

## Anmeldung für das Sommersemester 2012

Bitte schicken Sie Ihre Anmeldung bis **spätestens 9. März 2012** an die Geschäftsstelle des Adolf-Ernst-Meyer-Instituts, Rothenbaumchaussee 71, 20148 Hamburg oder per Fax an 040 - 46 96 62 35, zurück.

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
e-Mail-Adresse\* \_\_\_\_\_

(\*bitte unbedingt angeben, wenn vorhanden!)

### Ich melde mich für folgende Seminare verbindlich an:

- Eröffnungsveranstaltung "Noch mal darüber reden..."
- Aus einer laufenden Behandlung...
- Die Abwehr im psychotherapeutischen Prozess
- Formen der Übertragung und Arbeitsbündnis
- Besonderheiten bei Beginn und Beendigung der PT
- Die Arbeit mit Träumen im therapeutischen Prozess
- Therapeutischer Prozess im klinischen Setting
- Die Müdigkeit des Psychotherapeuten
- Abschied in der Behandlung von "früh gestörten" Patienten
- Orson Welles Verfilmung von Kafkas "Der Prozess"
- Studententag: Der Fokus und seine Bedeutung in der PT
- Neurosenlehre II
- Vom Erstinterview zum Kassenantrag
- Psychoanalytische Entwicklungspsychologie...
- Übertragung und Gegenübertragung im Erstinterview...
- Umgang mit Affekten
- Therapeutische Prozesse im Vergleich
- Szenisches Verstehen: Ein Übungsseminar
- Projektive Identifizierung
- Die Verschriftlichung von Therapieprozessen
- Suizidalität im Alter
- Erstinterviewseminar
- Fallseminar\* Termin: \_\_\_\_\_ Dozenten: \_\_\_\_\_
- Fallvorstellungen zum Abschluss
- Abschlussfest am 18.6.

\*Bitte geben Sie Ihren Wunschtermin für eine eigene Fallvorstellung **und** das gewünschte Fallseminar (Name des Dozenten) an.

**Verbindliche** Angaben zum aktuellen Stand Ihrer Weiterbildung zum Sommersemester 2012

Name ..... Vorname .....

**Selbsterfahrung** bei .....

seit ..... einstündig ..... mehrstündig .....

laufend ..... beendet ..... Anzahl der Stunden: .....

**Erstinterviews** Anzahl der supervidierten Erstinterviews (gesamt): .....

davon in der Klinik: .....

Supervisoren: .....

davon in der Institutsambulanz: .....

Supervisoren: .....

**Langzeitbehandlungen:**

Behandlung 1 Stundenzahl: ..... Supervisor: ..... beendet:

Behandlung 2 Stundenzahl: ..... Supervisor: ..... beendet:

Behandlung 3 Stundenzahl: ..... Supervisor: ..... beendet:

Behandlung 4 Stundenzahl: ..... Supervisor: ..... beendet:

Behandlung 5 Stundenzahl: ..... Supervisor: ..... beendet:

Behandlung 6 Stundenzahl: ..... Supervisor: ..... beendet:

Behandlung 7 Stundenzahl: ..... Supervisor: ..... beendet:

Behandlung 8 Stundenzahl: ..... Supervisor: ..... beendet:

.....  
Unterschrift

Wir bitten um Verständnis, dass Ihre Anmeldung nur gültig ist, wenn die obigen Angaben vollständig sind.