

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 11. Juni 2018 das nachfolgende Gutachten:

Vorbemerkungen

Mit Schreiben vom 21.12.2010 hat der Deutsche Dachverband Gestalttherapie für approbierte Psychotherapeuten (DDGAP) den Antrag auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Sinne des § 11 PsychThG gestellt. In der 9. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie am 14.03.2011 erfolgte der Beschluss über die Eröffnung des Verfahrens der Begutachtung.

Der von der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) am 12.10.2012 gestellte Antrag auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen umfasste neben anderen therapeutischen Ansätzen ebenfalls die Gestalttherapie. Nach Aufnahme des Verfahrens zur Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie teilte der DDGAP am 23.02.2012 mit, dass er die Gestalttherapie als Methode der Humanistischen Psychotherapie verstehe. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Bearbeitung des Antrags des DDGAP ausgesetzt und es erfolgte eine gemeinsame Prüfung der eingereichten Studien im Rahmen der Bearbeitung des Antrags der AGHPT.

Am 26.04.2015 beantragte der DDGAP die Wiederaufnahme des Antrags für Gestalttherapie als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren. Nach Klärung der Autorisierung der Antragsteller hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie auf seiner Sitzung am 21.03.2016 beschlossen, das Prüfverfahren zum Anerkennungsantrag auch gesondert wieder aufzunehmen. Parallel erfolgte weiterhin eine gemeinsame Prüfung der Studien mit den Studien, die für die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie geprüft wurden.

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich vor allem auf die folgenden Unterlagen:

- den vom DDGAP vorgelegten Gutachtenantrag vom 21.12.2010 inklusive der ersten Zusammenstellung der Wirksamkeitsstudien,
- die Ergänzung des DDGAP mit Forschungsbelegen zur Gestalttherapie vom 02.03.2011,
- den von der AGHPT vorgelegten Gutachtenantrag vom 12.10.2012 inklusive der ersten Zusammenstellung der Wirksamkeitsstudien,
- ergänzende Literaturrecherchen und Ergebnisse, die entsprechend der Kooperationsvereinbarung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch diesen durchgeführt wurden (04.12.2013, Update am 07.07.2016),
- den Antrag zur Wiederaufnahme des Anerkennungsantrags des DDGAP vom 26.04.2015,

- die Ergänzungen des DDGAP zum Update der Literaturrecherche vom 22.08.2016,
- die Stellungnahme des DDGAP zur vorläufigen Studienbewertung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 15.10.2017,
- das Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie vom 11.12.2017.

Die Bewertungen der Studien bei der Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie und der Humanistischen Psychotherapie erfolgten gemeinsam, daher sind in der Abbildung 1 relevante Studienquellen aus beiden Anträgen aufgeführt.

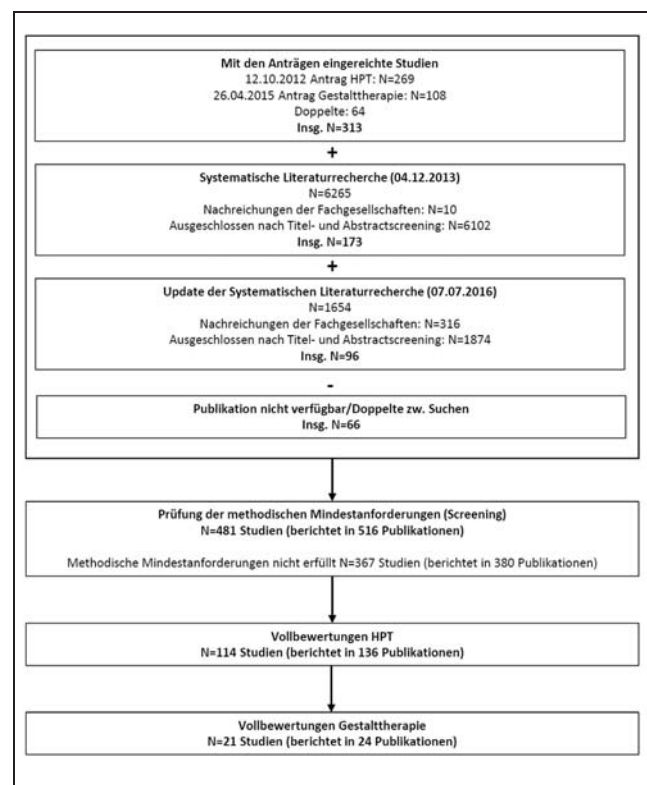


Abbildung 1: Übersicht der eingereichten bzw. berücksichtigten Studien für das Gutachten zur Gestalttherapie¹

Hinweis: Die Inhalte des vorliegenden Gutachtens beziehen sich in gleichem Maße auf Frauen und Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jedoch die männliche Form für alle Personenbezeichnungen gewählt. Die weibliche Form wird dabei stets mitgedacht.

¹Aufgrund der gemeinsamen Bewertungen der Studien bei der Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie und der Humanistischen Psychotherapie sind in der Abbildung relevante Studienquellen aus beiden Anträgen aufgeführt.

TABELLE 1

Mögliche Kombinationen von Diagnose- und Zielkriterien im Anwendungsbereich F54

Option	Somatische Diagnostik erfolgt	Psychische Diagnostik (explizite Diagnose) erfolgt	Psychische Diagnostik (erhöhte psych. Belastung) eingeschätzt	Zielkriterium somatisch definiert	Zielkriterium psychisch definiert
1	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
2	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
4	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
5	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja
6	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
7	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein

2. Gutachtenauftrag und Methodik

Es sollte geprüft werden, ob und inwieweit die wissenschaftliche Anerkennung der Gestalttherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie festgestellt werden kann. Die Prüfung des Antrags zur Begutachtung der Gestalttherapie erfolgte auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Version 2.8 des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, welches in der Sitzung vom 20.09.2010 verabschiedet wurde.²

Im ersten Schritt wurde geprüft, ob es sich bei der Gestalttherapie um ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapieverfahren handelt.

Nach den Ausführungen des Methodenpapiers wird ein psychotherapeutischer Ansatz als ein Psychotherapieverfahren definiert,

- wenn er von seinen Vertretern selber als ein Psychotherapieverfahren verstanden wird,
- wenn die theoretischen Erklärungen der Störungen und Methoden einheitlich bzw. auf der Basis gemeinsamer Grundannahmen erfolgen,
- wenn begründete Kriterien für die Indikationsstellung sowie Konzepte zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung formuliert sind,
- wenn das Psychotherapieverfahren bzw. die Methoden des Psychotherapieverfahrens zur Behandlung von Störungen eines breiten Spektrums von Anwendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden und
- wenn das Psychotherapieverfahren in dieser Breite in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung gelehrt wird.

Im zweiten Schritt überprüfte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Wirksamkeitsnachweise getrennt für die 18 Anwendungsbereiche (Indikationsbereiche). Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich setzt voraus, dass in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Anwendungsbereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie eine Katamneseuntersuchung einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachgewiesen wird.

2.1. Vorgehen im Anwendungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen“ (F54)

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie diskutierte darüber hinaus ausführlich die Einschlusskriterien für Studien, die dem

Anwendungsbereich F54 zugeordnet wurden. In den betreffenden Studien zeigte sich, dass die Diagnosekriterien für die Kodierung von F54 gemäß ICD-10 oft nur unzureichend dargestellt wurden. Häufig beschrieben wurde stattdessen eine relevante psychische Belastung. Als Zielkriterien wurden in diesen Studien sowohl somatische wie auch psychische Parameter herangezogen. Um die Besonderheiten in diesem Anwendungsbereich einheitlich zu adressieren, verständigte sich der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie darüber, welche Kriterien im Hinblick auf Diagnostik und Erfassung von Zielkriterien in einer Studie vorliegen müssen, um als Wirksamkeitsbeleg gewertet zu werden. Der Beirat erarbeitete dazu eine Übersicht über mögliche Kombinationen von Diagnosen und erfassten Zielkriterien in den Studien (vgl. Tabelle 1).

Entschieden wurde, die unter der Option 4 definierte Kombination von Diagnosestellung und Zielkriterien und die damit inkludierten Optionen 1 – 3 zu verwenden. Das bedeutet, dass für den Einschluss einer Studie neben einer somatischen Diagnose auch eine erhöhte psychische Belastung als Inklusionskriterium der Studienpatienten berichtet sein muss, damit eine Studie für die weitere Begutachtung (Vollbewertung) herangezogen werden kann. Außerdem muss in der Studie als primäres Zielkriterium die psychische Belastung oder Symptomatik zur Bewertung der Wirksamkeit des Psychotherapieverfahrens berichtet werden. Zusätzlich wurde Option 7 als mögliche Kombination von Diagnose- und Zielkriterien für den Einschluss von Studien akzeptiert. Das bedeutet, dass Studien, in denen eine somatische Diagnose ohne weitere Feststellung der psychischen Belastung gestellt wird, ebenfalls für die weitere Bewertung im Rahmen des Gutachtens zur Gestalttherapie herangezogen werden, wenn als Zielkriterium die Verbesserung der Symptomatik der somatischen Erkrankung untersucht wird.

2.2. Empfehlung zur vertieften Ausbildung

In einem dritten Schritt prüfte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und/oder für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung wurde auf der Grundlage der im Methodenpapier festgelegten Kriterien ausge-

²<http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/methodenpapier28.pdf>

sprochen. Dort sind – getrennt für die Anwendung des Verfahrens bei Kindern und Jugendlichen bzw. bei Erwachsenen – die Anwendungsbereiche genannt, für die mindestens eine ausreichende Anzahl von Wirksamkeitsnachweisen erbracht sein müssen, damit eine wissenschaftliche Anerkennung als Psychotherapieverfahren festgestellt werden kann.

3. Gestalttherapie als Psychotherapieverfahren

3.1. Definition

Die Gestalttherapie versteht sich laut den Antragstellern als „ein Verfahren, das aus einem wachstumsfördernden, mehrdimensionalen, therapeutischen Beziehungsverständnis sowie aus seinem humanistischen Menschenbild heraus ein phänomenologisch geleitetes, prozess-, erfahrungs-, ressourcen-, erlebnis- sowie ein lösungsorientiertes Bewusstwerdungsangebot macht, das hilft, in Achtsamkeit die innere und äußere Situation klarer zu erkennen, – sowohl um angemessen notwendige Grenzen zu ziehen, – wie auch und vor allem, um gezielt zu Ausgegrenztem über Kontakt, Dialoge und integrierende (Re-)Identifikation Verständnisbrücken herzustellen; – dabei werden die Teilaspekte konfliktlösend und stimmiger zu einem neuen Ganzen geordnet, Überkommenes wird überprüft, gegebenenfalls verabschiedet – und dabei die persönliche Freiheit und Verantwortung für eine wertbezogene Wahlmöglichkeit erhöht.“ Der DDGAP führt zudem an, dass die „Gestalttherapie [...] nicht nur durch ihre speziellen, eigenen Strukturen auf der Beziehungs- und Bewusstseinssebene gekennzeichnet [ist], [...], sondern weist darüber hinaus mit allen 2 gängigen Ansätzen [psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie] gemeinsame Schnittmengen auf und besitzt daher in verschiedenen Richtungen hin Anschlussfähigkeit: 1) Sie bewahrt von Anfang an das psychoanalytische Erbe des unbewussten Konflikt-Verständnisses; 2) sie teilt die Erfahrungs- und Gegenwartsbezogenheit mit der Verhaltenstherapie und 3) verbindet sie mit der Systemischen Therapie der Bezug auf die Erkenntnisse der Gestaltpsychologie und der Feldtheorie.“ Daher sehen die Antragsteller eine klare Abgrenzung zu „gestaltorientierter Methodik und Technik“, wie sie innerhalb der Humanistischen Psychotherapie angewendet werde. Da die Emotionsfokussierte Therapie aus den Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie und der Gestalttherapie entstanden ist, wird diese vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie hier der Gestalttherapie zugeordnet.

3.2. Theorie

Der theoretische Hintergrund zur Gestalttherapie wird von den Antragstellern wie folgt dargelegt: „Namengebend ist der Gestaltbegriff der Gestaltpsychologie, die Ende des 19. Jhts. und bis ins erste Drittel des 20.ten Jhts. (bis 1933) in Deutschland große Bedeutung hatte. Die Gestaltpsychologie bildete im 19. Jht. einen ergänzenden Gegenpol zur analysierenden Assoziationspsychologie (Wilhelm Wundts). „Gestalt“ wird als transponierbares, nicht weiter teilbares Ganzes verstanden, auch als ein Beziehungsgefüge, das sich von seinem Hintergrund als Vordergrundfigur oder Teilsystem abgrenzen lässt. „Gestalt“ steht damit auch schlicht für „Seiendes“, „Existierendes“ (Ex-sistere (lat.) hervorstehen). Jedes Ganzes (Holon n. K. Wilber) hat seinen Kontext, ist Teil eines hierarchisch gegliederten, übergeordneten Ganzen und kann selbst auch in Subsysteme zerfallen. Obwohl sich der Name auf die Ganzheit bezieht, steht in der Gestalttherapie der Pol der Vielfalt und der Pol der Einheit in Ba-

lance. In der Therapie wird zunächst auf die phänomenologisch unterscheidbaren Teilaspekte geachtet, die belebt und im Dialog in ihren Beziehungswünschen neu erfasst werden, um danach zu einer stimmigeren Integration zu finden. Oft handelt es sich um eine Neubewertung von Verinnerlichungen (Introjekten) und identitätsstiftenden Erfahrungen.“

3.3. Diagnostik und Behandlungsplanung

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

Bezüglich der Diagnostik geben die Antragsteller keine konkreten Hinweise. Sie verweisen jedoch darauf, dass „„kreative[n] Medien“ (Malen, Tönen, Tönen, Masken-, Märchen-, Kollagen- oder Stein-Arbeit, gelenkte Poesie-Improvisation, Imaginationen, Stimmlaut- und Sprachverfremdungs-Experimente etc.) mit stabilisierender oder diagnostischer Zielsetzung [...]“ zum Einsatz kommen.

3.4. Indikationsbereiche

Die Gestalttherapie ist laut den Antragstellern für alle Diagnosegruppen anwendbar. Ein „Nebeneffekt“ sei eine schnell eintretende Symptomreduktion durch die Förderung „der affektiven Ausdrucksmöglichkeiten, der Zunahme der eigenständig-konfliktlösenden und sozial-kommunikativen Fähigkeiten sowie in der allgemeinen Persönlichkeitsreifung“. Zudem gebe es für die Anwendung der Gestalttherapie keine Kontraindikation.

3.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Deutschlandweit gibt es ein Netz von Gestaltinstituten, die unter dem Dach der Deutschen Vereinigung Gestalttherapie

(DVG) zusammengeschlossen sind. Angeboten wird eine Vielzahl von Curricula zur Fort- und Weiterbildung in Gestalttherapie. Auf europäischer Ebene hat die European Association for Gestalt Therapy (EAGT) ein Konzept für ein Ausbildungscurriculum mit insgesamt 1.500 Stunden entwickelt.

3.6. Fazit: Verfahrensbegriff

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie kommt zu dem Schluss, dass es sich bei der Gestalttherapie um ein Psychotherapieverfahren entsprechend den Kriterien des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie handelt.

4. Feststellung der Wirksamkeit

4.1. Wirksamkeitsbelege

Alle vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Wirksamkeitsnachweis anerkannten Studien sind entsprechend den Anwendungsbereichen der Psychotherapie gemäß Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in Tabelle 2 aufgelistet. Tabelle 2 listet zudem für alle Anwendungsbereiche der Psychotherapie Studien mit einer ausreichenden methodischen Qualität auf, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen. Auf die Aufführung von Anwendungsbereichen, für die keine Studien mit ausreichender methodischer Qualität vorliegen, wurde in Tabelle 2 verzichtet.

TABELLE 2

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die als Wirksamkeitsnachweis anerkannt wurden bzw. keinen Effekt nachweisen konnten³

ERWACHSENE

1 Affektive Störungen

Wirksamkeitsnachweise

● Goldman et al. 2006 Ellison et al. 2009	Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie (erfüllt das 6-Monats-Katamnese-Kriterium)
● Watson et al. 2003	Nicht-Unterlegenheitsbeleg für Emotionsfokussierte Therapie (Process-Experiential Psychotherapy)
● Greenberg & Watson 1998	anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie (Studie nur mit ausreichender externer Validität ⁴)

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

● Baron et al. 2011 Mohr/Beckner et al. 2007 Beckner et al. 2010	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Emotionsfokussierte Therapie Kognitiver Verhaltenstherapie unterlegen ist und keine weitere Vergleichsbedingung wie z. B. Warteliste oder TAU vorhanden war
● Beutler et al. 1988	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, Gestalttherapie zeigt keine Überlegenheit gegenüber Kontrollbedingung (Psychoedukation)
● Denton et al. 2012	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Unterschied zwischen Emotionsfokussierter Therapie und Medikamenten und Medikamenten allein gezeigt werden konnte

2 Angststörungen und Zwangsstörungen

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

● Shear et al. 2001	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da Kognitive Verhaltenstherapie Emotionsfokussierter Therapie überlegen und keine Überlegenheit der Emotionsfokussierten Therapie gegenüber der Placebobedingung gezeigt werden konnte
---------------------	--

3 Somatoforme und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

● Beutler et al. 1988	abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis für Gestalttherapie (Focused Expressive Psychotherapy), da keine Überlegenheit gegenüber Kontrollbedingung (Psychoedukation) nachweisbar ist
-----------------------	---

6 Anpassungs- und Belastungsstörungen

Wirksamkeitsnachweise

● Butollo et al. 2016	Wirksamkeitsnachweis für Gestalttherapie
-----------------------	--

³Da die Emotionsfokussierte Therapie aus den Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie und der Gestalttherapie entstanden ist, wird diese vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie hier der Gestalttherapie zugeordnet.

⁴Da im Anwendungsbereich Affektive Störungen bereits zwei Wirksamkeitsnachweise mit ausreichender interner und externer Validität vorliegen, davon eine, die das 6-Monats-Katamnese-Kriterium erfüllt, werden hier entsprechend des Methodenpapiers zusätzlich Studien aufgeführt, die über eine ausreichende allgemeine methodische Qualität und ausreichende externe Validität, aber keine ausreichende interne Validität verfügen.

10 Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen**Wirksamkeitsnachweise**

- | | |
|-----------------------|---|
| • Najafi et al. 2015 | Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie |
| • Soltani et al. 2014 | Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie |

Studien mit ausreichender methodischer Qualität, die keinen Effekt des untersuchten Ansatzes nachweisen

- | | |
|-------------------------|---|
| • Azar et al. 2013 | abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein separater Effekt für Gestalttherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisbar ist; für Nachweis der Nicht-Unterlegenheit der Gestalttherapie gegenüber Kognitiver Verhaltenstherapie unzureichende Power |
| • Ventegodt et al. 2004 | abgelehnt als Wirksamkeitsnachweis, da kein Effekt für Gestalttherapie gegenüber unbehandelter Kontrollgruppe nachweisbar ist |

Gemischte Störungen**Wirksamkeitsnachweise**

- | | |
|-----------------------------|---|
| • Paivio & Nieuwenhuis 2001 | anerkannt als Wirksamkeitsnachweis für Emotionsfokussierte Therapie (erfüllt zusätzlich das 6-Monats-Katamnese-Kriterium) |
|-----------------------------|---|

4.2. Fazit: Zusammenfassende Bewertung der Wirksamkeit

Bei Erwachsenen kann nach den vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie entwickelten Kriterien (Abschnitt 2.2 des Methodenpapiers) für Gestalttherapie für den Anwendungsbereich Affektive Störungen die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden.

Bei Kindern und Jugendlichen kann von Seiten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie für keinen der im Methodenpapier definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden. Entsprechende Wirksamkeitsstudien wurden nicht vorgelegt und konnten auch in der umfangreichen Literaturrecherche nicht identifiziert werden.

5. Empfehlung zur Zulassung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung

Die Gestalttherapie im Sinne des Antrags des DDGAP kann weder als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten noch als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden, weil nur für den Anwendungsbereich Affektive Störungen bei Erwachsenen die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden kann.

Berlin, 11. Juni 2018

Prof. Dr. Günter Esser
(Vorsitzender)

Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft
(Stellvertretender Vorsitzender)

Literatur

- Azar FS, Asadnia S: Efficacy of Cognitive Behavior Therapy and Gestalt Therapy on Poor Sleep Quality among College Female Students with Headache. *Journal of Education, Psychology and Social Sciences* 2013; 1(2): 15–24.
- Baron KG, Corden M, Jin L et al.: Impact of psychotherapy on insomnia symptoms in patients with depression and multiple sclerosis. *Journal of Behavioral Medicine* 2011; 34(2): 92–101.
- Beckner V, Vella L, Howard I et al.: Alliance in two telephone-administered treatments: relationship with depression and health outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2007; 75(3): 508–12.
- Beckner V, Howard I, Vella L et al.: Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 2010; 33(1): 47–59.
- Beutler LE, Daldrop R, Engle D et al.: Family dynamics and emotional expression among patients with chronic pain and depression. *Pain* 1988; 32(1): 65–72.
- Butollo W, Karl R, König J et al.: A Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2016; 8(1): 16–26.
- Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN: Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy* 2012; 38(1): 23–38.
- Ellison JA, Greenberg LS, Goldman RN et al.: Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009; 77(1): 103–12.
- Goldman RN, Greenberg LS, Angus L: The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research* 2006; 16(5): 537–49.
- Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE et al.: Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69(6): 942.
- Najafi M, Soleimani AA, Ahmadi K et al.: The effectiveness of emotionally focused therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *International Journal of Fertility and Sterility* 2015; 9(2): 238–46.
- Paivio SC, Nieuwenhuis JA: Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress* 2001; 14(1): 115–33.
- Shear MK, Houck P, Greeno C et al.: Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(12): 1993–8.
- Soltani M, Shairi MR, Roshan R et al.: The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International Journal of Fertility and Sterility* 2014; 7(4): 337–44.
- Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ et al.: A combination of gestalt therapy, Rosen Body Work, and Cranio Sacral therapy did not help in chronic whiplash-associated disorders (WAD)—results of a randomized clinical trial. *The Scientific World Journal* 2004; 4: 1055–68.