

Erläuterungen zu den Kompetenzen und ihre Ableitung aus der Literatur.

Ursula Grillmeier-Rehder 2024

Die Entwicklung der Kompetenzen erfolgte in einem mehrstufigen Forschungsprozess, wie er in den beiden Veröffentlichungen „Kernkompetenzen in der Integrativen Gestalttherapie“ Grillmeier-Rehder, 2020a) und dem Aufsatz „Mit welchen Fähigkeiten arbeiten GestalttherapeutInnen?“ (Grillmeier-Rehder, 2020b) ausgeführt ist.

Die hier der Kompetenzenliste hinzugefügten Erläuterungen ihrer Ableitung aus der gestalttherapeutischen Literatur dienen dem weiteren Verständnis ihrer Einbettung in den theoretischen Hintergrund der Gestalttherapie. Dieser möge, nach der Kondensation zu einer Handvoll greifbar knapp formulierter Kompetenzen, in der Gestalt-Ausbildung im umgekehrten Prozess wieder in seiner Reichhaltigkeit und Tiefendimension erlebbar werden.

In der Folge werden, nach der Behandlung eines für die Gestalttherapie jeweils wichtigen Konzeptes, im Anschluss die dazugehörigen Kompetenzen hinzugefügt. Da alle Kompetenzen aufeinander bezogen und miteinander verflochten sind und sich in Wirklichkeit so wenig vom Ganzen isolieren lassen, wie einzelne Organe eines lebendigen Körpers, möchte ich dazu einladen, mit den Kompetenzen auch in anderen Zuordnungsmöglichkeiten zu experimentieren.

Um den sprachlichen Fluss nicht zu stören, verwende ich fallweise einmal die männliche oder die weibliche Form abwechselnd, es sind aber immer beide Geschlechter mitgemeint und auch Personen, die sich nicht einem der beiden Geschlechter zuordnen wollen.

1. Bewusstheit (Awareness) im Hier und Jetzt

Zentral für die Gestalttherapie ist **das Konzept der Awareness oder Bewusstheit im Hier und Jetzt:**

Das auf das gegenwärtige Erleben gerichtete Gewahrsein körperlicher, sinnlicher, emotionaler und gedanklicher Prozesse, in voller Präsenz, wird als Basis für die Integration bislang abgespaltener Anteile per se als heilsamer Vorgang aufgefasst (P. Joyce, C. Sills, 2015, 50 f). Das Konzept basiert auf existenzphilosophischen Grundlagen (Heidegger, 1963, Bergson, 1889, Friedlaender, 1926) und bezieht auch philosophisches Gedankengut östlicher Philosophien mit ein (P. Joyce, C. Sills, 2015, 350).

Bewusstheit bedeutet nicht nur ein kognitiv gedankliches Erfassen von Vorgängen, sondern ein im gegenwärtigen Augenblick ganzheitlich erfahrenes Erleben des Seins im Kontakt mit der Umwelt. „Gewahrsein kennzeichnet sich durch *Kontakt, Sinneswahrnehmung, Erregung und Gestaltbildung*“ (F. Perls et al., 1991b, 14). „Die *aktuelle Erfahrung* jeder gegenwärtigen Situation braucht nicht

erklärt oder interpretiert zu werden; man kann direkt mit ihr Kontakt aufnehmen, sie fühlen und hier und jetzt beschreiben“ (L. Perls, 1989, 97). Der Begriff schließt leibliche, emotionale und mentale Prozesse ein. Er bezeichnet eine innere absichtslose, nicht bewertende, wahrnehmende und gewahr werdende Präsenz.

Die erforderliche Kompetenz der Therapeutin besteht darin, die ständige Awareness für die eigenen Prozesse wach zu halten und diese als Basis für geeignete Angebote an die Patientin verwenden zu können, um das Gewahrsein der Patientin auf verschiedenen Ebenen zu erhöhen.

„Dies führt mich zu dem für mich grundlegenden Konzept der Gestalttherapie, dem *Kontinuum der Bewusstheit, der frei fortschreitenden Gestaltbildung*, wo das, was zufällig von größtem Interesse für eine Person, eine Beziehung oder eine Gruppe ist, in den Vordergrund kommt, wo man damit Kontakt aufnehmen und sich damit auseinandersetzen kann, so dass es dann in den Hintergrund treten und den Vordergrund für die nächste bedeutsame Gestalt freimachen kann“ (L. Perls, 1989, 92).

Bewusstheit ist immer intentional auf einen Bewusstseinsgegenstand gerichtet. Der Bewusstseinsgegenstand ist die Erfahrung von etwas, das als etwas Anderes erlebt wird. Dieses Bewusstseinsobjekt kann sowohl innerhalb als auch außerhalb der eigenen Körpergrenzen liegen. Es taucht als Figur vor einem Hintergrund auf und wird als sinn- und bedeutungstragende Ganzheit (Gestalt) wahrgenommen. Die Art und Weise, wie ein Mensch die Welt wahrnimmt, ist durch seine biographischen Erfahrungen und sein kulturelles Umfeld geprägt. In dieser ganz individuellen Prägung vollzieht sich der Gestaltbildungsprozess einer Person, die all ihren Wahrnehmungen Sinn und Bedeutung verleiht und in der sich insbesondere auch ihre Werthaltungen spiegeln. Wachstum und Entwicklung einer Person geschehen durch fortlaufende Austauschprozesse mit der Umgebung. Die Erfahrung dieser Austauschprozesse wird in der Gestalttherapie als Kontakt bezeichnet, der bestimmten idealtypischen Gesetzmäßigkeiten folgt.

Dazugehörige Kompetenzen:

Awareness für leibliche Prozesse:

Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen leiblichen Prozesse in der Therapiesituation, wie sie sich z.B. in Schmerzen, körperlichen Anspannungen, körperlichem Wohlbefinden, körperlich spürbaren Bedürfnissen und Gefühlen, Körperhaltung, Bewegungen und Bewegungsimpulsen, dem eigenen Gesichtsausdruck ausdrücken.

Awareness für sensorische Prozesse:

Bewusstheit für die eigenen Sinneswahrnehmungen in der Therapiesituation (Sehen, Hören, Riechen, Tasten).

Awareness für emotionale Prozesse:

Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen emotionalen Prozesse in der Therapiesituation (Gefühle, affektive Reaktionen, Atmosphären).

Awareness für mentale Prozesse:

Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen mentalen Prozesse in der Therapiesituation, wie z.B. Phantasien, Interpretationen, Bewertungen.

2. Awareness für die Gestaltbildungen im intersubjektiven Feld und ihre ästhetische Qualität

Die Kompetenz des Therapeuten liegt darin, hinter den dargestellten Inhalten des Patienten den Fokus auf den Gestaltbildungsprozess legen zu können. Er fragt danach, wie er selbst und sein Patient seine und dessen Erfahrungswelt im gegebenen Augenblick erschafft, welche Bedeutung er seinen Erlebnissen gibt und aus welchen biographischen Erfahrungen heraus diese zu verstehen sind. Es geht dabei darum, beim Patienten ein Gewahrsein für diesen Gestaltbildungsprozess zu erreichen, so dass dieser ein Gefühl für seine Aktivität beim Wahrnehmungsprozess entwickeln kann.

Die Gestaltbildung ist ein dynamischer Prozess und wird von Emotionen und Energie begleitet. Er ist „spannend“ und spontan interessierend. Zunächst wird die Figur noch diffus und verschwommen wahrgenommen und steigert sich zu immer deutlicherer Klarheit und Prägnanz. Am Höhepunkt der Gestaltbildung besitzt die Figur Leuchtkraft und wird als befriedigend erlebt. Die Dynamik wird aus dem Hintergrund gespeist, der untrennbar zu jeder Figur gehört. Wenn dieser Moment erreicht und erlebt werden kann, schließt sich die Gestalt und macht Platz für neue Gestaltbildungen und Kontaktprozesse. „Von höchster Bedeutung ist hier, *dass die Vollendung einer starken Gestalt selbst die Heilung ist; denn die Art des Kontaktes ist nicht nur ein Anzeichen für schöpferische Integration von Erfahrung, sondern vielmehr die schöpferische Integration der Erfahrung selbst*“ (F. Perls et al., 1991a, 14).

Die Wahrnehmung dieser dynamischen Prozesse hat qualitativ ästhetische Aspekte. Störungen zeigen sich in blassen, unklaren, verwirrenden Gestaltbildungen, die wenig Energie besitzen und nicht zum Ziel gelangen. Insofern können sie als prozessdiagnostische Hinweise dienen.

„Aufmerksamkeit, Konzentration, Interesse, Beteiligtsein, Erregung und Anmut sind repräsentativ für gesunde Figur/Grund-Prozesse, während Verwirrung, Langeweile, Zwänge, Fixierungen, Angst,

Amnesien, Stagnation und Befangenheit Anzeichen sind, die für gestörte Figur/Grund-Prozesse sprechen“ (F. Perls et al., 1991b, 16).

„Ein Gestalttherapeut / eine Gestalttherapeutin ist in der Lage, die Qualitäten des Kontakts in deren ästhetische Kriterien zu erkennen und die eigene Anwesenheit, Wahrnehmung und Handlung anzupassen, um die Kontaktqualität zu unterstützen. ... 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 (Perls et. al 1951, Anm. d. Verf.) „Kontaktunterbrechungen“ genannt wurden. ... 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“ (EAGT, 2014, 7 ff).

Da die Bewusstheit sich ganzheitlich auf verschiedene Ebenen bezieht, bedarf es der Fähigkeit, diese verschiedenen Ebenen im Blick zu behalten und sich von keiner völlig vereinnahmen zu lassen.

„Der Therapeut ... 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)“ (EAGT 2014, 19 f).

Er kann verschiedene Perspektiven auf der Inhaltsebene und der Prozessebene einnehmen und diese im Gleichgewicht halten.

Dazugehörige Kompetenzen:

Eigene Kontaktunterbrechungen erkennen:

Die Fähigkeit, auftauchende eigene Kontaktunterbrechungen, Blockierungen und unabgeschlossene Gestalten zu erkennen.

Intuition:

Kontakt haben zur eigenen Intuition

Erfassen der existenziellen Situation:

Die gegenwärtige Situation mit ihren existenziellen Notwendigkeiten erfassen und adäquat darauf reagieren können.

3. Die eigene Person als therapeutisches Instrument zur Verfügung haben

Der zweite zentrale Gedanke – „die eigene Person als therapeutisches Instrument zur Verfügung haben“ – betont die Auffassung, dass psychotherapeutische Arbeit nicht von der gesamten Person der Therapeutin getrennt gedacht werden kann - etwa indem es genügen würde, bloß spezifische Techniken zur fachgerechten Anwendung zu bringen. Die Therapeutin steht mit ihrer ganzen Person in der Beziehung zur Patientin, sie stellt ihr Erleben zur Verfügung und nützt ihre eigenen Gewährseinsprozesse, um aus diesen geeignete Interventionen zu entwickeln. Diese sind an die einmalige Situation angepasst und aus dem besonderen intersubjektiven Kontext heraus entstanden. Dieser Einsatz der eigenen Person verlangt von der Therapeutin die Fähigkeit, mit ihrem ganzen Sein anwesend zu sein, was bedeutet, starke Affekte mitzutragen, potentielle Kränkungen auszuhalten und u.U. auch die Aktivierung eigener schwieriger Themen handhaben zu können. Sie muss in der Lage sein, diese Prozesse von denen der Patientin zu unterscheiden, um sie für den therapeutischen Prozess nützen zu können. Auch darf sie sich selbst dadurch nicht schwächen lassen oder sie sogar im Kontakt mit der Patientin ausagieren.

„Ein *Therapeut wendet sich selbst* in einer und für eine Situation an, mit allen seinen Lebenserfahrungen und professionellen Fähigkeiten, die er assimiliert und integriert hat in seinen Hintergrund, der seiner und des Patienten gegenwärtiger Bewusstheit Bedeutung verleiht. Er überrascht nicht nur seine Patienten und Gruppen, sondern auch sich selbst“ (L. Perls, 1989, 95).

„Auch der Therapeut, genau wie ein Künstler, handelt aus seinen Gefühlen heraus, indem er seinen psychischen Zustand als Instrument für die Therapie benutzt. ... Man könnte sagen, der Therapeut wird zum Resonanzkörper für alles, was sich zwischen ihm und dem Patienten abspielt. Er nimmt auf und gibt alles wieder, was in dieser Interaktion geschieht und erläutert es so, dass es zu einem Teil der Dynamik der Therapie wird“ (E. und M. Polster, 1990, 31).

„Das wichtigste diagnostische Instrument in der Psychotherapie ist sich der Psychotherapeut selbst, beziehungsweise das, was er ohne andere eigene Zutat als sein Interesse am Wachstumspotenzial des Patienten und seine Fähigkeit zur Empathie an der Kontaktgrenze zwischen sich und dem Patienten erlebt“ (H.P. Dreitzel, 2004, 21).

Dazugehörige Kompetenz:

Das therapeutische Instrument:

Sich selbst als therapeutisches Instrument verstehen

4. Präsenz

„Präsenz bedeutet, voll begegnungsfähig in der gegenwärtigen Situation zu sein und sich vom anderen auch berühren zu lassen“ (L. Hartmann-Kottek, 2004, 274).

„*Commitment* heißt so viel wie sich einlassen, Verpflichtungen eingehen, hingebende Festlegung“ (L.Perls, 1989, Anm. 115).

Laura Perls sieht Commitment als eine Bedingung, um Verantwortung übernehmen und die kreativen Möglichkeiten einer Situation entfalten zu können. Commitment hat immer mit (freiwilliger) Begrenzung und Verzicht zu tun: „...was immer innerhalb der Begrenztheit einer Situation geschehen mag, ... wenn Sie sich wirklich eingelassen haben, gibt es keinen Ausweg“ (L.Perls, 1989, 116). Indem jemand „... das „was ist“, akzeptiert und sich damit befasst, transformiert und transzendiert er die Situation und erreicht wahre Freiheit“ (L.Perls, 1989, 116 f). „In der Gestalttherapie begrenzen wir strukturell die therapeutische Situation, in dem wir die gegenwärtige Erfahrung betonen; ... Der in Commitment gebundene Therapeut muss seine eigene Ungeduld, seinen eigenen Ehrgeiz und sein Wetteifern sowie seine eigenen Ängste kennen und muss auch in der Lage sein, deren Ausdruck zu kontrollieren“ (L.Perls, 1989,119).

Dazugehörige Kompetenz:

Präsenz:

Als Person im Kontakt präsent und greifbar sein können, ohne sich hinter einer Rolle zu verstecken.

5. Vertrauen in den Prozess im Sinne der „paradoxen Theorie der Veränderung“ (A. Beisser, 1997)

Ein Merkmal der gestalttherapeutischen Grundhaltung ist es, in die Selbstregulierungsfähigkeit der Person zu vertrauen, indem das, was gerade ist, als Ausgangspunkt für jegliche Veränderung akzeptiert wird.

„Veränderung geschieht, wenn jemand wird, was er ist, nicht wenn er versucht, etwas zu werden, was er nicht ist. ... sie findet statt, wenn man sich die Zeit nimmt und die Mühe macht, zu sein was

man ist; und das heißt, sich voll und ganz auf sein gegenwärtiges Sein einzulassen“ (A. Beisser, 1997, 114).

Die Tendenz zur Selbst-Verwirklichung „... ist das grundlegende Motiv jeder Aktivität des Organismus. (vgl. Goldstein. 1934, 471). Es ist das Streben danach, sein individuelles Wesen (seine Kapazitäten, seine Persönlichkeit) so optimal wie möglich zu verwirklichen, und zwar immer im Zusammenkommen, in der Auseinandersetzung, im sich einig werden mit der Welt. Dadurch wird die „Existenz“, das „Da-sein“ der Person garantiert“ (Votsmeier, A., 1995, 9). „The satisfaction of any specific need becomes figure, when it is the temporally immediate prerequisite for the self-realization of the total organism“ (E.Smith 1977 29, zit. in Votsmeier, A.,1995, 9).

„Wichtig bei der Selbstregulierung ist, dass es sich hier nicht nur um Bedürfnisbefriedigung, Erhaltung also, sondern auch um Wachstumsprozesse handelt. Ich erhalte mich, indem ich wachse...“ (L.Perls, 1989, 182).

Dazugehörige Kompetenz:

Organismische Selbstregulation:

Die Fähigkeit, die organismische Selbstregulation des Patienten/der Patientin zu unterstützen.

6. Zurückhaltung

Gerade weil die eigene Präsenz im Sinne eines therapeutischen Instruments von der Therapeutin verlangt, sich auch mit dem eigenen Erleben in das Therapiegeschehen einzubringen, gehört es zur therapeutischen Kompetenz, Machtdynamiken zu erkennen und mit möglichen Verletzungen integer umgehen zu können. Dies bedeutet, eigenen Affekt-Reaktionen gegenüber – im Hinblick auf mögliche Projektionen – reflektiert bleiben zu können und in Bezug auf eigene impulsive Regungen Zurückhaltung zu üben.

„Offensichtlich birgt diese Ansicht über die Fruchtbarkeit der inneren Erfahrung des Therapeuten den Keim einiger Probleme in sich. ... Feingefühl und Talent sind nötig, um die Beziehung zwischen Therapeut und Patient so zu gestalten, dass sie ihren Absichten und bestehenden Interessen gerecht wird. ... Freier Ausdruck erreicht seine größte Bedeutung primär im Verhalten, das die Verantwortung für die Folgen akzeptiert. Was auch immer wir tun, es gibt stets ein Danach. Der Verantwortung für das Danach zu entgehen, ist eine Art der Entpersonalisierung“ (E. und M. Polster, 1990, 35).

„Aus diesem Grunde ist es außerordentlich wichtig, dass sich Therapeutinnen und Therapeuten ihrer narzisstischen Kränkungen bewusst werden, selbst wenn sie nicht durchgearbeitet sind und sich als wunde Stelle in den verschiedensten Situationen bemerkbar machen. ... Meiner Ansicht nach ist es

sinnvoller und kompetenter, auch mit den eigenen Wunden bewusst und durchaus für das Gegenüber erkennbar umzugehen, statt sie mit den verschiedenen Variationen von Machtspieleröffnungen und Machtspielen abzuwehren“ (R. Reichwein, 1994, 81).

Sie benötigen die Fähigkeit, auch in schwierigen Situationen die eigene Selbstunterstützung aufrechterhalten bzw. wiederherstellen zu können, achtsam und selbstverantwortlich bei sich bleiben zu können.

Sie identifizieren sich mit der ethischen Verpflichtung, den therapeutischen Beziehungsraum von jeglichen Machtinteressen und jedweder Form von Missbrauch zu schützen, sich mit Themen wie Macht und Ohnmacht der Therapeutin/des Therapeuten, Integrität, Korruptierbarkeit, Kränkbarkeit, Selbstkritik der Therapeutin/des Therapeuten, gesellschaftlichem Bewusstsein und ethischen Fragestellungen auseinanderzusetzen.

Dazugehörige Kompetenzen:

Selbstverantwortlichkeit:

Die Fähigkeit, achtsam und selbstverantwortlich bei sich bleiben zu können.

Zurückhaltung narzisstischer Impulse:

Die Fähigkeit, eigene narzisstische Prozesse und Impulse weder intersubjektiv, noch intrasubjektiv im Dienst persönlicher Bedürfnisse oder Kränkungen auszuagieren.

Reflexionsfähigkeit für eigene narzisstischen Reaktionen:

Die Fähigkeit, die eigenen narzisstischen Prozesse zu erkennen und diese reflektiert handhaben zu können (z.B. Umgang mit Gefühlen eigener Begrenzung, eigenen Ansprüchen und deren Nicht-Erfüllen, Kränkbarkeit, „Fehlern“, Trotzreaktionen, Racheimpulsen, Überlegenheits- und Unterlegenheitsgefühlen).

Macht und Ohnmacht:

Die Fähigkeit, sich mit Themen wie Macht und Ohnmacht der Therapeutin/des Therapeuten aktiv auseinanderzusetzen.

Reflexionsfähigkeit für die eigene Sexualität:

Bewusstheit und Reflexionsfähigkeit für die eigene Sexualität sowohl in Bezug auf eigene sexuelle Erfahrungen und Erlebnisweisen als auch in Bezug auf das eigene Verhalten im Kontaktprozess.

Machtspielebene erkennen:

Die Fähigkeit, ein Agieren auf einer reaktiven Machtspielebene zu erkennen und auf die therapeutische dialogische Ebene zurückzuführen.

Ethisches Handeln:

Die Fähigkeit, ethisch zu handeln.

Psychohygiene:

Die Fähigkeit, mit sich selbst sorgsam umzugehen und die eigenen Kraftquellen außerhalb der therapeutischen Tätigkeit aktiv aufzusuchen.

7. Phänomenologische Haltung: erfahrungs- und erlebnisorientierte Arbeit am Offensichtlichen, Beschreibung und Fokussierung statt Interpretation

Die phänomenologische Vorgangsweise hat zum Ziel, über die rein kognitive Beschäftigung mit relevanten Themen hinaus auch das Erleben der Patientin zu aktivieren. Dazu wird eine erfahrungsbezogene, das „Wie“ dieser Erfahrung explorierende Methode eingesetzt. Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch seiner Welt intentional gegenübersteht und ihr aktiv Sinn verleiht. Das Erschließen dieser Aktivität hilft dem Patienten herauszufinden, was er ist und wie er ist. Dazu werden methodische Vorgehensweisen wie das Einklammern von Vorannahmen und die Beschreibung aller Facetten des „Offensichtlichen“ eingesetzt. Der Ansatz basiert auf der von Husserl (1931) begründeten und von Merleau-Ponty (1966) weiterentwickelten Phänomenologie (P. Joyce, C. Sills, 2015, 31).

„Gestalttherapie ist ein erlebnis- und erfahrungsorientiertes, ausgeprägt dialogisches und phänomenologisches Vorgehen, d.h. eines, das sich an den offensichtlichen Erscheinungen im inneren und äußeren Beobachtungsraum orientiert, und über diese Wirklichkeit unmittelbar und hypothesenfrei im „Hier und Jetzt“ austauschen lässt - und im therapeutischen Experiment die Freiheit zu alternativen, korrigierenden Erfahrungen und Handlungsentwürfen eröffnet“ (L. Hartmann-Kottek, 2004, 12).

Um mit der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis konsistent zu sein, müssen Aussagen erstens „...phänomenologisch ausgerichtet sein. ... Folglich benötigt jede Aussage eine Erläuterung via einer phänomenologischen Reduktion, um die tatsächlichen Erfahrungen von den Vorurteilen, die diese überlagern, zu trennen. Zweitens muss die phänomenologische Exploration in der Therapie

dialogisch gestaltet sein. ... die Genauigkeit der Analyse (lässt sich) am besten anhand der phänomenologisch bewussten Erfahrung der Patienten überprüfen“ (Yontef, 1999, 263).

L. Perls formuliert den phänomenologischen Ansatz für die Praxis folgendermaßen: „Gestalttherapie beschäftigt sich mit dem Offensichtlichen, mit dem, was unmittelbar für die Bewusstheit des Klienten oder Therapeuten verfügbar ist und in der aktuellen, fortlaufenden Kommunikation mitgeteilt oder erweitert werden kann“ (L. Perls, 1989, 98). „Deshalb fangen wir an der Oberfläche an ... und von dort gehen wir weiter in kleinen Schritten, die unmittelbar erfahrbar und deshalb leichter assimilierbar sind“ (L. Perls, 1989, 112).

„In der Phänomenologie wird alles anerkannt, was ein Mensch von seiner Zeit-Raum-Wahrnehmung aus sieht. Der phänomenologische Standpunkt betrachtet strenggenommen die Phänomenologie jedes Menschen als gleichermaßen real. ... Was aus der Perspektive des Patienten zwischen Therapeut und Patient geschieht, findet besondere Beachtung“ (Yontef, 1999, 57f).

Dazugehörige Kompetenz:

Phänomenologische Betrachtungsweise:

Die Fähigkeit, sich phänomenologisch auf das „Wie“ der Kontaktprozesse des Patienten/der Patientin zu beziehen und dies in angemessenen sprachlichen Ausdruck bringen zu können.

8. Prozessorientierung

Im gestalttherapeutischen Ansatz wird versucht, „... alles Offensichtliche von der Oberfläche einer Situation zu erfassen, in der wir uns wiederfinden, und die auftauchende Gestalt streng auf der Basis des „Ich und Du“ und des „Hier und Jetzt“ zu entwickeln“ (F.S. Perls, 1980, 235).

Dabei wird nicht nur auf den Inhalt einer Mitteilung Bezug genommen, sondern die Ausdrucksqualität gleichwertig beachtet. Diese ist im gegenwärtigen Prozess verankert.

„Die Anwendung des sogenannten Bewusstseinskontinuums – des „Wie“ der Erfahrung – ist für die Gestalttherapie unbedingt grundlegend“ (F.S. Perls, 1980, 196).

Der Fokus auf der Entwicklung des unmittelbaren Erlebens ist vorrangig. „Jede Hypothesenbildung und jedes „Darüber-Reden“ schiebt sich wie ein Vorhang zwischen den Erlebenden und seine Wirklichkeit, unterbricht oder verdünnt seinen unmittelbaren Kontakt. Die unmittelbare Erfahrung ist haltgebend und korrigierend und hat damit bereits ein eigenes, therapeutisches Potenzial“ (L. Hartmann-Kottek, 2004, 48 f).

Der Therapeut verfolgt, „ ...was für den Klienten im konkreten Augenblick am lebendigsten ist und deshalb im Vordergrund steht. Weil das Erleben von Klienten sowie auch das, was sie über ihr Erleben sagen, komplex und ständiger Veränderung unterworfen ist, muss der Therapeut entscheiden, welchen Aspekten dieses Erlebens er besondere Beachtung schenkt“ (L. Greenberg et al., 2003, 155).

Dazugehörige Kompetenzen:

Erlebnisorientierung:

Die Fähigkeit, den Kontakt mit dem Patienten/der Patientin von der abstrakten Ebene ins konkrete gegenwärtige Erleben zu führen.

Prozessreflexion:

Die Fähigkeit, den laufenden therapeutischen Prozess auch theoretisch reflektieren zu können.

9. Kreativität

Was muss eine Gestalttherapeutin können, um das Erleben der Patientin so zu vertiefen, dass diese daraus eine Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit und neuer Verhaltensmöglichkeiten beziehen kann?

Zinker (1982) sieht den kreativen Prozess in einer Therapie darin, dass die Therapeutin in Kontakt zur Integrität eines Menschen tritt und sich darauf einzustellen vermag, „was es bedeutet, ein Mensch wie dieser zu sein“ (J. Zinker, 1982, 31). Auf der anderen Seite versucht sie aber auch, die Seite der Patientin zu erreichen, die unterdrückt oder abgespalten ist und die „... auf die Erlaubnis wartet, mit neuen oder wahrhaft überraschenden Wegen im Erleben seiner selbst experimentieren zu dürfen“ (J. Zinker, 1982, ebd.).

Dazu setzt die Therapeutin ihre Kreativität ein, um aus der Situation heraus Anregungen zu entwickeln, um bestimmte Aspekte des Erlebens zu betonen oder zu explorieren. Dabei gibt sie Halt und Orientierung.

„Gestalttherapeutische Hilfe besteht ... zu einem wichtigen Teil in der Anregung zum Experimentieren und der Unterstützung beim Erleben“ (F.M. Staemmler, 2009a, 74).

„Durch das Experiment wird der Betreffende dazu angeregt, sich den Notwendigkeiten seines Lebens zu stellen, indem er seine verkümmerten Gefühle und Handlungen in relativer Sicherheit ausspielt. Ein abgesicherter Notfall wird auf diese Art geschaffen, in der eine mutige Exploration unterstützt werden kann. Beide Enden des Sicherheits-Notfall-Kontinuums können außerdem untersucht

werden, wobei zuerst die Unterstützung und dann das Risiko betont wird – was gerade angebracht erscheint.“ (E. und M. Polster, 1990, 219).

Dazugehörige Kompetenz:

Gestalttherapeutisches Experiment:

Die Fähigkeit, gestalttherapeutische Experimente zu entwickeln und entsprechend der Grenzen des Patienten/der Patientin zu modifizieren.

10. Support:

Stütze (support) ist aus Gestalt-Perspektive eine notwendige Basis jedes gesunden Funktionierens und der Hintergrund, der befriedigenden Kontakt ermöglicht. Die Therapeutin hat die Aufgabe, die verschiedenen Aspekte von Stützen im Leben der Patientin identifizieren zu helfen, um zu entdecken, was fehlt, was unter- oder auch überbetont ist (nach P. Joyce und C. Sills 2001, 83, frei übersetzt d.d. Verf.).

Die Präsenz der Therapeutin in einer dialogischen Haltung (siehe unten) ist in diesem Sinne per se eine Form der Umwelt-Unterstützung. Das ganze therapeutische Setting und alle Interventionen haben grundsätzlich das Ziel, den Patienten dabei zu unterstützen, ausreichenden Selbst-Support zu entwickeln, bzw. seine Fähigkeit, unter Rückgriff auf seine Ressourcen für den notwendigen Umweltsupport zu sorgen. „Ich dränge nicht auf Veränderung, sondern schlage ... vor, herauszufinden, wie er sich der Stütze beraubt oder sie nicht zulässt“ (L.Perls, 1989, 184).

Dazugehörige Kompetenz:

Support:

Fähigkeit zur flexiblen und situationsadäquaten Handhabung von unterstützenden Interventionen

Unterstützung ist aber keineswegs immer nur angenehm“ (P. Joyce und C. Sills 2001, 89, übersetzt d.d. Verf.).

Manchmal ist es notwendig, fixierte Gestalten zu konfrontieren oder Manipulationsversuche zu frustrieren. Der sensible Umgang damit ist eine Frage des Feingefühls und des Timings, der vorhandenen Selbst-Stütze und Ich-Struktur der Patientin, ihrer zu erwartenden Scham-Reaktionen, sowie der Tragfähigkeit der Arbeitsbeziehung. Patienten mit fragilen Selbst-Prozessen benötigen zunächst viel Containment, um langsam Sicherheit in der Erfahrung ihrer selbst und des anderen zu gewinnen und langsam ihre Wahrnehmungsfähigkeit für die eigenen Prozesse zu entwickeln (vgl. P. Joyce und C. Sills 2001, 89 f). In diesem Fall muss der Patient sich zunächst „...seines Selbst-Supports

bewusst werden und, wenn möglich, ihn allein durch die Kommunikation so weiter entwickeln, dass er fähig wird, seine Bedürfnisse auszudrücken, ...“ (F.S. Perls, 1976, 127).

Fixierte Gestalten sind Blockierungen, die in Form von Widerständen, aktivierten Muskelverspannungen und automatisierten Verhaltensmustern in der Gegenwart aufrechterhalten werden. Sie werden als kreative Lösungen des Patienten für frühere schwierige Situationen wertgeschätzt. „In der Gestalttherapie arbeiten wir die Widerstände durch, indem wir jene Verhaltensmuster, die zu Hindernissen geworden sind, entautomatisieren, sie in den Vordergrund rücken, wo sie wieder als bewusste Aktivitäten erfahren werden können, für die der Patient dann Verantwortung übernehmen kann. ... Mit zunehmender Bewusstheit des *Wie? Wo? Wann? In welchem Ausmaß? Wird das Warum?* entweder von selbst klar oder bedeutungslos. Wir können hier und jetzt mit Alternativen experimentieren, und Veränderung wird möglich“ (L. Perls, 1989, 98).

Dazugehörige Kompetenzen:

Konfrontation:

Fähigkeit zur flexiblen und situationsadäquaten Handhabung von konfrontierenden Interventionen

Frustration:

Fähigkeit zur flexiblen und situationsadäquaten Handhabung von frustrierenden Interventionen

11. Respekt

Aus dem bisher dargestellten geht hervor, dass der Respekt vor der Würde und Integrität des Anderen bei der Gestaltung jeder Intervention grundlegend ist.

„Die Haltung ... ist geprägt vom Respekt vor der Einzigartigkeit und Andersartigkeit des anderen Menschen, dessen Würde zu achten und zu schützen uns fast noch wichtiger ist als das Engagement, mit dem wir uns drum bemühen, ihn in seiner jeweiligen Erfahrungswelt zu verstehen. ... Die Achtung der Würde des Anderen ist für Gestalttherapeutinnen der wichtigste Wert, denn ohne sie kann sogar das Bemühen um Verständnis negative Formen annehmen und z.B. besitzergreifend werden“ (F.M. Staemmler, 2009a, 21).

Dazugehörige Kompetenzen:

Respekt:

Die Fähigkeit, die andere Person in ihrer Integrität und Andersheit zu respektieren und ihre Grenzen zu achten.

Sich korrigierbar halten:

Die Fähigkeit, von bereits entwickelten Vorstellungen über den Patienten/die Patientin immer wieder Abstand nehmen zu können.

Bedürfnisse erkennen:

Die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu erkennen und diese unterscheiden zu können von Bedürfnissen des Gegenübers.

Allerdings ist es dazu auch bedeutsam, Grenzüberschreitungen seitens der Patientin nicht zu übergehen.

„Unter *Kompetenzorientierung* verstehe ich hier das Bemühen, sich der eigenen Prozesse bewusst zu bleiben und eigene Schutz- und Abwehrreaktionen nicht zu agieren, sondern als Bestandteil des interaktiven Prozesses zu analysieren und in den therapeutischen Prozess mit einzubeziehen“ (R. Reichwein, 1994, 82).

Dazugehörige Kompetenz:

Eigene Grenzen schützen:

Die Fähigkeit, die eigenen Grenzen respektieren und schützen zu können und diesbezüglich angemessen und dialogisch zu reagieren.

Alle bisher ausgeführten Aspekte der therapeutischen Haltung in der Gestalttherapie lassen sich nicht aus dem therapeutischen Beziehungskontext isolieren. Sie sind der innere Bezugsrahmen, an dem sich Gestalttherapeuten orientieren und aus dem sich die spezifisch gestalttherapeutische Arbeitsweise ergibt.

In der Folge werden nun die Aspekte untersucht, die darüber hinaus ausdrücklich die Beziehungsgestaltung bestimmen.

Kompetenzen in der Gestalttherapie, die aus der therapeutischen Beziehung resultieren

Die therapeutische Beziehung zu gestalten wird im Kompetenzen-Papier der EAGT als erste und umfassende Kompetenz einer Gestalttherapeutin dargestellt: „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 (Hervorhebung durch d. Verf.) 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“ (EAGT, 2014, 5).

In dieser zusammenfassenden Beschreibung sind die wesentlichsten Aspekte bereits angesprochen. Manches im Abschnitt Dargestellte wird nun im Lichte der interaktionalen und relationalen Aspekte wieder aufgegriffen und auf das Beziehungsgeschehen hin beleuchtet.

12. Begegnungsfähigkeit (Begegnung im Hier und Jetzt, Now-Moments) (vgl. Stern, 2005)

Für die Aufnahme in die fachspezifische Ausbildung in Gestalttherapie beim IGWien müssen Ausbildungsinteressenten von Beginn an folgende auf die Begegnungsfähigkeit bezogenen personalen Kompetenzen mitbringen:

- Kontaktfähigkeit
- Fähigkeit zur adäquaten Selbst- und Fremdwahrnehmung
- emotionale Belastbarkeit, Affekttoleranz
- Empathie-Fähigkeit
- Experimentierfreudigkeit
- Bereitschaft, sich auf Neues, Ungewohntes einzulassen
- Bereitschaft zur Achtung der Integrität anderer Menschen
- Bereitschaft, die eigene Persönlichkeit weiter zu entwickeln

(vgl. Curriculum des IGWien, 2015)

13. Kontaktfähigkeit

Die Arbeit am und mit dem Kontakt an der Kontaktgrenze, wie sie oben ausgeführt wurde, verlangt von der Therapeutin die Fähigkeit, sich selbst in lebendigen Kontakt begeben zu können und sich Unterbrechungen des Kontaktes gewahr zu werden (vgl. Staemmler, F.M. und Bock, W., 2013, 135f).

In Kontakt gehen zu können, bedeutet auch, innerlich dem Auftauchen einer Figur folgen zu können, was immer mit Interesse, Energieanstieg und affektiver Erregung verbunden ist. Die Abwesenheit von Kontakt zeigt sich z.B. als Erfahrung von Langeweile, Müdigkeit, Gedankenabschweifen oder emotionaler Distanz. „Was interessant werden *könnte*, ist wirksam ausgeschaltet“ (F. Perls et al., 1991b, 76).

Im Rahmen der therapeutischen Beziehung geht es in diesem Zusammenhang darum, Veränderungen in der Kontaktqualität wahrzunehmen und diese aufzugreifen. In den verschiedenen Phasen des Kontaktprozesses ergeben sich daraus unterschiedliche therapeutische Aufgaben (vgl. EAGT, 2014, 7).

Für die therapeutische Arbeit sind diese aus dem Hintergrund wirkenden Störungen wichtiges Therapiematerial, unabgeschlossene Gestalten, die sich in den Vordergrund drängen, samt allen Reaktionsbildungen und anderen Unterbrechungen des Kontaktes, mit denen diese abgewehrt werden. Diese zu erkennen und zielführend aufzugreifen zu können, gehört zur kompetenten Arbeit mit dem Kontakt.

Dazugehörige Kompetenz:

Vermeidungen erkennen:

Die Fähigkeit, Vermeidungen und Kontaktunterbrechungen im intersubjektiven Feld zu erkennen und therapeutisch zu reflektieren.

14. Empathie

Die Bedeutung der Empathie wurde (im Zusammenwirken mit bedingungsloser Wertschätzung und Authentizität) von C. Rogers (1957) als ein essentieller Wirkfaktor für die psychotherapeutischen Beziehung herausgearbeitet und durch die Psychotherapieforschung bestätigt (vgl. Luborsky et al. 1988, 152 ff; Watson 2001, 449 ff; Norcross 2002; zitiert in F.M. Staemmler, 2009b, 10).

Die von ihm begründete Personzentrierte (auch: Klientenzentrierte) Psychotherapie ist ein humanistisches Psychotherapieverfahren, das ebenso wie die Gestalttherapie die reale Beziehung zwischen Therapeut und Patient im gegenwärtigen Augenblick in den Mittelpunkt der Behandlung stellt.

Obwohl eine therapeutische Beziehung sich ohne die Fähigkeit der Therapeutin zu Empathie nicht etablieren kann, wurde der Begriff in der Gestalttherapie durchaus kontrovers diskutiert. Fritz Perls beispielsweise lehnte den Empathie-Begriff scharf ab als „... eine Identifikation mit dem Patienten,

die den Therapeuten aus dem Feld ausklammert und damit das halbe Feld ausschließt.“ (F.S. Perls, 1976, 124). Therapeuten „...realisieren dann nicht die überaus sublimen Natur der manipulatorischen Techniken des Patienten“ (F.S. Perls, 1976, 125). „Wenn aber der Therapeut sich selbst heraushält und sich empathisch verhält, dann entzieht er dem Feld sein wichtigstes Instrument, seine eigene Intuition und Sensitivität für die im Patienten ablaufenden Prozesse. Er muss also lernen, mit Sympathie und Frustration gleichzeitig zu arbeiten“ (F.S. Perls, 1976, ebd.). „Auf empathischem Wege kann es keinen guten Kontakt geben. Im schlimmsten Falle wird er zur Konfluenz“ (F.S. Perls, 1976, 126). Konfluenz meint das Verschwimmen von Grenzen und Unterschieden. Die Bedingung von echtem Kontakt beinhaltet jedoch gerade die Anerkennung von Unterschieden.

Aus diesen Aussagen geht hervor, dass Perls einen Empathie-Begriff kritisiert, bei dem die Therapeutin ihre eigene Position aufgibt und dabei auch ihre Intuition für das Ganze des Feldes verliert, welches ihre eigenen Reaktionen auf die Patientin einschließt.

Rogers weist jedoch selbst auf die Gefahren der Identifikation hin und betont, dass der Therapeut sein „eigenes Personsein und seine eigene Gesondertheit“ nicht verlieren darf (Rogers und Buber im Gespräch, 1992, 187, zitiert in F.M. Staemmler, 2009b, 24).

Buber stand dem Empathie-Begriff ebenfalls kritisch gegenüber. Man könne nur zu einem selbständigen Gegenüber in Beziehung treten – Distanz sei eine Voraussetzung dafür (vgl. F.M. Staemmler, 2009b, 28). Buber entwickelte stattdessen den Begriff der Umfassung, die weiter unten im Kontext der dialogischen Haltung erörtert werden wird.

„Ob man es nun „guten Kontakt“, „Umfassung“ oder „Empathie“ nennt: Gemeint ist die Aktivität der Therapeutin, mit der sie versucht, das Geheimnis des anderen zu lüften und sich – auf der Basis der verbalen und nonverbalen Mitteilungen, die sie vom Klienten empfängt – die subjektive Erfahrung des Klienten zu vergegenwärtigen. In anderen Worten, sie *stellt sich vor*, wie es ist, die Welt so wahrzunehmen und zu erleben, wie der Klient es tut, allerdings *ohne* sie deshalb selbst so zu erleben“ (F.M. Staemmler, 2009b, 29).

In diesem Sinne ist die Fähigkeit zur Einfühlung auch in der Gestalttherapie eine personale Grundkompetenz (vgl. oben F.Perls: die Intuition und Sensitivität für die im Patienten ablaufenden Prozesse ist das wichtigste Instrument des Therapeuten).

Dazugehörige Kompetenzen:

Empathiefähigkeit:

Mentale und leibliche Einfühlung in das Gegenüber empfinden können.

Resonanzfähigkeit:

Die Fähigkeit, emotionale Resonanz zu entwickeln und diese zum Ausdruck bringen zu können.

15. Kommunikationsfähigkeit

Die Kommunikationsfähigkeit ist eine grundlegende Kompetenz auf Therapeutenseite. Sie beinhaltet einen lebendigen Umgang mit Sprache, eine laufende Bewusstheit für den eigenen nonverbalen, körpersprachlichen, mimisch, gestischen Ausdruck, die Fähigkeit, Gefühle in Worte zu fassen, das Wissen, wann Sprechen und Schweigen angebracht sind, ein Gefühl für den Rhythmus, den Klang und die Stimmqualität der Sprechakte, und das gleichzeitige adäquate Verständnis für den Ausdruck des Gegenübers auf all diesen Ebenen.

Der Gestalttherapeut ist in der Lage „... 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“ (vgl. EAGT, 2014, 7).

Die Kommunikationsfähigkeit ist von der Empathiefähigkeit nicht zu trennen. Empathisches Verstehen beinhaltet kommunikative Reaktionen, durch die die Therapeutin der Patientin signalisiert, dass ihre Botschaft verstanden wurde. Diese beinhalten eine präzise Wahrnehmung der verbalen und nonverbalen Äußerungen der Patientin, die Wahrnehmung des jeweils eigenen verbalen und nonverbalen Beitrags bei der Konstitution der aktuellen Beziehungssituation, sowie die Exploration und Erfassung der damit verbundenen Emotionen und deren Bedeutung in ihrem Erfahrungskontext (vgl. Rogers 1959, 198, zit. in L. Greenberg et al., 2003, 177), und eine zutreffende sprachliche Formulierung.

Dazugehörige Kompetenzen:

Lebendiger sprachlicher Ausdruck für Gefühle:

Eine lebendige Sprache für Gefühle entwickelt haben.

Verbalisierung von empathischen Verstehen:

Empathisches Verstehen präzise verbalisieren können.

Feinfühligkeit für Genderfragen und kulturelle Diversität:

Feinfühligkeit im Umgang mit Gender- und Sexualitätsthemen sowie für kulturelle Diversität entwickelt haben.

16. Dialogische Haltung

Das Konzept der dialogischen Beziehung beinhaltet die Auffassung des Menschen als eines auf Dialog ausgerichteten, nur durch Dialog sich entwickelnden Lebewesens, das in Begegnungsmomenten das erfährt, was sein wirkliches lebendiges Sein ausmacht. „Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du. Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ (M. Buber, 1977, 18). Echter Dialog ist durch Präsenz, Offenheit und bedingungslose Wertschätzung gekennzeichnet. Das Erleben aller Beteiligten hat gleichwertige Gültigkeit und konstituiert einen intersubjektiven Zwischenraum, in dem sich Sinnerfahrung entfaltet (P. Joyce, C. Sills, 2015, 70 f).

In einer echten Begegnung wird ein Feld aufgebaut, das beide umfängt. Es gehört „...zur Funktion des Therapeuten, sich für die Existenz des „Dazwischen“ verantwortlich zu fühlen, es als kreativen Entfaltungsraum bereitzustellen, sich selbst zwar mit Neugier und Bereitschaft einzubringen, aber sich in einem mittleren Modus zwischen Aktivität und Passivität für das, was im Zwischenraum geschehen möchte, offen und neutral zu halten“ (L. Hartmann-Kottek, 2004, 274).

Dazugehörige Kompetenzen:

Dialogische Haltung:

Die Fähigkeit zu einer dialogischen Haltung und einer nicht hierarchischen Form der therapeutischen Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe.

Gemeinsame Bedeutungskreation:

Die Fähigkeit, die Suche nach Verstehen als gemeinsame Kreation von Bedeutung aufzufassen und zu handhaben.

17. Existenzielles Annehmen und Bestätigen

Annahme ist die Akzeptanz des anderen, genau so, wie er zu einem gegebenen Zeitpunkt ist. Die Bestätigung geht noch einen Schritt weiter. Sie impliziert auch dessen menschliche Potentiale und sein Vermögen, andere Menschen ebenso bestätigen zu können (Buber 2008, zit. aus H. Wegscheider, in Hartmann- Kottek, 2014, 45). Der andere ist in seiner Potentialität und in seiner Aktualität gemeint und bejaht (vgl. Buber,1986, 131).

„Der Mensch wird zu einem einzigartigen Selbst, durch die ihn bestätigende Vergegenwärtigung anderer Menschen. ... Jemand wird bestätigt, wenn er einem anderen als ganzer und einzigartiger Mensch gegenwärtig wird.... Was in diesem Prozess bestätigt wird, ist die personhafte Existenz des

Anderen als Mensch mit einem unabhängigen Innenleben, der genauso eigenständig ist, wie ich selbst“ (Yontef, 1999, 56). Es „... gehört auch die Affirmation des Potentiellen dazu. ... genau dieses Wachstumspotential ist der Kern der Bestätigung“ (Yontef, 1999, 57).

Diese Bestätigung zeigt sich in einer Haltung, die das Gegenüber in seiner aktiven Teilnahme am interaktionellen Geschehen wahrnimmt und diese fördert. „Deshalb fokussiert der Therapeut auf das Potential des Klienten einerseits zur Weiterentwicklung und Selbstbestimmtheit und andererseits zu Freiheit, Entscheidungsfähigkeit und zu reifer Bezogenheit“ (L. Greenberg et al., 2003, 166).

Dazugehörige Kompetenz:

Existenzielles Annehmen und Bestätigen:

Fähigkeit, den Anderen, so wie er/sie ist, existenziell annehmen und bestätigen zu können.

18. Umfassung (Inklusion)

Wie im Abschnitt über die Empathie schon vorausgenommen, präzisiert der von Buber geprägte Begriff der Umfassung (auch: Inklusion) die therapeutische Haltung in der Gestalttherapie in Bezug auf die Einfühlung.

„Umfassung ist die Einfühlung in die Sicht des anderen, während man das Empfinden von sich selbst beibehält. Ein Mensch, der Umfassung übt, sieht die Welt einen Moment lang so vollständig wie möglich mit den Augen des Anderen. Aber er ist nicht konfluent, denn gleichzeitig nimmt er sich selbst als vom anderen getrennt wahr“ (Yontef, 1999, 57). „Umfassung ist die höchste Form der Bestätigung“ (Yontef, 1999, ebd.).

Indem die Grenzen aufrechterhalten werden, wird der Andere gerade in seiner Andersartigkeit respektiert (vgl. Staemmler, F.M. und Bock, W., 2013, 142). In der Umfassung erlebt der Therapeut die „... Situation jeweils nicht bloß von seinem eigenen Ende aus, sondern auch von dem seines Gegenüber aus in all ihren Momenten“ (Buber, 1986, 131) und „... er muss mit der Kraft der Vergegenwärtigung am anderen Pol stehen und die Wirkung seines eigenen Handelns erfahren“ (Buber, 1986, 132).

Dazugehörige Kompetenzen:

Inklusion (Buber 1986):

Die Fähigkeit, gleichzeitig empathisch bei dem Patienten/der Patientin zu sein und doch das Gewahrsein des eigenen Erlebens aufrechterhalten zu können.

Eigeninteressen zurückstellen können:

Die Fähigkeit, Eigeninteressen im therapeutischen Beziehungskontext zurückstellen zu können.

19. Authentizität (Echtheit)

Authentizität oder Echtheit gehört explizit zur Grundhaltung aller humanistischen Therapierichtungen.

Diese Haltung entspricht den Begriffen Offenheit und Kongruenz (Rogers 1961), Transparenz (Jourard 1971; Litaer 1992), Authentizität (Litaer 1991; Trilling 1972), „Ich-Du“ (Buber 1958) (in L. Greenberg et al., 2003, 158).

Echtheit kann nicht vorgetäuscht werden. Sie umfasst das „Selbstgewahrsein des Therapeuten, seiner Ganzheit und Integrität im Gegensatz zu innerer Unstimmigkeit“ (L. Greenberg et al., 2003, 159). Er ist nicht verschlossen und heimlichtuerisch, sondern reagiert so offen und spontan, wie es der therapeutischen Situation gemäß ist (vgl. L. Greenberg et al., 2003, ebd.). „Ohne Echtheit würden Versuche, Empathie und Wertschätzung zu kommunizieren, als falsche oder gar gefährliche Manipulationsversuche empfunden“ (L. Greenberg et al., 2003, ebd.).

In Bezug auf die Voraussetzungen des Zwischenmenschlichen ist es nach Buber erforderlich, „... dass sich in die Beziehung von personhaftem Sein zu personhaftem Sein nicht der Schein verderblich einmische; es ist dazu des weiteren ... erforderlich, dass jeder den anderen in dessen personhaftem Sein meine und vergegenwärtige. Dass keiner der Partner sich dem anderen auferlegen wolle, ist die dritte basische Voraussetzung des Zwischenmenschlichen schlechthin“ (Buber, 1986, 291). Nur so kann sich eine heilsame Begegnung zweier Menschen vollziehen.

Um in der therapeutischen Begegnung authentisch sein zu können, braucht die Therapeutin die Fähigkeit, sich als Person im Hier und Jetzt in Übereinstimmung mit dem eigenen Selbstgewahrsein spürbar zu machen und verantwortlich hinter dem zu stehen, was die Person im gegenwärtigen Augenblick ausmacht.

Der Begriff der *selektiven Authentizität* wurde von Ruth Cohn geprägt: „Alles was gesagt wird, soll echt sein; nicht alles, was echt ist, soll gesagt werden. Zu jeder Intervention gehören Takt und Timing, also die Antizipation möglicher Reaktionen des andern“ (R. Cohn, 1984, 280).

„Insgesamt vollzieht sich die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie in „*selektiver Authentizität*“, das heißt, patientenorientierte Gefühle werden für die Antworten genutzt, eigene

Bedürfnisse des Therapeuten werden von ihm bewusst aus dem Prozess draußen gehalten“ (L. Hartmann-Kottek, 2004, 371).

Dazugehörige Kompetenzen:

Authentizität:

Offenheit, Spontaneität, Ehrlichkeit und Verantwortlichkeit im Kontakt zeigen können.

Selektive Authentizität:

Erkennen und reflektieren können, wann es therapeutisch indiziert ist, dem Patienten/der Patientin Teile des eigenen Erlebens- und Erfahrungshintergrundes zur Verfügung zu stellen.

Therapeutische Abstinenz:

Erkennen und reflektieren können, wann und für welche Inhalte es therapeutisch indiziert ist, den eigenen Erlebens- und Erfahrungshintergrund NICHT zu Verfügung zu stellen.

20. Fähigkeit zur therapeutischen Beziehungsgestaltung und Klarheit über das therapeutische Verhältnis

Die in diesem Aspekt erfassten Kompetenzen gehören zu den oben beschriebenen *common factors* nach Bordin (1979): eine wirkungsvolle therapeutische Allianz umfasst eine vertrauensvolle positive emotionale Beziehung (bond) sowie die Übereinstimmung im Hinblick auf Ziele (goals) und Aufgaben (tasks) der Behandlung.

Dazugehörige Kompetenzen:

Vertrauen aufbauen:

Die Fähigkeit, Vertrauen aufzubauen und einen sicheren, Orientierung und Halt gebenden therapeutischen Erfahrungsraum zu kreieren.

Das Beziehungsgeschehen verstehen:

Die Fähigkeit, die therapeutische Beziehung selbst und das Geschehen innerhalb derselben als bedeutungsvolles Phänomen zu verstehen, zu reflektieren und thematisieren zu können.

Ziele definieren:

Die Fähigkeit, die Ziele des Patienten/der Patientin zu verstehen und gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin Behandlungsziele zu definieren.

Awareness für interaktionale Prozesse:

Fähigkeit zur Wahrnehmung der interaktionalen Prozesse in der Therapiesituation, wie z.B. Rollenzuschreibungen und Rollenübernahmen, Manipulationen, Ansprüche und Erwartungen, Tabus und implizite Verhaltensregeln, Grenzüberschreitung, Nähe-Distanz-Regulation, Kontaktangebote usw.

Grundkonflikte erfassen:

Die Fähigkeit, die Grundkonflikte und – themen des Patienten/der Patientin zu erfassen und zu benennen.

21. Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung

Wenn auch die Realbeziehung die Basis des Kontaktes zwischen Therapeutin und Patientin darstellt, so ist sich ein Gestalttherapeut der Tatsache bewusst, dass in diese auch Übertragungen früherer Beziehungserfahrungen des Patienten einfließen. Übertragungen werden in der Gestalttherapie als „unabgeschlossene Gestalt“ betrachtet. Diese wird in typischer Weise „am imaginierten Herkunftsort mit der (imaginierten, Hinzuf. d.d. Verf.) Originalperson in der (imaginierten, Hinzuf. d.d. Verf.) Originalbeziehung abgearbeitet“ (L. Hartmann-Kottek, 2004, 277). Die Gestalttherapie arbeitet nicht mit dem Aufbau einer Übertragungsneurose, sondern mit der Übertragungsablösung, da es das Ziel ist, „... die Wirklichkeit, soweit wir sie erkennen können, so eindeutig, klar und differenziert, wie es nur irgend geht, zu erfassen. Dazu gehört auch die Unterscheidung von den Übertragungsschatten. Die Gestalttherapie hält allerdings die Übertragung für eine der ergiebigsten Spuren, die zum zentralen Konfliktfeld führen, und arbeitet ständig mit Beziehungsresten, die die Übertragung hervorbringen“ (L. Hartmann-Kottek, 2004, 278).

Der Begriff der Gegenübertragung beinhaltet in der Gestalttherapie zunächst die gesamthafte emotional-leibliche Resonanz des Therapeuten auf die Übertragung der Patientin (vgl. P. Joyce und C. Sills 2001, 150 f). Die Therapeutin achtet auf ihre Resonanz wie „eine Art lebendiger, besonders sensibilisierter Seismograf“ (L. Hartmann-Kottek, 2004, 278) und bezieht sie in ihre Überlegungen und Interventionen ein. Sie ist Teil ihres Wahrnehmungsinstrumentariums. Allerdings ist es essentiell, in dieser Wahrnehmung auftauchende *eigene alte Beziehungs- und Konfliktreste* als „Gegenübertragung im engen Sinne“ (vgl. L. Hartmann-Kottek, 2004, 278) zu identifizieren und aus der therapeutischen Beziehung herauszuhalten, bzw. die eigenen Gegenübertragungsgefühle im Rahmen einer Supervision oder eigenen Selbsterfahrung zu untersuchen und zu differenzieren.

Konsequenterweise spricht man aus der dialogischen Perspektive heraus von einer Ko-Übertragung, die bezeichnet, dass Übertragung sich jeweils in einem bestimmten Feld etabliert, das durch die beiden beteiligten Partner gemeinsam kreiert wird. „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-Treten“ (EAGT, 2014, 20).

Im Zusammenwirken von Übertragung und Gegenübertragung können sich Interaktionen entwickeln, die, solange sie noch nicht für beide durchsichtig sind, die therapeutische Wirksamkeit unterminieren (vgl. H.P. Dreitzel, 2004, 78). Für die Psychotherapie sind „... solche Rollenfiguren relevant, die 1. manipulativ eingesetzt werden und die 2. unbewusst zur Angstabwehr dienen und die 3. die Funktion haben, Verdrängungen abzusichern“ (H.P. Dreitzel, 2004, 76).

Eine Gestalttherapeutin ist in der Lage „zu verstehen, was mit ihr geschieht, zu welchen Positionen und Rollen sie in dem entstehenden Feld mit der Klientin aufgefordert wird“ (EAGT, 2014, 7).

Dazugehörige Kompetenzen:

Übertragungen erkennen:

Die Fähigkeit, im Kontakt mit Patienten/Patientinnen Übertragungen zu erkennen.

Umgang mit Gegenübertragung:

Die Fähigkeit, Resonanzphänomene als Informationen über das intersubjektive Feld und als diagnostische Hinweise wahrzunehmen zu können.

Beziehungsangebote verstehen:

Die Fähigkeit, Beziehungsangebote des Patienten/der Patientin zu verstehen, Abhängigkeiten und Idealisierungen zu erkennen und deren Etablierung nicht zu fördern sondern therapeutisch zu handhaben.

Supervisionsnotwendigkeiten erkennen:

Die Fähigkeit, eigene unabgeschlossene Gestalten von Resonanzphänomenen differenzieren zu können und Notwendigkeiten für supervisorische Bearbeitung entsprechend wahrzunehmen.

22. Prozessuale Diagnostik

Jeder Intervention gehen diagnostische Einschätzungen voraus, indem die Wahrnehmungen und Erfahrungen mit einer Person innerlich geordnet und ausgewertet werden und daraus vorläufige Hypothesen entwickelt werden, die als Orientierung für das therapeutische Handeln dienen. Es ist wesentlich, sich in diesem Reflexionsprozess korrigierbar zu halten. Diagnostik wird dabei als Teil des Prozesses betrachtet, und gilt selbst als Intervention, im Wissen um deren Auswirkung auf den Prozess. Es ist wichtig, „sich der Wirkung einer intrinsischen Diagnose im Kontaktprozess bewusst zu sein“ (EAGT, 2014, 10). Sie soll keine abschließende und kategorisierende Einordnung des Patienten darstellen, sondern im Sinne der dialogischen Beziehung ein fortlaufender gemeinsamer Erkenntnis- und Reflexionsprozess über die sich entwickelnden Phänomene im Laufe der Therapie. Es ist „... nicht Ziel der Psychotherapie, dass der Therapeut etwas an dem Patienten gewahrt, sondern dass der Patient seiner selbst gewahr wird“ (F. Perls et al., 1991a, 118). Demzufolge erfolgen diagnostische Aussagen im Dialog. „Sie müssen vom Klienten erfahrungsmäßig und reflektierend nachzuvollziehen und zu überprüfen sein“ (R. Fuhr et al., 1999, 642). Es wird mitbedacht, dass der Erfahrungshintergrund der Therapeutin in eine Diagnose einfließt und diese daher niemals objektiv sein kann.

Das Erkennen von Ressourcen ist ebenfalls Teil des diagnostischen Prozesses. „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“ (EAGT, 2014, 10).

Dazugehörige Kompetenzen:

Diagnostik als Intervention:

Die Fähigkeit, jedwede diagnostische Aktivität als dialogische Intervention im therapeutischen Prozess zu handhaben.

Dialogische Diagnostik:

Die Fähigkeit, sich des Einflusses des eigenen Hintergrundes auf jedwede diagnostische Aktivität gewahr sein zu können.

Ressourcenorientierung:

Die Fähigkeit, die Ressourcen und das kreative Potential der Patienten/Patientinnen zu sehen, zu vermitteln und zu aktivieren.

Die hier herausgearbeiteten 54 Kernkompetenzen stellen das zentrale Instrumentarium der Gestalttherapie dar. Aus ihnen leiten sich die Methodik und die Techniken unmittelbar ab. Vorausgesetzt wird dabei die Kenntnis der theoretischen Konzepte, sowie störungs- und kulturspezifisches Wissen und die Bedeutung von dessen praktischer Anwendung, die Fähigkeit, dieses Wissen im kollegialen Austausch verständlich zu kommunizieren und zu erweitern, sowie der richtige Umgang mit den praktischen und rechtlichen Rahmenbedingungen einer Praxisführung.

Dazugehörige Kompetenzen:

Gestalt-Basiskonzepte Theorie:

Die Fähigkeit, gestalttherapeutische Basiskonzepte *theoretisch* zu verstehen.

Gestalt-Basiskonzepte Praxis:

Die Fähigkeit, gestalttherapeutische Basiskonzepte in ihrer *praktischen* Anwendung verfügbar zu haben.

Wissen über spezielle Störungsbilder:

Die Fähigkeit, sich theoretisches Wissen über spezielle Störungsbilder anzueignen und in der konkreten praktischen Arbeit anwenden zu können.

8. Literatur

Beisser, A. (1997): Wozu brauche ich Flügel? Wuppertal, Peter Hammer

Bergson, H., (1889): Zeit und Freiheit. Eine Abhandlung über die unmittelbaren Bewusstseinstatsachen

Bordin, E. S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Buber, M. (1977): Ich und Du. 9. Aufl. Heidelberg, Lambert Schneider

Buber, M. (1986): Das dialogische Prinzip. 13. Aufl. 2014, Gütersloh, Lambert Schneider

Cohn, R., Farau, A. (1984): Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Dreitzel, H.P. (2004): Gestalt und Prozess, Köln, EHP

European Association for Gestalt Therapy (EAGT) (2014): Vidakovic, I., Zeleskov – Djoric, J., Roubal, J., van Baalen, D., Francesetti, G., Wimmer, B.: Spezifische Kompetenzen von GestalttherapeutInnen.

European Association of Psychotherapy (EAP) (Accepted at the EAP AGM, Moscow, July 2013): The Core Competencies of A European Psychotherapist

Friedlaender, S., (1926): Schöpferische Indifferenz. 2. um ein Vorw. vermehrte Aufl., Müller, München

- Fuhr, R., Skreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M., (1999): Handbuch der Gestalttherapie, Göttingen, Hofgrefe, 635-646
- Goldstein, K. (1934): Der Aufbau des Organismus. Den Haag
- Goldstein, K. (1947): Human Nature in the Light of Psychopathology, Cambridge (Harvard University Press, 2. Auflage)
- Greenberg, L., Rice, L. Elliott, R. (2003): Emotionale Veränderung fördern - Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie, Paderborn, Junfermann
- Grillmeier-Rehder, U. (2020a): Kernkompetenzen in der integrativen Gestalttherapie. Psychotherapeutische Fähigkeiten in der fachspezifischen Ausbildung. Wiesbaden, Springer.
- Grillmeier-Rehder, U. (2020b): „Mit welchen Fähigkeiten arbeiten GestalttherapeutInnen?“ In: Grillmeier-Rehder, U., Pernter, G. (Hg.), 2020, Spiegelungen des Hier-und-Jetzt – Gestalttherapie im Wandel der Zeit. Gevelsberg, EHP. 121-189
- Husserl, E. (1931): Ideas: general introduction to pure phenomenology. Trans. by W. R. B. Gibson. Macmillan, N.Y.
- Hartmann-Kottek, L. (2004): Gestalttherapie, Berlin, Heidelberg, New York, Springer
- Hartmann-Kottek, L. (Hg.) (2014): Gestalttherapie- Faszination und Wirksamkeit, Gießen, Psychosozial
- Heidegger, M. (1963): Sein und Zeit, Tübingen
- www.igwien.at, (2016): Curriculum des IGWien, Ausbildungsstruktur, <http://www.igwien.at/?si=st20070424100356>, Zugr.am 13.1.2016 12.52
- Joyce, P., Sills, C. (2001): Skills in Gestalt Counselling and Psychotherapy, SAGE London
- Joyce, P., Sills, C. (2015): Gestalttherapeutische Kompetenzen für die Praxis, Köln, EHP
- Merleau-Ponty, M. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung, Berlin, Walter de Gruyter & Co
- Perls, F.S. (1976): Grundlagen der Gestalttherapie, Einführung und Sitzungsprotokolle, 8. Aufl. 1992, München, Pfeiffer
- Perls, F.S./ Hefferline, R.F./ Goodman, P. (1991a): Gestalttherapie. Grundlagen. (original 1951 New York), München, dtv, (nach der dt.Ausg.1979 Stuttgart, Klett)
- Perls, F.S./ Hefferline, R.F./ Goodman, P. (1991b): Gestalttherapie. Praxis. (original 1951 New York), München, dtv, (nach der dt.Ausg.1979 Stuttgart, Klett)
- Perls, F.S.(1980):Gestalt- Wachstum –Integration, (Hrsg. Petzold, H.) Paderborn, Junfermann
- Perls, L. (1989): Leben an der Grenze. Köln, EHP
- Polster, E./ Polster, M. (1983): Gestalttherapie, Theorie und Praxis der Gestalttherapie. (Aufl. 13.-14. Tsd. 1990) Frankfurt/Main, Fischer
- Reichwein, R. (1994): Patriarchale Machtillusionen im therapeutischen Alltag, in: Gestalttherapie 1/ 1994, 69-84
- Rogers, C.R. (1957): The Necessary an Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, In : Journal fo Consulting psychology, Vol 21, 95-103

Staemmler, F.M. (2009a): Was ist eigentlich Gestalttherapie? Köln, EHP

Staemmler, F.M. (2009b): Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie, Stuttgart, Klett

Staemmler, F.M. und Bock, W. (2013): Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie, Köln, Peter Hammer

Stern, D.N. (2005): Der Gegenwartsmoment: Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag, Frankfurt/Main, Brandes & Apsel

Votsmeier, A. (1995): Gestalt-Therapie und die „organismische Theorie“ – der Einfluss Kurt Goldsteins. In: Gestalttherapie 1/1995 S. 2-16, Köln

Yontef, G. (1999): Awareness, Dialog, Prozess – Wege zu einer relationalen Gestalttherapie, Köln

Zinker, J. (1982): Gestalttherapie als kreativer Prozess, Paderborn, Junfermann