähig:

- zwischen Tugendethik und Prinzipienethik zu unterscheiden: Die Prinzipienethik fragt „Ist diese Situation unethisch?“, während die Tugendethik fragt „Tue ich das, was das Beste für meinen Klienten ist?“. Auch wenn kein ethisches Dilemma vorliegt, verpflichtet die Tugendethik die Professionistin dazu, sich ethischem Verhaltens bewusst zu sein (Meara, Schmidt & Day, 1996, laut Corey, Corey & Callanan, 2011, S. 41). Eine Gestalttherapeutin integriert beide Aspekte in ihre therapeutische Arbeit, um bessere ethische Entscheidungen treffen zu können.
- neue Lösungen für ethische Fragen zu finden, die in der ethischen Beziehung gemeinsam mit dem Klienten auftauchen. Sie handelt ethisch und authentisch und verlässt sich auf die ethischen Kodizes, zu deren Einhaltung sie sich verpflichtet hat. Dadurch vereinfacht sie unseren dialogischen Ansatz, der impliziert, diese Fragen nicht nur zu stellen, sondern deren mögliche Bedeutungen durch einen existentiellen Dialog mit dem Klienten zu erkunden.
- Prinzipien des Prozesses und der beziehungsorientierten Therapie im ethischen Bereich mit Bewusstheit für Diversität, Multikulturalismus und Geschlechterfragen anzuwenden.
- über ethische Fragen mit Bewusstheit für Spontanität und Kreativität, Kontakt und Begegnung als Prinzipien der Gestalttherapie nachzudenken.
- gestalttherapeutische Ethik anzuwenden, indem sie sich auf die Phasen von Identifikation über Differenzierung bis hin zur immerwährenden Integration verlässt.
- sich bewusst zu sein, dass die Therapeutin die moralische Entwicklung des Klienten nur dann unterstützen kann, wenn sie eine Bewusstheit für die entsprechenden Erfahrungen und Reflexionen im Hinblick auf die Moralitätsebene des Klienten hat.
- bei ethischen Fragen die phänomenologische Methode anzuwenden, in der Bewusstheit, dass nonverbales Verhalten sich von Kultur zu Kultur unterscheidet.
- die Konzepte von Kontakt und Grenzen mit dem Klienten in der Gestalttherapie anzuwenden, indem sie den kulturellen Hintergrund des Klienten berücksichtigt.
- mit einem Bewusstsein für kulturelle Werte bei ethischen Fragen das Konzept der organismischen Selbstregulation anzuwenden.
- kulturelle Unterschiede in der Arbeit mit KlientInnen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu respektieren und die gestalttherapeutische Feldtheorie anzuwenden.

- das größere Feld zu betrachten, das die therapeutische Beziehung beeinflusst und die eigenen Vorurteile und vorgefassten Meinungen sowie die persönlichen Werte etc. zu identifizieren.
- das Selbstkonzept, insbesondere im Hinblick auf die Persönlichkeitsfunktion, gemäß den Werten und traditionellen Ansichten in unterschiedlichen Kulturen anzuwenden.
- kulturellen Pluralismus, sowie Bewusstheit und Kontakt als grundlegendes Gestaltprinzip im therapeutischen Prozess anzuwenden. Sie erkundet ihre eigenen kulturellen Werthaltungen und Stereotypen mittels Gestaltexperimenten und Erfahrungen in Therapiegruppen oder (Peer) Supervisionsgruppen.
- einen interdependenten experimentellen Stil anzuwenden und sich auf eine erfahrungsbezogen-experimentelle Haltung zu verlassen, wenn sie mit KlientInnen aus unterschiedlichen Kulturen arbeitet. Die Therapeutin ist, in Übereinstimmung mit den ethischen Prinzipien, verantwortlich für den Einsatz von Techniken (was, wo, wie, mit wem etc.) und zugleich dafür, die Theorie durch die Anwendung von Techniken nicht einzuschränken.

Literatur

Amendt-Lyon N. (2008). „Gender Differences in Gestalt Therapy“. *Gestalt Review* 12(2), S. 106-121.

Amendt-Lyon N. (2008). Reply to Commentaries. *Gestalt Review*, 12(2), S. 140-143.

Amendt-Lyon N. (2013). Relational Sexual Issues. Love and Lust in context. In: Francesetti et al. *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. FrancoAngeli, Mailand.

Bar-Yoseph Levine T. (Hg.) (2005). *Dialogue Across Cultures*. New Orleans: Gestalt Institute Press.

Meara, Schmidt & Day (1996). In: Corey G., Schneider Corey M. & Callanan P. (2011). *Issues and Ethic in the Helping Professions*. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Duran E., Firehammer J. & Gonzalez J. (2008). „Liberation psychology as a path toward healing cultural soul wounds“. *Journal of Counseling and Development*, 86 (3), S. 288-295.

Gremmler-Fuhr M. (2001). „Ethic Dimensions in Gestalt Therapy: From a Normative to an Integral Formation of Value Judgments. *Gestalt Review*, 5 (1), S. 24-43.

Joyce P. & Sills C. (2010). *Skills in Gestalt Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.

Lee R.G. (2004). *The values of Connection. A relational approach to Ethics*. Gestalt Press.

Pack-Brown S.P., Thomas T.L. & Seymour J.M. (2008). „Infusing professional ethics into counselor education programs: A multicultural/social justice perspective“. *Journal of Counseling and Development*, 86 (3). S. 296-302.

Reck M. (2009). „The Gestalt of Multiculturalism. An analysis of Gestalt Therapy Theory in Light of Ethnic Diversity with a Focus on Organismic Self-Regulation“.

Unveröffentlichte Dissertation. School of Professional Psychology. Paper 74. Von:

<http://commons.pacificu.edu/spp/74>.

Roysircar G., Sandhu D.S. & Bibbins V.E. (2003). *Multicultural competencies: A guidebook of practices*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Roysircar G. (2004). „Cultural self-awareness assessment. Practice examples from psychology training“. Professional Psychology: Research and Practice, 35 (6), S. 658-666.

Ullman D. & Wheeler G. (Hg.) (1998). The Gendered Field. Gestalt Perspectives and Readings. GIC Press, Cambridge, Mass.

Wheeler G. (2005). „Culture, self and field: A Gestalt Guide to the age of complexity“. Gestalt Review, 9, S. 91-128.

Bereich 11

Management und Administration

11.1. Ein Gestalttherapeut / eine Gestalttherapeutin ist fähig

- sich seines eigenen Beitrags zu den Bedingungen des Feldes bewusst sein. Er ist sich bewusst, dass er Teil des gemeinsamen Feldes mit seinen KlientInnen ist und trägt aktiv zu Feldorganisation bei, indem er auf die eigenen Unterstützungssysteme, auf die Anzahl der Fälle, die er übernimmt, und auf sich selbst in ganzheitlicher Weise (geistige, körperliche, emotionale und spirituelle Dimensionen) achtet. Er ist sich bewusst, dass er auch zur Feldorganisation mit ihren KlientInnen beiträgt, indem er sich um das Prozedere, die Administration und die Verrechnung kümmert.
- seine oben erwähnten Beiträge zur Feldorganisation phänomenologisch beobachten (klar, aber ohne sich oder die Klientin zu beschuldigen).
- Unterschiede dieser eigenen Beiträge in unterschiedlichen Fällen verschiedener KlientInnen erkennen. Diese Unterschiede phänomenologisch beobachten und sie als Informationsquelle über die Eigenschaften der Organisation des gemeinsamen Feldes mit der konkreten Klientin schätzen.
- diese Informationsquelle für die therapeutische Arbeit und auch als Feedback für seine eigene Funktion als Professionist und als Mensch nutzen.
- Aufzeichnungen zu den therapeutischen Sitzungen auf eine Weise vorzunehmen, die auf gestalttherapeutischen Prinzipien basiert. Dies bedeutet, nicht nur die phänomenologische Beschreibung des Prozesses der Klientin aufzuschreiben, sondern sich auch auf die eigenen Erfahrungen mit der Klientin und die eigenen Beiträge zur Feldorganisation während des therapeutischen Prozesses zu konzentrieren.

Bereich 12

Forschung

„Die Gestalttherapie ist ein existentieller, erfahrungsorientierter und experimenteller Ansatz...“ (Laura Perls, 1992 laut Strümpfel, 2004). Die Gestalttherapie braucht quantitative und qualitative Methoden, um sich ausreichende Berechtigung zu erwerben. Solche multi-methodischen oder gemischt-methodischen Forschungsprogramme sind notwendig, weil Phänomene viele Facetten und Komponenten haben (Brownell, 2008). Forscher müssen ihre Forschungsziele klären, einen pluralistischen Ansatz vertreten und sowohl qualitative als auch quantitative

Mittel nutzen. Beobachtung/Beschreibung ist elementar für den Gestaltansatz und ist genauso wichtig wie das Erleben der Menschen (Greenberg, 2013).

Der Gestalttherapeut legt Augenmerk auf die Qualität der Bewusstheit, der Aufmerksamkeit wie der Integrität der Erfahrung, also mit Phänomenen, die nach qualitativen und prozessorientierten Forschungsmethoden verlangen. Die Aufgabe der Phänomenologie ist die Dinge so zu betrachten, wie sie sich in unserem Bewusstsein darstellen, und dadurch die Natur der Bewusstheit selbst. Die qualitative Forschung analysiert Daten auf induktive Weise und vermeidet die lineare Ableitung, wertfreie objektive Beobachtungen und quantifizierbare Fakten der positivistischen Weltanschauung (Morrow & Brown, 1994). Es ist das Ziel qualitativer Forschungsfragen, eine Beschreibung der Lebenswelt des Interviewten im Hinblick auf eine Interpretation der Bedeutung der beschriebenen Phänomene zu erhalten (Kvale, 1997).

Die prozessorientierte Forschung, basierend auf der Beobachtung dessen, was die Menschen in der Therapie tun, ist notwendig, um empirische Unterstützung für die therapeutische Praxis zu erhalten, das bedeutet, die theoretischen Grundlagen und „Zutaten“ spezifischer Behandlungen zu explizieren, zu testen und zu revidieren, und ForscherInnen zu ermöglichen, die Faktoren zu identifizieren, die aktiv zur Veränderung beitragen. Damit die Psychotherapieforschung eine wahrhaftige angewandte Wissenschaft wird, muss sie die Veränderungsprozesse, die durch therapeutische Effekte hervorgerufen werden, spezifizieren (Greenberg, 2013). Greenberg und Malcolm (2002) haben gezeigt, dass jene, die sich in der Therapie voll auf diese Veränderungsprozesse einlassen, mehr profitieren als jene, die dies nicht tun und als jene, die die allgemeineren Auswirkungen einer guten therapeutischen Beziehung erleben.

Die Forschung ist nie eine „wertfreie“ Zone – die Subjektivität ist immer präsent. Der Forschungsprozess beeinflusst die ForscherInnen und vice versa (Scott, 2008). Auch ein intersubjektiver Prozess zwischen ForscherInnen und ForschungsteilnehmerInnen ist ein Teil des Forschungsphänomens. Wenn wir in der Therapie forschen, sollten wir uns immer dessen bewusst sein, wie die therapeutische Arbeit die Forschung beeinflusst und welche Auswirkungen die Forschung auf den therapeutischen Prozess hat.

Der Gestalttherapeut ist offen dafür, zur Forschungsarbeit, die zur Weiterentwicklung professioneller therapeutischer und diagnostischer Arbeit dient, beizutragen und zusammenzuarbeiten und macht seine eigene Forschung der therapeutischen Gemeinschaft in Übereinstimmung mit dem EAGT – Kode für Ethik und für berufliche Praxis zugänglich. In der eigenen Forschungsarbeit beachtet der Gestalttherapeut die Regel, die Arbeit seiner KollegInnen zu respektieren; das Urheberrecht allen Materials wird gemäß dem EAGT – Kode für Ethik und für berufliche Praxis geachtet.

12.1. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut ist mit Folgendem vertraut:

- Der Notwendigkeit von psychotherapeutischer Forschung für eine Praxisberechtigung und Weiterentwicklung/Erweiterung der Evidenz basierten Behandlung (Brownell, 2008).
- Quantitativen sowie qualitativen Modellen, Methoden und Techniken in der Psychotherapieforschung (Brownell, 2008) und prozessbezogenen Forschung (Greenberg, 2008, 2013). Eine Gestalttherapeutin erkennt Verbindungen und Unterschiede zwischen verschiedenen Methodologien und deren Anwendungsgebieten.

- Dem ganzheitlichen Ansatz und den Wechselbeziehungen im Kontext des Mensch/Umwelt-Feldes. Die Gestalttherapeutin setzt sich mit der Vielfalt an Dimensionen – physisch, intrapsychisch, interpersonell, kulturell, ökologisch und spirituell – auseinander, die relevant für den ganzheitlichen Ansatz in Therapie und Forschung sind (Barber, 2008).
- Heuristischen und phänomenologischen Forschungsansätzen, die sich beide durch ein sich entwickelndes Verstehen der Natur des Forschungsprozesses auszeichnen, das eine Bewusstheit für das Selbst, das Selbst in Beziehung und den Prozess „dazwischen“ verlangt, der sich mit „Bedeutung“, „Einsicht“ und „Verstehen“ beschäftigt (Evans, 2007). Des Weiteren mit der phänomenologischen Untersuchung, die sich auf den Existentialismus stützt und eine Wertschätzung der Beschreibung gelebter Erfahrung und der Art, wie Individuen ihren eigenen Bedeutungen konstruieren, aufbaut (Barber, 2002, 2008).
- Subjektivität in der Forschung (Finlay, 2009). GestaltforscherInnen nutzen sich selbst auf reflexive Weise im Forschungsprozess. Phänomenologische und heuristische ForscherInnen wissen insbesondere mit ihrer Subjektivität umzugehen – und begrüßen sie sogar.
- Der Prozess- und Evaluationsforschung und prozess-/erfahrungsbezogenen Methodologien (Strümpfel, 2004; Greenberg, 2013).

12.2. Eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut kann

- Literatur zur Gestaltforschung und andere relevante wissenschaftliche Literatur zur Forschung auf reflektierte und kritische Art und Weise bewerten.
- mit KollegInnen aller Fachrichtungen in einen Dialog über Forschungsergebnisse treten, die relevant für die therapeutische Praxis sind.
- Forschungsfragen aus der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis erkennen und formulieren.
- sich der Forschung widmen, die darauf abzielt, empirische Unterstützung für die therapeutische Praxis zu erarbeiten.
- sequenzielle Schritte der Beobachtung/Beschreibung, der Messung, der Erklärung/des Verstehens und der Vorhersage von Phänomenen erkennen; im Prozess und dem Ergebnis der Psychotherapie Phänomene beobachten/beschreiben und (wenn möglich) messen.
- eine Methodologie nutzen, die eine Erklärung und Beschreibung der subjektiven und beziehungsbezogenen Erfahrungen der Klientin und der Forscherin ermöglicht, während ein Gleichgewicht zwischen Flexibilität, Validität und Vergleichbarkeit der Daten aufrechterhalten wird.
- Forschung in dialogischer Ich-Du-Weise durchführen. Die gemeinsam geschaffene und beziehungsbezogene Dimension von Forschung und Therapie ansprechen.
- Fertigkeiten für das Interviewen, die reflexiv-intuitive Interpretation, das inferentielle Denken und die Offenheit für Möglichkeiten ausüben.
- Daten sammeln, induktiv argumentieren, sich auf Bedeutungen konzentrieren und einen Prozess beschreiben.
- die Phänomenologie als Methodologie für Forschung nutzen, die persönliches Erleben als legitime Quelle von Forschungsdaten unterstützt.

- die Subjektivität in Forschungsprozessen erkunden und kritisch reflektieren, wie die Therapeutin die Forschung beeinflusst; die Auswirkungen der Subjektivität der Therapeutin auf die Forschung - und umgekehrt – kritisch hinterfragen.
- „mikroskopische“ Aspekte des Prozesses im Laufe der therapeutischen Arbeit erforschen, um die Momente zu erkennen, die die wichtigsten therapeutischen Erfahrungen und die Wendepunkte begleiten oder ihnen vorangehen.
- Ambiguität bei unterschiedlichen Forschungsergebnissen aushalten und es ertragen, die „Wahrheit“ nicht vorher zu wissen. Diese Unsicherheit wird vielmehr kreativ genutzt, um neue Forschungsfragen zu formulieren.
- einen ganzheitlichen Ansatz in der Forschung einnehmen und den Kontext des Mensch/Umwelt-Feldes berücksichtigen; innerhalb der Forschung kann sie die kulturellen, soziopolitischen, ökologischen und spirituellen Dimensionen des menschlichen Erlebens erkennen und ansprechen.
- interdisziplinär denken und Verbindungen mit Forschungsinitiativen im weiteren Kontext der Psychiatrie, Psychologie, Philosophie, Soziologie, Religion und Spiritualität etc. fördern.
- persönliche und kulturelle Unterschiede, sowie die Privatsphäre der TeilnehmerInnen und der gesammelten Daten respektieren; intrinsische und extrinsische ethische Dimensionen der Gestalttherapie anwenden (siehe Bereich 10).
- stimmige Ergebnisse von Evaluationsprozessen nutzen, um die gestalttherapeutische Praxis als evidenzbasierte Praxis zu untermauern. Forschungsergebnisse in ihre therapeutische Praxis integrieren und sich als reflektierte Therapeutin weiterentwickeln.
- Veröffentlichungen und andere Projekte unterstützen, die eine Forschungsgemeinschaft fördern.

Literatur

- Barber P. (2002). „Gestalt. A Prime Medium for Holistic Research and Whole Person, Education.“ *British Gestalt Journal*, 11, 2.
- Barber P. (2008). *Becoming a Practitioner Researcher: A Gestalt Approach to Holistic Inquiry*. London: Middlesex University Press.
- Brownell P. (Hg.) (2008). *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy*. Cambridge Scholars Publishing.
- Evans K. (2007). „Relational Centred Research: A Work in Progress.“ *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, Ausgabe 2.
- Evans K. (2013). *Research and Gestalt Therapy*. In: Francesetti G, Michela G. & Roubal J. (Hg.). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Mailand: FrancoAngeli.
- Finlay L. (2009). „Embracing researcher subjectivity in phenomenological research: A response to Ann Scott.“ *Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 4.
- Finlay L. & Evans K. (2009). *Relational Centred Research for Psychotherapists: exploring meanings and purpose*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Flick U. (1998). *An Introduction to Qualitative Researching*. London: Sage Publication.
- Greenberg L. (2006). *Change Process Research*. In: Norcross J.C., Beutler L.E. & Levant R. (Hg.). *Evidence-based Practices in Mental Health*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg L. (2008). Quantitative Research. In: Brownell P. (Hg.), Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy: Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, S. 64-89.

Greenberg L. (2013). Describing the Obvious: Comment on Research and Gestalt Therapy. In: Francesetti G., Gecele M. & Roubal J. (Hg.), Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact. Mailand: FrancoAngeli.

Kvale S. (1983). „The qualitative research interview: A phenomenological and a hermeneutical method of understanding.“ Journal of Phenomenological Psychology, 14, S. 171-196.

Morrow R.A. & Brown D.D. (1994). Critical Theory and Methodology. London: Sage.

Scott A. (2008), „The Effect of Doing Qualitative Research on Novice Researchers“, European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy, 3.

Strümpfel U. (2004). „Research on Gestalt Therapy“, International Gestalt Journal, 27/1, S. 9-54.

Bereich 13

Prävention und Edukation

Einleitung

GestalttherapeutInnen vertrauen auf das Konzept der Selbstregulation des Organismus-Umwelt-Feldes (Perls, Hefferline & Goodman, 1979) und unterstützen diesen Prozess anstatt nach dem Ausschau zu halten, was nicht funktioniert. Prävention in der Sprache der Gestalttherapie bedeutet, sich nicht am Ergebnis zu orientieren, sondern sich des Prozesses der Gestaltformation bewusst zu sein und den Prozess zu unterstützen, der sich durch ästhetische Kriterien und das Ausmaß dieser ästhetischen Kriterien, wie Anmut, Harmonie, Fließen, Vitalität und Lebendigkeit, auszeichnet (Bloom, 2003). Für eine Gestalttherapeutin stellen Prävention und Edukation den Prozess dar, die Entwicklung der Fähigkeit des In-Kontakt-Tretens mit der Welt zu unterstützen und das Gefühl zu haben, Teil einer größeren Gemeinschaft zu sein, der beide – TherapeutInnen und KlientInnen – angehören.

So kann zum Beispiel Wiederholung als „fixierte Gestalt“ betrachtet werden:

Wiederholung kann gleichzeitig ein dysfunktionales Muster und ein Weg sein, eine Kontaktintentionalität aus einer offenen Gestalt aufrechtzuerhalten. Wenn Wiederholung eine fixierte Gestalt ist, stammt sie aus einer kreativen Anpassung, die sich verhärtet hat und in der therapeutischen Begegnung als eine Unterbrechung (oder Deflexion oder Verlust von Spontanität, etc.) des Kontaktes auftaucht (Amendt-Lyon, 2003).

Im Feld der psychosozialen Edukation sind GestalttherapeutInnen sensibel und sich dieser Themen bewusst: Die Gestalttherapie hat einen starken soziopolitischen Ansatz. Insbesondere Paul Goodman, einer der Begründer der Gestalttherapie, hat sich erheblich für pädagogische, politische und bildungspolitische Themen engagiert (Goodman, 1990; Stoehr, 1977; Schulthess, in Vorbereitung; Melnick & Nevis, 2009).

13.1. Im Feld der Prävention und Edukation mit KlientInnen kann eine Gestalttherapeutin / ein Gestalttherapeut

- prozessorientiert arbeiten
- sich der Kontaktstile eines Klienten bewusst sein und die Bewusstheit und das Verständnis dafür bei ihm unterstützen.
- produktives Denken, tiefere Einsicht und kreative Anpassung an Organismus-Umwelt-Bedürfnisse aktivieren.
- die Prinzipien der Gestalttherapie, z.B. das Konzept der Figur/Hintergrund-Dynamik anwenden.
- den Klienten bei der Neuorganisation des Feldes auf der Suche nach einer guten Form unterstützen.
- die sensorischen, motorischen und affektiven Kontaktqualitäten des Klienten erkunden.
- eine dialogische Beziehung eingehen.
- den Klienten dabei unterstützen, neue, kreative und authentische Ausdrucksformen zu finden.
- den Prozess der Transformation von alten und bekannten Mustern in etwas Neues unterstützen.
- ein größeres Bild des Feldes zu haben, in dem der Klient lebt und Prozesse neuer Beziehungskontakte innerhalb des Feldes des Klienten unterstützen und entwickeln.
- die Fähigkeiten des Klienten aktivieren, mit der Umwelt in Kontakt zu treten, und eine gute Form des Kontaktes mit der Umwelt entwickeln.

13.2. Im Feld der Prävention mit Anderen kann ein Gestalttherapeut / eine Gestalttherapeutin

- die Bewusstheit für die Feldperspektive und für die gegenseitigen Einflüsse zwischen Individuen und Gemeinschaft fördern.
- das Konzept der kreativen Anpassung und das Verstehen von dysfunktionalen Mustern als kreative Anpassungen auf schwierige Lebensumstände fördern.
- die Aufmerksamkeit für das soziale Feld, in dem sie und ihre KlientInnen leben, fördern.

13.3. Im Feld der psychosozialen Edukation ist ein Gestalttherapeut / eine Gestalttherapeutin

- sich dessen bewusst, dass die Psychotherapie immer auch präventive und edukative Aspekte hat und dass diese therapeutische Begegnung in einer sozialen, kulturellen und politischen Umwelt stattfindet, in die beide – Therapeut und KlientInnen – involviert sind.
- bestrebt, Umstände zu schaffen und zu unterstützen, die die Entwicklung und das Wachstum des Menschen und der Gemeinschaft fördern.
- unterstützend bei der Transformation von fixierten Gestalten in lebendige, gemeinsam geschaffene Beziehungen.
- unterstützend in einer beziehungsorientiert-dialogischen Beziehung, die die Erfahrung im Hier und Jetzt wertschätzt, zwischen Individuen sowie zwischen Gruppen, wie zum Beispiel in Schulen etc.
- bestrebt, das Verständnis für im Entstehen begriffene Beziehungsmuster in der gegenwärtigen Gesellschaft zu fördern.

- mittels Gestaltkonzepten in sozio- und gesundheitspolitische Themen involviert.
- engagiert, um fixierte Gestalten auf persönlicher und soziopolitischer Ebene zu dekonstruieren.

Literatur

Amendt-Lyon N. (2003). Auf dem Weg zu einem gestalttherapeutischen Konzept zur Förderung des schöpferischen Prozesses. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung.

Wien, New York: Springer.

Bloom D.J. (2003). „Tiger! Tiger! Hell entfacht!“ Ästhetische Werte als klinische Werte in der Gestalttherapie. In: Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hg.) (2006): Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung. Wien, New York: Springer.

Goodman P. (1990). *Communitas: Means of Livelihood and Ways of Life*. Überarbeitete 3. Auflage, New York: Columbia University Press.

Melnick J. & Nevis E. (Hg.) (2009). *Mending the world. Social Healing Interventions by Gestalt Practitioners Worldwide*. Wellfleet, MA: Gestalt International Study Centre.

Perls F., Hefferline R. & Goodman P. (1979). *Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart, Klett-Cotta.

Schulthess P. (in Vorbereitung). *Political and social roots of Gestalt Therapy. Psychotherapy as political act*.

Stoehr T. (1977). *Nature heals*. New York: Free Life Editions.