



Das Weiterbildungscurriculum „Sozialtherapie Suchtkrankenhilfe“ im Verfahren „Integrative Therapie“ und seiner Methoden psychologischer Psychotherapie, Gestalttherapie, Entwicklungstherapie

von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) anerkannt

Stand 2008

Hilarion G. Petzold, Peter Schay, Johanna Sieper

Vorbemerkung:

Das vorliegende Ausbildungscurriculum, das in seiner Grundstruktur auf ein *Curriculum* für Soziotherapeuten im Bereich der Suchttherapie aus dem Jahr 1972 zurückgeht, ist über die Jahre durch permanente Entwicklungsarbeit im klinischen und sozialtherapeutischen Kontext, durch die Erarbeitung neuer Methoden, durch Therapie- und Ausbildungsforschung im Integrativen Ansatz und durch Curriculumsevaluationen beständig revidiert und verbessert worden. Seit der Anerkennung des Curriculums durch den VDR 1994 ist die Arbeit weitergegangen. Der Stand der internationalen Psychotherapieforschung (Bergin, Garfield 1994; Grawe, Donati, Bernauer 1994; Dobson, Craig 1998; Petzold, Märtens 1999), die rasante Konzeptentwicklung im psychotherapeutischen Feld, insbesondere im „neuen Integrationsparadigma“ der Psychotherapie (Petzold 1992g, 1991a, 2003a; Butollo et al. 1999; Fiedler 2000; Grawe 1998; Wagner, Becker 1999) und die Fortschritte in den Neurowissenschaften, die in die psychotherapeutische Konzeptentwicklung hineinwirkten (Grawe 2004; Petzold 2002j, 2004i; Schipek 2003) haben wiederum zu Kenntnisständen geführt, die einige Revisionen und Verbesserungen des bewährten Curriculums erforderlich gemacht haben. Die „Integrative Therapie“ ist ein modernes **Verfahren** psychotherapeutischer Behandlung. Unter „Verfahren“ versteht man einen theoretisch von der *Metatheorie*, über die *klinische Theorie* bis zur *Praxeologie* elaborierten Ansatz wie etwa die Psychoanalyse oder die moderne Verhaltenstherapie (vgl. Petzold 1993h). Als **Verfahren** hatte sie stets **Methoden** integriert und in einer differenzierten „Theorie-Praxis-Verschränkung“ – das spezifische Kennzeichen ihrer Didaktik – gelehrt. „Methoden“ sind konsistente Bündel von Praxisstrategien, Praxeologien zur Umsetzung der Konzepte, der Metaziele und Ziele von Verfahren. Sie werden in Theorie- und Methodikveranstaltungen und im Rahmen einer „**differentiellen und komplexen Selbsterfahrung**“ (Petzold, Orth, Sieper 2005) weitergegeben. Gestalttherapeutische, psychodramatische, leibtherapeutische, behaviorale und andere Methoden gehörten stets zum integrativen Behandlungsspektrum.

Da der klinische Fortschritt weitergeht und auch beständig neue Untersuchungsergebnisse zur Wirksamkeit von speziellen Methoden vorgelegt werden – besonders im Bereich der störungsbildspezifischen Methoden (Dobson, Craig 1999) – muss die Integrationsarbeit auch weitergehen, um für die Patienten den jeweiligen Stand von „best practice“ (Jacobi, Poldrak 2000; Petzold, Märtens 1999) an die Auszubildenden weiterzugeben. Die Entwicklungen der „**psychologischen Psychotherapie**“ (Grawe 1998; Wagner, Becker 1996), einem Paradigma, dem der Integrative Ansatz durchaus zuzuordnen ist, und die neuen Bewegungen zu einer „**entwicklungsorientierten Psychotherapie**“ (Mattejat 2004; Russ 1998), die die Integrative Therapie im europäischen Raum inauguriert hat (Petzold 1971c, 1981f, 1999b; Petzold, Goffin Oudhoff 1991; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold, Müller 2004, 2005), die neuen Erkenntnisse der Neurobiologie und Entwürfe zu einer „Neuropsychotherapie“ (Grawe 2004) bzw. neurobiologische Wissenstände nutzenden therapeutischen Methodik (Hüther, Rütger 2003; Petzold 2002j, 2004i; Schipek 2003) machen eine permanente Aktualisierung von Wissen und Praxeologie erforderlich. Auch die sehr positiven Evaluationen aus den Jahren 1999 – 2004 (Petzold, Rainalds, Sieper, Leitner 2005; Orth, Petzold, Zunker 2005) waren keineswegs ein Grund, sich auf „Lorbeeren auszuruhen“, sondern schon Ausdruck solcher fortlaufenden Revisionsarbeit in einem Klima „konstruktiver Diskussionen“ und „weiterführender Kritik“ bei der kontinuierlichen

Weiterbildung des Lehrkörpers mit den neuen Konzepten und Forschungsergebnissen: „Weiterbildung von Lehrtherapeuten - ein Muss für die Qualitätssicherung in der Ausbildung von Psychotherapeuten“ (vgl. „Konzepte für die Mitarbeiterfortbildung an FPI und EAG“, *Petzold, Orth* 1995b). Das ist eine systematisch gepflegte Tradition an FPI/EAG. Es genügt nicht, will man eine qualitativ hochwertige Ausbildung durchführen, nur in eigener Konzept- und Methodenentwicklung, in der gesundheits- und drogenpolitischen Positionierung (*Petzold, Hentschel, Schay* 2004; *Schay* 1986, 1997, 1998) und in der Forschung innovativ zu sein, wie es für die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ charakteristisch ist, sondern neues Wissen muss in der DozentInnenenschaft, bei den LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen aufgenommen werden, damit es in der Ausbildung und damit schließlich für die PatientInnen zum Tragen kommen kann. Forschungen über Therapieschäden und Behandlungsrissen (auch im Suchtbereich, vgl. *Petzold* 1999h; *Märtens, Petzold* 2002; *Schneider, Funke* 2002) oder zur Wirkung oder Unwirksamkeit von Supervision (wiederum auch im Suchtbereich, vgl. *Petzold, Schigl* et al. 2003; *Schay, Petzold* et al. 2005) galt es zu rezipieren und für die Ausbildung und für die Therapiepraxis umzusetzen. Nicht zuletzt wurden in bewährter Tradition ideologiekritische Diskurse – zu therapeutischen Mythenbildungen, Genderfragen, Macht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Werte und Sinn im Kreis des Lehrkörpers und der AusbildungskandidatInnen weitergeführt (*Petzold, Orth* 1999; 2004a,b; *Neuenschwander* 2003; *Spilles, Weiding* 2004; *Zimmermann-Brunner* 2003). Schließlich musste und muss der Ertrag der praktischen klinischen Erfahrung, der Theorieentwicklung und Forschung, wie er sich in den Graduierungsarbeiten, Behandlungsjournalen und den Publikationen der „Europäischen Akademie“ und des „Fritz Perls Instituts“ niedergeschlagen hat – besonders in den beiden Grundsatzbänden „Integrative Suchttherapie“ (*Petzold, Schay, Ebert* 2004; *Petzold, Schay, Scheiblich* 2005) –, im Ausbildungsprozess weiter fruchtbar gemacht werden, um dann in der Praxis der Ausgebildeten den PatientInnen zu Gute zu kommen. Nur in solchen fortlaufenden Bemühungen um Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung durch alle an Ausbildungs- und Therapieprozessen Beteiligten kann eine effektive, zukunftsfähige Suchttherapie als Sozialtherapie, Psychotherapie, Humantherapie realisiert werden (*Laireiter, Vogel* 1998; *Petzold* 1999p), die zugleich professionelle und mitmenschliche Hilfeleistung ist.

März 2005

Literatur in:

Petzold, H. G., Orth, I, Sieper, J. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ - Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung und Therapie. In: *Petzold, Schay, Scheiblich* (2005).

*Petzold, H. G., Rainalds, J., Sieper, J., Leitner, T. (2005): Qualitätssicherung und Evaluationskultur in der Ausbildung von Suchttherapeuten. Evaluation der VDR-anerkannten Ausbildung an EAG/FPI. In: *Petzold, Schay, Scheiblich* (2005).*

Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie. Bd. I. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Weiterbildungscurriculum „Sozialtherapie Suchtkrankenhilfe“

I. Zielsetzung der Weiterbildung

Zielsetzung der Weiterbildung ist es, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen Psychologen und Psychologinnen, Ärzte und Ärztinnen, im Verfahren der *Integrativen Therapie* (IT) als einem modernen, *entwicklungsorientierten, interdisziplinär* orientierten, *schulen- und methodenübergreifenden* Therapieansatz berufsbegleitend auszubilden. Ziele sind: Arbeits- und Lebenszufriedenheit zu fördern, Engagement und Faszination für den Beruf des Psychotherapeuten bzw. Sozialtherapeuten zu bekräftigen, Ressourcen zu erschliessen, Jobstress und Burnout-Gefährdung vorzubeugen und eine qualitätssichernde und qualitätsentwickelnde „**Kultur der Weiterbildung**“ von hoher lebensweltlicher Relevanz und ökologischer Validität für berufliche Kontexte aufzubauen. Das ist eine Voraussetzung für eine gelebte „**Kultur exzellenter und qualitätsbewusster Professionalität**“ und verlangt, dass berufliche Wissensaneignung im Sinne „komplexen Lernen“ als „persönlich bedeutungsvoll“, „subjektiv sinnvoll und bejaht“ erlebt werden kann, selbstbestimmt in „persönlicher Souveränität“ und zugleich eingebunden in professionelle soziale Netzwerke von „fundierter Kollegialität“. Deshalb werden schon während der Ausbildung Räume selbstorganisierten, selbstbestimmten Lernens, welches immer zugleich ein interaktives, partizipatives, *kokreatives* Lernen in „Zonen optimaler Proximität“ (*Vygotskij*) ist, angeboten z.B. in der Lernorganisation der Weiterbildungsgruppe und im Aufbau „korrespondierender Lerngemeinschaften“ wie in der Theoriestudiengruppe. Mit einer solchen andragogischen Konzeption professionellen Lehrens und Lernens und einer solchen partizipativen und kokreativen „Weiterbildungskultur“ ist eine hohe *Ziel-Ziel- und Ziel-Mittel-Kompatibilität* zwischen dem agogischen Modell der Therapieausbildung und der Auffassung und Bestimmung von Therapie im *Integrativen Ansatz* gegeben, denn dieser sieht Therapie:

- 1. als klinisches, kuratives und palliatives Handeln** (in ambulanten und stationären klinischen und rehabilitativen Settings) durch Bereitstellung von therapiewirksamen Heilfaktoren,
- 2. als salutogeneseorientierte, gesundheitsfördernde Arbeit** (z.B. für Prävention und den Aufbau eines gesundheitsaktiven Lebensstils) durch Bereitstellung von Ressourcen und protektiven Faktoren,
- 3. als Weg der Persönlichkeitsentwicklung** (z.B. durch Förderung von Bewusstheit, Kompetenzerleben, Selbstwirksamkeit, persönlicher Souveränität im privaten und professionellen Bereich) durch die Förderung von ressourcenreichen sozialen Netzwerken/Konvois zur Bekräftigung personaler Identität,
- 4. als Möglichkeit der Kulturarbeit und Kulturkritik** (durch Förderung gesellschafts- und gesundheitspolitischen Bewusstseins, des Engagement für soziale Gerechtigkeit, des Sinnerlebens, einer Gesundheitskultur, von Menschen- und Patientenrechten, konviviale, humane Lebensbedingungen und "just therapy").

1 Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe

Die Weiterbildung „Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe" ist eine psycho-/ soziotherapeutisch ausgerichtete Weiterbildung für den suchtspezifischen Bereich und ist im Verfahren der „Integrativen Therapie" begründet, die *entwicklungsorientiert* prinzipiell an den Ergebnissen der klinischen Psychologie, der empirischen Psychotherapieforschung, der longitudinalen entwicklungspsychobiologischen Forschung und der Neurowissenschaften ausgerichtet ist. Neben ihren eigenen substantiellen Entwicklungen an Methoden, Techniken und Medien bezieht sie Elemente der Gestalttherapie, des Psychodramas, der Leib- und Bewegungstherapie, der Arbeit mit kreativen Medien sowie tiefenpsychologische und behaviorale Konzepte ein, um eine an der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne ausgerichtete, konsistente und flexible Behandlung zu gewährleisten.

Die Weiterbildung hat zum Ziel, therapeutische Fachkräfte in der Suchtkrankenhilfe zu qualifizieren. Durch die Förderung der personalen, sozialen und professionellen Kompetenz und Performanz sollen die TeilnehmerInnen befähigt werden, nach Abschluß der Weiterbildung mit Suchtkranken und Suchtgefährdeten verantwortungsvoll und eigenständig zu arbeiten.

Durch die Verbindung von Theorie, Methodik und Selbsterfahrung erwerben die TeilnehmerInnen das Rüstzeug für die therapeutische Arbeit mit Einzelnen und Gruppen, speziell Suchtkranken und Suchtgefährdeten sowie deren Angehörigen.

Die Arbeitsfelder der Sozialtherapeuten in der Suchtkrankenhilfe liegen in den Einrichtungen, die ambulante oder stationäre Hilfen anbieten, d.h.

- Suchtberatungsstellen
- Jugend- und Drogenberatungsstellen
- Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (z.B. Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen)
- Entgiftungs- und Entwöhnungsstationen in Krankenhäusern
- Übergangseinrichtungen
- Einrichtungen des betreuten Wohnens und der Nachsorge
- Einrichtungen mit niedrigschwelligen Angeboten
- Einrichtungen und Institutionen aufsuchender und begleitender Hilfen (z.B. Bewährungshilfe)

2 Theoretische Grundlagen

Die vielfältigen suchtbedingten Problemlagen erfordern *komplexe Interventionsstrategien* und *Leistungsbündel*, um angemessen auf die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der Suchterkrankung sowie die sozialen und mikroökologischen Situation der Klienten eingehen zu können. Gefordert ist ein *ganzheitlicher und differentieller Arbeitsansatz* der durch einen hohen Grad an personaler, sozialer und professioneller Kompetenz und Performanz sowie konzeptionelle Kontinuität im Betreuungs- und Behandlungsprozeß gekennzeichnet ist.

Zu den zentralen Zielen der *Integrativen Therapie* gehört es, kognitive, emotionale, volitive und sozial-kommunikative Fähigkeiten des Menschen, seine perzeptiven, memorativen und expressiven leiblichen Vermögen wieder herzustellen, wo sie beeinträchtigt wurden, sie zu fördern und weiter zu entwickeln, wo sich Entwicklungspotentiale bieten. Die Bearbeitung der bei Abhängigkeitskranken häufig vorfindlichen dysfunktionalen *kognitiven Stile* durch kognitive Strategien der Therapie, die Beeinflussung negativer *emotionaler Stile* durch gefühlsorientierte Therapieansätze, die Auseinandersetzung mit der oft vernachlässigten, aber für die Arbeit mit Suchtkranken unerläßlichen Thematik der Willenssozialisation, den defizienten *volitiven Stilen* und ihrer Beeinflussung durch therapeutische Arbeitsprogramme, sind aufgrund einer *integrativen* theoretischen und praxeologischen Perspektive für ein *inte-*

gratives Behandlungskonzept genauso charakteristisch, wie die netzwerk-therapeutische Arbeit bei zerstörten oder toxischen sozialen Netzwerken oder die Berücksichtigung der Leiblichkeit. Diese ist bei Drogenabhängigen - z.B. durch Gewalterfahrungen, Prostitution, Mißbrauch - häufig traumatisiert, so daß eine posttraumatische Belastungsstörung¹ mit einer chronifizierten *Stressphysiologie* mit negativen immunologischen Auswirkungen ausgebildet wurde, die den Aufbau einer *Wellness-Physiologie* verhindert und ggf. Ansätze psychophysischer Bewegungs-, Sport- und Entspannungstherapie erforderlich macht mit ihren Möglichkeiten der Beeinflussung des Immunsystems.

Die PatientInnen und KlientInnen sollen durch eine Integrative Therapie für die biographischen Hintergründe ihrer Schädigungen und Störungen, für „dysfunktionale Narrative“ sensibilisiert werden (tieferhermeneutische Perspektive), damit sie über den damit erfolgten Erkenntnisgewinn ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten aktivieren, ihre konstruktiven Lebenspotentiale entfalten und ihre Lebensentwürfe selbstbestimmt gestalten lernen (sozialkonstruktivistische Perspektive). Dabei werden im Sinne der „integrativen Persönlichkeitstheorie und Entwicklungspsychologie“ ein stabiles *Selbst*, ein flexibles *Ich* und eine konsistente *Identität* gefördert sowie der Aufbau konsolidierter *Sozialwelten*, *sozialer Netzwerke* bzw. *Konvois*. Ausgerichtet an einer komplexen „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ und an dem Ideal einer Intersubjektivität, Integrität, Solidarität und Wertschätzung des Anderen (*Lévinas*) fördernden Gesellschaft, kommt gruppentherapeutischen, narrativen und kreativtherapeutischen Elementen im Integrativen Ansatz besondere Bedeutung zu. Sie sollen in den Prozessen der *Heilung*, *Gesundheitsförderung*, *Persönlichkeitsentwicklung* und *Kulturarbeit*, die das Konzept der Integrativen Therapie kennzeichnen, dazu beitragen, Gesundheit, körperliches, seelisches und geistiges Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit, soziale Kompetenzen, persönliche Verantwortung und gesellschaftliche Partizipation wiederherzustellen und zu entwickeln. Damit ist ein moderner Entwurf „integrativer Humantherapie“ umrissen, in dem *psychotherapeutische*, *sozialtherapeutische* und *agogische* Schwerpunktbildungen und ihre interventiven Kombinationen indikationsspezifisch – Störungsbild, Gender, Alter, Schicht, Ethnie berücksichtigend - möglich werden.

Für die spezifische Konzeption „Integrativer Sozialtherapie“ seien folgende konzeptuellen Schwerpunkte herausgestellt. Die *Bewältigungspotentiale* (*coping capacities*) suchtkranker Menschen müssen aufgrund der Vielfalt „kritischer Lebensereignisse“ und Belastungen entwickelt und gefördert werden, aber auch anstehende „Entwicklungsaufgaben“ machen es notwendig, in der Auseinandersetzung mit der Alltagsrealität und den oftmals defizienten sozialen Netzwerken, die PatientInnen bzw. KlientInnen dabei zu unterstützen, ihre Ressourcenlage in den Bereichen Gesundheit, Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte, Interessen, Sinnfindung, Lebensfreude und materieller Absicherung zu verbessern. Eine Berücksichtigung protektiver Faktoren und Resilienzen, eine Salutogeneseperspektive und Konzepte der Netzwerk- und Social-Support-Forschung sind dabei für die praktisch-therapeutische Arbeit mit einer *spezifischen* Konzeption von Sozialtherapie unverzichtbar.

In diesem Zusammenhang kommt dem Bezug auf die integrative *Ressourcentheorie* und moderne Ressourcenforschung als einem für die Sozialtherapie wesentlichen und charakteristischen Ansatz besondere Bedeutung zu. Die Arbeit mit Ressourcen, Ressourcenbeständen und Ressourcenpotentialen erfolgt differenziell (vgl. 5).

Der Zugriff auf *verfügbare Ressourcen* erfolgt aufgrund expliziten und impliziten Wissens, d.h. durch bewußte, mitbewußte bzw. unbewußte Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse. *Ressourcen und Potentiale* werden in Handlungsprozessen aufgrund von Motivationen, Zielintentionen und Willensentschlüssen geplant und bereitgestellt, um dann aufgrund von Entscheidungen, Ausführungsintentionen in konkretes Handeln umgesetzt zu werden.

Die komplexen und belastenden Lebens- und Sozialwelten suchtkranker Menschen, ihre in der Regel schwierigen sozialen Situationen, zerbrochenen Netzwerke, mangelnden Ressourcen, Traumatisierungen, die oft erhebliche Komorbidität, Doppeldiagnosen machen konzertierte Maßnahmen notwendig, die psychotherapeutische, soziotherapeutische, beraterische, supervisorische Konzepte und Methoden vernetzen, klinisch-psychologische, sozialpsychologische bzw. sozialwissenschaftliche Erkenntnisse verbinden und in einer *sozialtherapeutischen* Ausbildung für die Arbeit mit Suchtkranken vermitteln. Aus diesem Grunde wurde in mehr als fünfundzwanzigjähriger Arbeit ein forschungsgestütztes theoretisches, methodisches und praktisch-interventives „Integrationsmodell“ entwickelt, das in suchtspezifischer Zupassung dem vorliegenden Curriculum zugrundeliegt. Die didaktische Konzeption des Curriculums folgt dem an der EAG entwickelten Modell „integrativen Lehrens und Lernens“, das kognitive Theorievermittlung, Selbsterfahrung, Vermittlung von Behandlungsmethoden, -techniken, -medien und Supervision verbindet. Dieses Modell wurde in mehreren umfangreichen Evaluationsprojekten untersucht und erhielt in den einzelnen Studien durchweg gute und sehr gute Ergebnisse.

3 Globale Ziele, Inhalte, Methoden

Die Weiterbildung zielt auf die Entwicklung spezifischer menschlicher, klinischer und sozialtherapeutischer Fähigkeiten und Wissensbestände (*Kompetenzen*) und die Vermittlung von Fertigkeiten (*Performanzen*) ab, d.h. von sozialtherapeutisch relevantem Theorie- und Praxiswissen und spezifischen Therapiemethoden. Unter *Kompetenz* wird die Gesamtheit der Fähigkeiten, des Wissens, verstanden, die zum Erreichen eines bestimmten Zieles notwendig sind, unter *Performanz* die Gesamtheit der Fertigkeiten, des Könnens, als Umsetzung von *Kompetenzen* in praktisches Handeln, so dass eine verantwortliche, selbstbestimmte und kooperationsfreudige, professionelle **Souveränität** in der und durch die Ausbildung entwickelt werden kann. Das vorliegende Curriculum ist bemüht, individuelle und gruppale Gestaltungsspielräume offen zu halten: z.B. durch die Mitbeteiligung an der Organisation des Lernstoffes in der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe und Theoriestudiengruppe, damit ein „persönlich bedeutsames“ und „subjektiv sinnvolles“ sowie ein „lebensweltlich relevantes“ Lernen möglich wird, das für die professionellen Kontexte eine hohe „ökologische Validität“ hat. Vor diesen Überlegungen sind die Ziele der Ausbildung zu sehen:

3.1 Ziele

Es können vier Richtziele herausgestellt werden:

3.1.1 Förderung der personalen Kompetenz und Performanz

Personale Kompetenz ist die Fähigkeit der Person zu „komplexer Bewusstheit“ und „differentieller Selbstempathie“, d.h. ihre Möglichkeit, sich selbst als Frau oder Mann im Umfeld wahrzunehmen, ihre bewussten und unbewussten Bedürfnisse, ihre eigene Vielfalt, die Prozesse und „Techniken der Subjektconstitution“ und ihre Interessen zu erkennen, um sie in Akten der *Performanz* verantwortlich und adäquat zu regulieren. Es sollen damit die Potentiale des Weiterzubildenden entfaltet und *Sinn* für das persönliche und gemeinschaftliche Leben gewonnen werden. *Personale Kompetenz* besteht also in der Fähigkeit und Möglichkeit zur Selbstwahrnehmung und zur Selbstreflexion auf die Typiken der Selbstconstitution, auf Sinnfolien, Macht- und Wahrheitsspiele (*Foucault*), wobei der Machtfrage in der Integrativen Therapie besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. *Personale Performanz* besteht in der Umsetzung dieses Wissens und dieser Fähigkeiten in Praxen der „*Sorge um sich und für Andere*“, in einer *Parrhesie*, d.h. der Freimütigkeit und Klarheit des Umgangs mit sich und Anderen. Sie beinhaltet ein gesundes *Regulationspotential* auf vielfältigen Ebenen von der organismisch-physiologischen bis zu den emotionalen, kognitiven und sozialen Möglichkeiten der *Selbstregulation* und *Selbstverwirklichung* des personalen Subjekts im alltagspraktischen Handeln durch die Entwicklung einer zentrierten, ausgeglichenen Lebenshaltung und einer kokreativen „Lebenskunst“. Die Synergie all dieser Qualitäten begründet „persönliche Souveränität“, deren Förderung und Entwicklung ein zentrales Anliegen der Ausbildung ist.

3.1.2 Förderung der sozialen Kompetenz und Performanz

Soziale Kompetenz setzt personale voraus und ist die Fähigkeit der Person, andere Menschen in ihrer Vielfalt, Unterschiedlichkeit und Andersheit wahrzunehmen und zu empathieren, komplexe soziale Situationen und ihre diskursiven und gesellschaftlichen Determinierungen, ihre psychodynamischen, gruppenspezifischen, gender-, altersgruppen-, ethniespezifischen Einflussfaktoren adäquat zu erfassen, zu reflektieren bzw. metareflektieren und auf sie in Akten der *Performanz* in „intergenerationaler Differenziertheit“ und „gendersensibler Arbeit“ angemessen zu reagieren, so dass ein konviviales Klima wechselseitiger Empathie entstehen kann. Weiterhin schliessen soziale Kompetenz und Performanz die Fähigkeit ein, aufgrund sozialer Empathie kommunikative Situationen und positive Affiliationen aufzubauen, offen nach vielen Seiten mit anderen Menschen in Dialoge und *POLYLOGE* einzutreten, *Ko-responsenzprozess* zu ermöglichen, um auf diese Weise zu *Konsens*, *Konzepten*, *Kooperation*, *kokreativen Entwicklungen* zu kommen oder zumindest *Konsens über Dissens* zu erreichen, Dissens wertzuschätzen und ausgewogene Beziehungen und „fundierte Kollegialität“ gestalten zu können.

3.1.3 Förderung der professionellen Kompetenz und Performanz

Im Bereich der „angewandten Humanwissenschaften“ können *professionelle Kompetenz* und *Performanz* nicht losgelöst von der personalen und sozialen betrachtet werden. Spezifisch verstehen wir unter *Professionalität* die Beherrschung der theoretischen Konzepte, Forschungsergebnisse und praktischen Fertigkeiten, die zu einer qualitätsbewussten und ethisch verantworteten qualifizierten Ausübung der Arbeit als Psychotherapeut bzw. als Psychotherapeutin aus einer *exzentrischen* und *mehrperspektivischen* Haltung mit verschiedenen Zielgruppen und Störungsbildern erforderlich sind, d. h. eine Umsetzung des Wissens über die eigenen Möglichkeiten und Grenzen und die eventuellen Risiken, Nebenwirkungen und Potentialen von Psychotherapie als „good practice“. Eine besondere Qualität professioneller Kompetenz besteht darin, unter Berücksichtigung gender- und schichtspezifischer Perspektiven im „informed consent“ und zentriert auf den „client welfare“, auf „client dignity“ eine part-

nerschaftliche Kooperation in geteilter Verantwortlichkeit (shared locus of control – wo immer das möglich ist) herzustellen, die Selbstwert und die persönliche Souveränität der Patientinnen bzw. Patienten fördert gemäß der „Grundregel“ der Integrativen Therapie.

3.1.4 Förderung des sozialen Engagements

Sozialtherapeutisches Handeln geschieht immer auch aus einer kulturbewussten und gesellschaftskritischen Sicht und erfordert „Engagement für die Integrität von Menschen, Gruppen und Lebensräumen“; ohne dieses wird sie ineffizient und fragwürdig. Ein demokratisches Grundverständnis von sozialer Gerechtigkeit, ein kritisch-emanzipatorisches Bewusstsein und die Bereitschaft des Therapeuten bzw. der Therapeutin zu „engagierter Verantwortung“ und einer „just therapy“ sollen durch einen „kultivierten Altruismus“, diskursanalytische und dekonstruktivistische Metahermeneutik gesellschaftlicher Realität und eine ethisch verantwortete Praxis entwickelt und gefördert werden: Entscheidungen, sich für die Belange anderer einzusetzen, Patienten und Patientinnen als Partner ernst zu nehmen und im sozialen und politischen Bereich immer wieder Initiativen zum Abbau „multipler Entfremdung“ zu ergreifen.

3.2 Inhalte

In der sozialtherapeutischen Weiterbildung wird auf folgende Inhalte zentriert:

- (1) Eingehende Kenntnisse allgemeinspsychologischer (aber auch kognitiv-behavioraler und tiefenpsychologischer) Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie, der spezifischen Entwicklungstheorie und „klinischen Entwicklungspsychologie“ des Integrativen Ansatzes, der am lifespan developmental approach und an sozialökologisch-systemischen Konzepten ausgerichtet ist, sowie Kenntnisse der allgemeinen und speziellen Gesundheits- und Krankheitslehre (Integratives Modell der Genese seelischer und somatoformer Störungen und Erkrankungen, ausgerichtet an der empirischen Ätiologieforschung, Komorbiditäts- und Salutogeneseforschung, unter Einbezug tiefenpsychologischer und kognitiv-behavioraler Krankheitsmodelle).
- (2) Eingehende Kenntnisse in und Erfahrungen mit Integrativer Therapie, Gestalttherapie und Psychodrama für die Einzel- und Gruppentherapie sowie andere davon abgeleitete Ansätze: z.B. Fokalthherapie, Kurzzeittherapie, Paar- und Familientherapie, dazu ergänzend kognitiv-behaviorale und tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmodelle.
- (3) Eingehende Kenntnisse in und Erfahrungen mit *ergänzenden Verfahren* wie z.B. Psychodrama, Gestalttherapie, Leib- und Bewegungstherapie, Imaginations- und Tagtraumtechniken, systemische Familientherapie, kognitiv behaviorale Therapie o.a..
- (4) Fähigkeit, aufgrund von Anamneseerhebung und Exploration, seelische Erkrankungen zu diagnostizieren, therapeutische Massnahmen zu planen und durchzuführen und einen prognostischen Rahmen abzustecken.
- (5) Fähigkeit, dem Patienten die Sinnzusammenhänge seiner bewussten und unbewussten Strebungen und Konflikte und die Dynamik seines aktuellen sozialen Netzwerkes bzw. Konvois erfahrbar werden zu lassen.

4. Charakteristik des Verfahrens

*Integrative Therapie ist als methodenübergreifendes, dem „neuen Integrationsparadigma“ in der modernen, forschungsorientierten Psychotherapie, klinischen Psychologie und den „health sciences“ verpflichtetes Verfahren auf die Behandlung von psychischen und somatoformen bzw. psychosomatischen Erkrankungen „in der Lebensspanne“ gerichtet, also ein entwicklungspsychotherapeutischer, biopsychosozialer Ansatz der „Humantherapie“. Sie verbindet durch eine mehrperspektivische, d.h. differenzielle, ganzheitliche und kontextuelle Betrachtung und vermittels eines **konnektivistischen und metahermeneutischen Modells** ökologisch-systemische, sozialkonstruktivistische (kognitivistische) und tiefenpsychologische Zugangsweisen. Auf dieser Grundlage und unter beständigem Bezug auf die Erkenntnisse und Forschungsergebnisse der wissenschaftlichen Psychologie und der klinisch relevanten Sozial-, Neuro- und Biowissenschaften wurden nach einer kritischen Sichtung der Hauptverfahren in der Psychotherapie Aspekte verschiedener therapeutischer **Methoden** mit den eigenen integrativtherapeutischen theoretisch-konzeptuellen und behandlungsmethodischen Entwicklungen verbunden. So entstand ein **eigenständiger, integrierter Ansatz** der Krankenbehandlung, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung. In ihm wirken die „Patienten als Partner“ im „informed consent“ aktiv an der Planung und Gestaltung ihrer Behandlung mit, so dass im Zusammenwirken von Grundlagenforschung, Therapieforschung, Ausbildungsforschung und Praxis ein integriertes Qualitätssystem entsteht. Auf der Grundlage eines solchen elaborierten Integrationsmodells, das eine eklektische Zugangsweise vermeidet, und unter Zentrierung auf störungsbildspezifische Modelle wird auf folgende Ansätze Bezug genommen:*

auf die „aktive Psychoanalyse“ der Ungarischen Schule von S. Ferenczi, auf kognitiv-behaviorale Methoden (A. Beck, D. Meichenbaum u.a.), auf die Gestalttherapie von F. Perls und P. Goodman, auf

*Elemente von Psychodrama/Therapeutischem Theater (J.L. Moreno, V. N. Iljine) sowie auf leibtherapeutische, d.h. psychophysiologische Behandlungsansätze (H. Heini, H. Petzold) und die Arbeit mit kreativen Medien (I. Orth, H. Petzold, J. Sieper). Es wird auf diese Weise eine Therapie des ganzen Menschen in und mit seinem Umfeld (Netzwerk- und Lebenslageperspektive), in seinem lebensgeschichtlichen Zusammenhang und seinen Lebensentwürfen angestrebt. Ausgehend von der aktuellen sozioökologischen Lebenssituation des Patienten und der phänomenalen Realität der therapeutischen Beziehung wird nach aktuellen Defiziten, Störungen, Traumatisierungen und Konflikten oder Aus- bzw. Nachwirkungen solcher pathogenen Konstellationen der Vergangenheit, in der aktuellen Gegenwart gesucht sowie nach negativen Zukunftsentwürfen, die die Entwicklung eines integrierten **Selbst**, eines starken **Ich** und einer kohärenten **Identität** beeinträchtigen, genauso intensiv aber wird nach Ressourcen, Potentialen, salutogenen Einflüssen, protektiven Faktoren und positiven Zukunftsperspektiven gesucht. In einem Prozess „persönlicher und gemeinschaftlicher Hermeneutik“ sollen im therapeutischen Geschehen bewusste und unbewusste Strebungen und lebensbestimmende belastende und protektive Ereignisse der Biographie fokussiert und in ihrer Relevanz für die Persönlichkeitsentwicklung, Lebensführung, ja persönlicher Lebenskunst erfahrbar gemacht werden. Dysfunktionale Muster der **Regulation**, z. B. des Stressaufbaus und des Umgangs mit Stressereignissen („stressful live events“), chronifizierte Auswirkungen von zeitextendiertem Stress (z.B. daily hassles) oder Hyperstress und „traumatic stress“, werden aufgezeigt und durch kognitive und emotionale Strategien der Stressbewältigung sowie durch die spezifischen psychophysiologischen Relaxations-, Atem- und Bewegungsmethoden der Integrativen körperorientierten Therapie (IDR) angegangen.*

Grundlage der Integrativen Therapie als **Verfahren** sind eine kritisch-realistische und zugleich phänomenologisch-hermeneutische Erkenntnistheorie in sozialkonstruktivistischer Orientierung und eine existenzialphilosophische Anthropologie sowie eine integrative Persönlichkeitstheorie, die bei einer kontextualisierten, vielfacettigen Persönlichkeit die Dimensionen „Selbst, Ich, Identität“ differenziert. Weiterhin wird in der Integrativen Therapie auf entwicklungspsychologische, sozialisationstheoretische, gesundheitspsychologische, kognitions- und tiefenpsychologische Erkenntnisse über die Bedingungen einer gesunden sensumotorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozialen Entwicklung und über Ursachen von Entwicklungsdefiziten und -störungen Bezug genommen. Das Wissen über Traumata, Konflikte, Störungen, zeitextendierte Überlastungen, d.h. Erfahrungen von Formen psychophysischen Stresses, des „Coping“ und des „Creating“ in der gesamten Lebensspanne als das Zusammenwirken von kritischen bzw. belastenden Lebensereignissen mit ggf. abwesenden oder unzureichenden protektiven Faktoren/Prozessen und Resilienzen sind grundlegend für die therapeutische Praxis. Dieses Wissen bestimmt die diagnostische Sicht auf Störungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen für die Person des Patienten und für seinen „Konvoi“, aber auch für vorhandene oder aktualisierbare Ressourcen und Potentiale.

Das reiche behandlungsmethodische Instrumentarium des **Verfahrens** der **Integrativen Therapie** und der in ihrem Rahmen als Vertiefungsschwerpunkte gelehrt **Methoden** der **psychologischen Psychotherapie**, der **Gestalttherapie**, des **Psychodramas** und **Integrativer körperorientierter Psychotherapie** im Rahmen der integrativen Konzeption einer **entwicklungsorientierter Psychotherapie** bzw. **Humantherapie**, sowie der Zugriff auf die durch Forschung entwickelten störungsbildspezifischen Modelle der Behandlung, Begleitung, Ressourcenaktivierung (z.B. integrativer, kognitiv-behavioraler oder systemischer Art) ermöglicht eine breite Indikationsstellung im Hinblick auf Störungs- bzw. Krankheitsbilder, Ziel- und Altersgruppen, Netzwerk- bzw. Konvoisituationen und sozioökologische Konstellationen. **Integrative Therapie** wird im dyadischen und Mehrpersonensetting, d.h. als **Einzel- und Gruppenpsychotherapie** praktiziert und deshalb spezifiziert in diesen beiden Formen durch dieses Curriculum gelehrt. Darüber hinaus wurden netzwerk-, familien- und paartherapeutische Arbeitsformen entwickelt, spezifische Ansätze der Kinder-, Geronto- und Thanatotherapie sowie eine Reihe von Methoden des Umgangs mit **kreativen Medien** und der **psychophysiologischen Behandlung** (running therapy, Integrative und Differentielle Relaxation [IDR], Integrative Leib- und Bewegungstherapie).

5. Ziele der therapeutischen Arbeit

Integrative therapeutische Arbeit erstreckt sich auf folgende Bereiche:

- | | |
|---------------------|---|
| <i>Prophylaxe,</i> | d.h. präventive Massnahmen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störung gesunder Potentiale und des Verlusts von Copingmöglichkeiten und Ressourcen; |
| <i>Restitution,</i> | d.h. kurative Massnahmen zur Behandlung von Krankheiten durch Beseitigung oder Verbesserung von Störungen und Defiziten, Lösung von Problemen und Restituierung von Ressourcen; |

<i>Erhaltung,</i>	d.h. konservierende bzw. stabilisierende Massnahmen zur Erhaltung vorhandener Potentiale und Ressourcen;
<i>Entwicklung (creating),</i>	d.h. evolutive Massnahmen zur Entfaltung und Förderung vorhandener Fähigkeiten der Gesamtpersönlichkeit und ihrer Ressourcen und Potentiale;
<i>Bewältigung (coping),</i>	d.h. supportive und palliative Massnahmen als Hilfe beim Umgang mit irreversiblen Störungen, Ressourcenverlusten bzw. Schädigungen und zur Linderung von Schmerzen und Leid;
<i>Repräsentation,</i>	d.h. politische Interventionen (durch gesundheits- und berufspolitische Aktivitäten) mit Patientenverbänden und -organisationen, „Patienten als Partnern“ zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext und zur Förderung kritisch-emanzipatorischer Entwicklungen.
<i>Amelioration,</i>	d.h. Mitwirkung an infrastrukturellen Massnahmen und Projekten der Unterstützung, Ressourcenerschließung und Hilfeleistung für Betroffene von Armut, Katastrophen und sozialer Ungerechtigkeit (just therapy)

Derartig komplexe Zielsetzungen können nicht allein von „ausser“ vermittelt werden, sondern sie erfordern die aktive Mitarbeit der WeiterbildungskandidatInnen, genauso wie sie in der Therapie, die Mitarbeit der *Patienten als Partner* erforderlich machen.

6. Berufsbild des Sozialtherapeuten

Das Berufsbild des Sozialtherapeuten kann wie folgt charakterisiert werden: Es handelt sich um eine Weiter- bzw. Zusatzausbildung in Integrativer Therapie - die gemäss den Vorgaben des Verbandes der deutschen Rentenversicherungsträger (VDR) auf der Grundlage eines abgeschlossenen Studiums (i.d.R. Psychologie, Sozialpädagogik, Sozialarbeit) erfolgt. Der Sozialtherapeut arbeitet in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und Rehabilitation oder in anderen Institutionen der Sozial- und Soziotherapie. Aufgrund seiner fundierten, vielseitigen Weiterbildung ist er in der Lage, Patienten mit den unterschiedlichsten Störungs- und Krankheitsbildern in Langzeit- und Kurzzeittherapie einzel-, gruppen- und netzwerktherapeutisch zu behandeln.

Sozialtherapeuten arbeiten z.B. mit psychiatrischen Patienten, neurotischen, somatoformen bzw. psychosomatischen Störungen, Suchtkranken oder in der Gesundheitsvorsorge und -förderung.

Für diese konkreten Tätigkeiten sind Qualifikationen erforderlich, die in der Regel durch die Studiengänge der Psychologie und Sozialarbeit nicht hinreichend vermittelt werden bzw. nicht vermittelt werden können, da sie den unmittelbaren Praxiskontakt und mehrjährige intensive Selbsterfahrung in Einzel- und Gruppenpsychotherapie erfordern sowie eine gewisse Lebens- und Berufserfahrung voraussetzen.

II. Zulassungsbedingungen und Zulassungsverfahren

Die Zulassung zur sozialtherapeutischen Weiterbildung ist an bestimmte formale und persönliche Voraussetzungen gebunden.

1 Zulassungsbedingungen - formale Voraussetzungen

Die formalen Voraussetzungen sind an den Vorgaben des VDR und den gesetzlichen Bestimmungen, die die Ausübung der Psychotherapie regeln, ausgerichtet. Es sind erforderlich:

- (1) Abgeschlossenes Studium in Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Pädagogik (nur mit Schwerpunkt Sozialpädagogik), Medizin
- (2) Erfahrung in der Arbeit mit Suchtkranken bzw. Suchtgefährdeten (mindestens Halbtagsanstellung). Die Bewerber müssen in der Regel in einer klinischen oder rehabilitativen Einrichtung tätig sein, um praktisch mit Patienten arbeiten zu können. Über Ausnahmeregelungen und Sonderfälle (z.B. Auslandsstudien) entscheidet der Aus- und Weiterbildungsausschuss.
- (3) Mindestalter 25 Jahre
- (4) persönliche Eignung (Empfehlung von zwei Lehrtherapeuten bzw. Lehrbeauftragten aufgrund von Eingangsinterviews)

Der Antrag auf vorläufige Zulassung zur Weiterbildung ist auf einem Formblatt an das Sekretariat zu richten. Dem Antrag sind beizufügen:

- ein Lebenslauf mit Lichtbild,
- eine Kopie der Urkunde über den Hochschulabschluss,
- Nachweis über Dauer und Art der bisherigen und der derzeitigen beruflichen Tätigkeiten.

2 Zulassungsverfahren

Sind die *formalen Voraussetzungen* erfüllt, nimmt der Bewerber am Zulassungsverfahren teil, durch das die *persönliche Eignung* festgestellt werden soll.

2.1 Persönliche Eignung

Die Weiterbildung erfordert eine Reihe von persönlichen Eigenschaften, die die Voraussetzung für die therapeutische Arbeit an sich selbst im Rahmen des Curriculums und für die spätere therapeutische Arbeit mit anderen darstellt. Es werden normale physische und psychische Belastbarkeit, Konfliktbewusstsein und Selbstreflexion, Rollenflexibilität, soziales Differenzierungsvermögen, Frustrationstoleranz, die Fähigkeit, mit Aggressionen umzugehen, Nähe und Distanz zu regulieren und die Motivation zur Selbsterfahrung erwartet.

2.1.1 Zulassungsinterview

Das Tiefeninterview, das unter Berücksichtigung genderspezifischer Perspektiven Lehrbeauftragten der EAG absolviert werden soll, dient dazu, ein Bild von der Persönlichkeit des Bewerbers, seiner Bewusstheit für biographische Einflüsse, seiner Belastbarkeit, Empathie- und Introspektionsfähigkeit zu gewinnen. Die Lehrbeauftragten geben eine Stellungnahme an den Aus- und Weiterbildungsausschuss weiter.

2.2 Zulassung

Die vorläufige Zulassung erfolgt bei Vorliegen der formalen und Feststellung der persönlichen Eignung durch Gutachten der Lehrtherapeuten bzw. Lehrbeauftragten, die die Zulassungsinterviews durchgeführt haben. Die Zulassung kann dabei mit einer Empfehlung verbunden werden, z.B. die Durchführung einer persönlichen Therapie vor der Weiterbildung. Im Falle der Ablehnung kann auf Antrag des Bewerbers ein zusätzliches Interview bei einem weiteren Lehrtherapeuten durchgeführt werden. Der Weiterbildungskandidat erhält einen Platz in einer fortlaufenden Weiterbildungsgruppe. Sollten im Verlaufe der Weiterbildung grundsätzliche Zulassungsvoraussetzungen entfallen, so dass das Erreichen des Weiterbildungszieles nicht gewährleistet erscheint, kann das Weiterbildungsverhältnis durch Entscheidung des Aus- und Weiterbildungsausschusses unterbrochen oder aufgehoben werden. Das Verhältnis zwischen dem Ausbildungsinstitut und dem Weiterbildungskandidaten ist durch einen Vertrag geregelt.

III. Aufbau und Gliederung der Postgradualen Weiterbildung

Die Weiterbildung läuft berufs begleitend über drei Jahre und hat vier **Grundelemente**: *Selbsterfahrung*, *Wissen* (Theorie), *Können* (Methodik), *Kontrolle/Supervision* und zahlreiche spezifische **Einzelelemente**.

Die Weiterbildung kann nur erfolgreich abgeschlossen werden, wenn sie mit einer beruflichen Tätigkeit (mindestens halbtagsbeschäftigt) im Suchtbereich einhergeht.

1 Grundelemente der Weiterbildung

Grundelemente der Weiterbildung sind

- die Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe (360 UStd.)
- die Fachseminare (240 UStd.)
- die lehrtherapeutischen Einzelsitzungen (30 UStd.)
- die Einzelsupervision (30 UStd.), ersatzweise Kleingruppensupervision (max. 4 TeilnehmerInnen) (50 Std.)
- das Theorieprogramm (90 UStd.)

- das Selbststudium
- die Abschlussleistungen.

Insgesamt umfasst die Weiterbildung (ohne Selbststudium und Abschlussleistungen) 750 Stunden; dabei sind die Vermittlung theoretischer und methodischer Kenntnisse (240 Std.), der Erwerb therapeutisch-praktischer Kompetenz am supervidierten Prozess (30/50 Std.) und die Selbsterfahrung (30 Std.) enthalten.

Die **Grundelemente** der Ausbildung sind nachstehend beschrieben (synonym verwendet werden ‚Wissen‘ und ‚Theorie‘ sowie auch ‚Können‘ und ‚Methodik‘). Sie sind über fast drei Jahrzehnte der didaktischen Konzeptentwicklung, methodischen Ausarbeitung und Curriculumsevaluation und Ausbildungs- und Therapieforschung in einem integrativen Modell des Lehrens und Lernens verbunden worden, das den spezifischen Belangen der Vermittlung von Sozialtherapie Rechnung trägt. Sie kommen deshalb kombiniert bzw. konnektiviert in den verschiedenen *Einzelementen* der Ausbildung zum Tragen.

1.1 Persönliche, professionelle/methodische Selbsterfahrung

Die *persönliche* und *professionelle/methodische* Selbsterfahrung in dyadischen und gruppalen Settings - die Ausbildung erfolgt ja für Einzel- und Gruppenpsychotherapie - stellen Kernstücke der Weiterbildung dar und werden in folgenden *Einzelementen* des Curriculums vermittelt: fortlaufende Weiterbildungs- und Selbsterfahrungsgruppe, Lehranalyse, methodisch-praktisches Programm und Supervision. Das Curriculum umfasst ca. 390 Std. an *persönlicher* und *professionelle/methodischer* (d.h. durch die Anwendung von Behandlungsmethoden und -techniken in der Klienten- und der Behandlerrolle vermittelten) Selbsterfahrung.

1.2 Theorie und Methodik-Programm

Theoretische Kenntnisse werden in einem Theorieprogramm, im Methodikprogramm, im dritten Jahr der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe und teilweise im Supervisionsprogramm vermittelt. Das methodisch-theoretisch-praktische Programm umfasst drei Schwerpunkte: 1. das Einüben therapeutischer Fertigkeiten (spezifischer Behandlungsmethoden, -techniken, -modalitäten, -medien) und 2. die Vermittlung störungsbildspezifischer Therapiestrategien in Theorie und Praxis. 3. Die Erarbeitung spezifischer Wissensbestände aus den Bereichen Psychotherapietheorie, Metatheorie, Psychotherapieforschung, Praxeologie.

1.3 Supervision = 30 Std. Einzel-/50 Std. Gruppensupervision

Die eigene Behandlungstätigkeit der Kandidaten wird im Umfang von 30/50 Std. Supervision begleitet und z. T. dokumentiert (für das Behandlungsjournal). Dabei wird der „*informed consent*“ der Patienten eingeholt oder eine konsequente Anonymisierung vorgenommen. Supervisorische Bearbeitung von Patientensituationen und Behandlungsprozessen erfolgt auch in den störungsbildspezifischen Seminaren des methodischen Programmes.

2 Umfang und Art der Weiterbildung

Strukturplan

der Weiterbildung Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe im im Verfahren Integrative Therapie/Gestalttherapie

1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe		
40 Std. Ätiologie der Suchtkrankheiten	40 Std. Prozessuale Grundfragen der therapeutischen Praxis	40 Std. Rückfall, Krise, Krisenintervention
40 Std. Integrative Modelle therapeutischer Interventionen	40 Std. Therapeutische Beziehung und Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Abwehr	40 Std. Sucht, seelische Erkrankungen und Persönlichkeit
30 Std. Gestalttherapeutische Einzelarbeit 30 Std Supervision.		

3 Stufen der Weiterbildung

3.1 Grundstufe (Selbsterfahrung und Methodik)

Die Grundstufe umfasst das erste und zweite Weiterbildungsjahr mit folgenden Seminaren und Veranstaltungen:

- ◆ fortlaufende Weiterbildungsgruppe
- ◆ Gestalttherapeutische Einzelarbeit
- ◆ Pflichtseminare
- ◆ Theorieprogramm

Die Ziele und Inhalte sind in der Beschreibung der einzelnen Weiterbildungselemente dargelegt. Bei Abschluss der Grundstufe erfolgt in der laufenden Weiterbildungsgruppe von Lehrtherapeut und Gruppe eine Reflexion der persönlichen Entwicklung.

Die Grundstufe wird mit dem zweiten Weiterbildungsjahr abgeschlossen. Von den Lehrtherapeuten und der Gruppe wird eine standardisierte Bewertung durchgeführt. Auf der Grundlage dieser Bewertung aus der Weiterbildungsgruppe wird über die Zulassung zur Oberstufe und damit zum Behandlungsteil der Weiterbildung entschieden. Der Kandidat beginnt mit der Oberstufe, wenn er einen Platz in einer Supervisionsgruppe hat.

Die Ziele der Grundstufe sind erreicht, wenn der Weiterbildungskandidat auf der *Ebene der Selbsterfahrung*

- ◆ über ein angemessenes Problembewusstsein verfügt,
- ◆ seine persönliche Souveränität einschätzen und nutzen kann,
- ◆ seine Mechanismen und Verhaltensmuster kennt und mit ihnen umgehen kann,
- ◆ Einsichten aus seiner Selbsterfahrung in seinem Berufs- und Alltagsleben umsetzt,

auf der *Ebene der Methodik*

- ◆ Prozesse in der Gruppe erkennen, beschreiben und theoretisch begründen kann (Empathie, Strategienbildung, Prozessdynamik),
- ◆ den Prozess des therapeutischen Sitzungsverlaufes erkennen, verfolgen und beschreiben kann (Empathie, Strategienbildung, Prozessdynamik),
- ◆ diagnostische Interviews durchführen kann,

auf der *Ebene der Theorie*

- ◆ über eingehende Kenntnisse der Inhalte aus dem speziellen Theorieprogramm verfügt.

3.2 Behandlungsstufe (differentielle Behandlungstätigkeit)

Die Behandlungsstufe umfasst das dritte Weiterbildungsjahr mit folgenden Seminaren und Veranstaltungen:

- ◆ fortlaufende Weiterbildungsgruppe
- ◆ fortlaufende Supervision (-sgruppe)
- ◆ Theorieprogramm

Der Schwerpunkt der Behandlungsstufe liegt bei der vertieften und differentiellen praktischen Behandlungstätigkeit der Weiterbildungskandidaten, begleitet durch Supervision, spezialisierende spezifische Seminare. Mit Abschluss der Behandlungsstufe wird von den den Lehrtherapeuten und der Gruppe eine standardisierte Auswertung durchgeführt.

Die Ziele der Behandlungsstufe sind erreicht, wenn der Weiterbildungskandidat auf der *Ebene der Selbsterfahrung* in der Lage ist,

- ◆ seine Eigenproblematik so zu handhaben, dass sie den einzel- oder gruppentherapeutischen Prozess nicht beeinträchtigt,

auf der *Ebene der Methodik*

- ◆ mit Formen der Relationalität (Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung), mit Widerstand, Übertragung, Gegenübertragung in therapeutischen Prozessen und mit der therapeutischen Haltung des partiellen Engagements umzugehen,

- ◆ die Dynamik von Kurzzeit- und Langzeittherapien in der Einzel- und Gruppenarbeit auf allen Ebenen der therapeutischen Tiefung zu handhaben,
- ◆ die Situationen von Gruppen und Einzelkunden diagnostisch sicher zu erfassen,
- ◆ die vielfältigen Interventionsmöglichkeiten der Integrativen Therapie indikationsgerecht und kreativ zu verwenden,

auf der *Ebene der Theorie*

- ◆ begründete und geeignete Problemlösungsstrategien zu entwickeln,
- ◆ therapeutische Interventionen und Strategien aus der Theorie abzuleiten und im Zusammenhang relevanter Konzepte aus der allgemeinen und klinischen Psychologie zu erklären.

IV. Elemente der Postgradualen Weiterbildung

Im folgenden sollen die einzelnen Elemente der Postgradualen Weiterbildung nach den formalen Bedingungen, Zielen, Inhalten und Methoden dargelegt werden.

1 Selbsterfahrung

1.1 Persönliche und professionelle/methodische Selbsterfahrung in der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe

1.1.1 Formale Bedingungen

Die Gruppe umfasst bis 18 Teilnehmer. Sie wird als geschlossene Gruppe von einem Lehrtherapeuten bzw. einem autorisierten Lehrbeauftragten geführt. Die Gruppe tagt 5mal jährlich jeweils drei Tage. Dazwischen liegen die Methodikseminare. Insgesamt müssen 360 Std. in dieser Gruppe absolviert werden.

Im letzten Drittel der Weiterbildung erfolgt in der Regel ein Wechsel des Lehrtherapeuten, so dass ein Drittel der Weiterbildungsgruppe bei einem zweiten Lehrtherapeuten bzw. Lehrbeauftragten absolviert wird. Dem jeweiligen Lehrtherapeuten obliegt die Weiterbildungsbetreuung in der von ihm geleiteten Gruppe.

Arbeitsschwerpunkte der Gruppe im 1. Jahr (Eingangsphase) ist die Selbsterfahrung in personenzentrierten Prozessen (z.B. Gestalt-Einzelarbeit als Protagonist) und in Interaktionsprozessen in der Gruppe. Die TeilnehmerInnen lernen Awarenessstraining, Interaktionsübungen, Rollenspiel, Arbeit mit kreativen Medien, Entspannungsübungen und bewegungs-therapeutische Methoden kennen. Zentrale Thematik in dieser Phase sind Theorien und Modelle von Abhängigkeit und Krankheit, die Reflexion eigener Motive und Erfahrungen im Umgang mit Suchtmitteln und „süchtigen Verhaltensweisen“ sowie die Entwicklung der persönlichen professionellen Grundhaltung.

Im 2. Jahr (Aufbauphase) stehen die Intensivierung der Selbsterfahrung und die Einübung therapeutischer Techniken in Partner-, Kleingruppen- und Gruppenarbeit im Vordergrund. Die Reflexion des Gruppengeschehens und der therapeutischen Prozesse wird vertieft und auf der Basis von Konzepten der Integrativen Therapie theoretisch fundiert. Grundkenntnisse zur Psychosomatik, psychischen Störungen und Erkrankungen bei Suchtkranken werden vermittelt.

Im 3. Jahr (Abschlussphase) wird an exemplarischen Fällen aus der Praxis der TeilnehmerInnen gearbeitet, jeweils mit Rückbezug auf theoretische Konzepte; besonderes Augenmerk wird dabei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung gewidmet. Die Arbeit erfolgt in Kleingruppen-, Dyaden- und Triadenarbeit unter Supervision durch den/die GruppenleiterIn. Weitere Schwerpunkte sind die Vertiefung der Krankheitslehre und Absicherung diagnostischer Kenntnisse, Neurosenlehre und Genese von klinischen Störungsbildern.

1.1.2 Ziele der fortlaufenden Gruppe

Die fortlaufende Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe hat zum Ziel, den Weiterbildungskandidaten über einen Zeitraum von ca. drei Jahren den Integrativen Ansatz der Therapie erlebniskonkret in der Praxis als angewandte integrative Gruppentherapie mit dem ganzen Spektrum ihrer Methoden, Techniken; Medien, Modalitäten usw. einschliesslich psychodramatischer und gestalttherapeutischer Ansätze zu vermitteln und dabei persönliche Arbeit im Rahmen einer Gruppe an eigenen aktuellen, biographischen und prospektiven Problemen - z.B. bewussten und unbewussten Konflikten - und Ent-

wicklungsaufgaben in einem kontinuierlichen Prozess zu ermöglichen, insbesondere die Arbeit an Kompetenzerleben, persönlicher Souveränität, Beziehungsfähigkeit, fundierter Kollegialität. Auf diese Weise wird die Praxis der Integrativen Therapie, der Gestalttherapie, des Psychodramas und integrativer körperorientierter Psychotherapie erlernt, wobei die „Methode durch die Methode“ in einem Prozess persönlicher und professioneller Erwachsenensozialisation gelehrt und gelernt wird. Das eröffnet Möglichkeiten der Mitgestaltung und Organisation des Lernstoffes und der Vermittlungsmethoden im Sinne partnerschaftlicher und partizipativer andragogischer Arbeit. Die Leitlinie des Stoffrahmenplanes für die fortlaufende Weiterbildungsgruppe ist im Sinne eines „halboffenen Curriculums“ zu sehen, das persönlich bedeutsames, subjektiv sinnvolles und lebensweltlich relevantes Lernen von hoher ökologischer Validität für professionelle Kontexte ermöglicht. Durch die Erfahrung eines solchen partizipativen Lernklimas und einer partnerschaftlichen Weiterbildungskultur können auch eine therapeutische Grundhaltung und eine integrierte Methodik erworben werden, die im persönlichen Wachstum auf der körperlichen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozialen Ebene wurzeln. Das Wachstum und die Entfaltung der eigenen Möglichkeiten im sozialen und ökologischen Kontext - insbesondere in professionellen Situationen - und die effiziente Nutzung von Ressourcen sind ein zentrales Ziel der Postgradualen Weiterbildung. Der Therapeut selbst ist das wesentlichste Instrument der Therapie und Agens in der therapeutischen Beziehung. Deshalb soll der Aufarbeitung seiner bewussten und unbewussten Konfliktodynamik, der Entwicklung seiner Potentiale und Ressourcen, seiner persönlichen Integration und Integrität und seiner „personalen, sozialen und professionellen *Kompetenz und Performanz*“ die grösste Bedeutung im Rahmen der Postgradualen Weiterbildung zugemessen werden. Als weitere Ziele und Inhalte der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe sind zu nennen: Erleben der eigenen Veränderungs- und Integrationsprozesse, differenzierte Handhabung sozialer Situationen (sozialer Kompetenz und Performanz), insbesondere in klinischen Kontexten, theoretische Reflexion bzw. Metareflexion interaktioneller und intrapsychischer Prozesse, Erlernen von Methoden und Techniken in ihrem prozessorientierten und störungsbildspezifischen Einsatz (professionelle Kompetenz und Performanz), die Anwendung des Gelernten im persönlichen, weiteren sozialen, spezifisch beruflichen Kontext, Reflexion des persönlichen „sozialen Engagements“.

1.1.3 Themen und Stoffrahmenplan der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe

Die Gruppe ist an den vier Dimensionen von Integrativer Psychotherapie und Selbsterfahrung ausgerichtet: *klinische, kurative und palliative Arbeit, Gesundheitsförderung, Persönlichkeitsentwicklung, Kulturarbeit*. Sie fokussiert nicht nur auf die persönliche Selbsterfahrung, sondern auch auf die Konzept- und Methodenvermittlung, insbesondere mit Blick auf den Transfer in die Arbeit mit Patienten und Klientinnen in der Praxis. Genderfragen, Zielgruppenprobleme, Schichtperspektiven werden dabei immer wieder reflektiert. Für die fortlaufende Ausbildungsgruppe sind thematische Schwerpunkte im Sinne eines „halboffenen“, kokreative Lernprozesse ermöglichenden Curriculums festgelegt mit einem spezifischen Leseprogramm, für das in den Seminarblöcken Zeit eingeplant ist. Es ist dabei in Rechnung zu stellen, dass sich über die Seminarblöcke hin durch die Gruppendynamik und Prozesse kooperativer Gestaltung des Lernstoffes durchaus thematische Verschiebungen ergeben können oder dass es auch vorkommen kann, dass einmal ein Seminar thematisch „ausfällt“ und dazu theoretisch nachgearbeitet wird (z.B. durch Erstellung von Thesenpapieren). Es kann aber von einer Grundorientierung ausgegangen werden: 80% der festgelegten Themen müssen im Verlauf der Ausbildungsgruppe behandelt worden sein. In der Gruppe wird ein Protokoll des Verlaufs anhand des Rahmens Integrativer Gruppenprozessanalyse geführt. Leistungsnachweise werden als Seminararbeiten in Form von Referaten erworben.

1.2 Persönliche und professionelle/methodische Selbsterfahrung in der Einzelarbeit

Die einzeltherapeutischen Sitzungen sind von besonderer Bedeutung für die Entwicklung der Therapeuten-Persönlichkeit. Die Konzentration auf das eigene biographische Material und die Reflexion der eigenen Lebensspanne sind hier möglich. Diese „Lehranalyse“ dient auch der fokalthérapeutischen Vertiefung von Aspekten aus der Selbsterfahrungsgruppe, begleitet kontinuierlich die Bearbeitung individueller Themen und Probleme und fördert darüberhinaus den Erwerb einer Methodik der Einzelintervention. Dieser Ausbildungsteil soll spätestens vor Ende des ersten Ausbildungsjahres begonnen worden sein, da erfahrungsgemäß sich sonst zuviele Ausbildungsanteile überschneiden. Zugelassen sind alle Lehrbeauftragten/-therapeuten, die in der Liste der Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten des FPI hinter ihrem Namen ein "L" verzeichnet haben.

2 Methodik-Theorie-Praxis Programm

Ziel dieser Veranstaltungen ist es, in Form von Fachseminaren **Methodik** und **Theorie** in unmittelbarem Praxisbezug und unter Einbezug methodischer Eigenerfahrung zu lehren, die Rahmenbedingungen der Sozialtherapie. Die Seminare werden durch einschlägige Literatur von den Teilnehmern vor- und nachbereitet, so dass die theoretischen Vorkenntnisse in die Aufarbeitung der Prozesse integriert werden können. Die philosophisch-anthropologischen, persönlichkeits-theoretischen, entwicklungspsy-

chologischen, psychopathologischen, netzwerkdynamischen sowie die methodischen und behandlungs-technischen Grundlagen der Integrativen Therapie sollen auf diese Weise in störungsbild-, altersgruppen- und klientengruppenspezifischer Zupassung praxis- und erlebnisnah vermittelt werden.

2.1 Ätiologie der Suchtkrankheiten

Integrative Therapie hat spezialisierte Modelle für die Behandlung von Suchterkrankungen (z.B. Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Polytoxikomanie, Spielsucht) in ambulanten und stationären, hochschwelligen und niedrigschwelligen Settings entwickelt. Das Seminar vermittelt vor dem Hintergrund von Forschungsergebnissen ätiologische, diagnostische und therapeutische Konzepte für die Einzel-, Gruppen- und Netzwerktherapie von Suchtkranken und die Arbeit mit ihren Angehörigen im Rahmen multidisziplinärer Teams und suchtspezifischer Einrichtungen und Behandlungsprogramme. Die Konzeptualisierung der Patientensituation, Behandlungsplanung, Verlaufsdynamiken und -probleme sind weitere Themen.

Theorien zu „Sucht/Abhängigkeit/Mißbrauch/Gefährdung“ werden in diesem Seminar anhand des Dreiecks: Suchtmittel-Mensch-Umfeld vorgestellt und diskutiert. Unterschiedliche Ursachen, Verlaufsformen und Ausprägungen der Sucht erfordern einen multidimensionalen, prozessualen Ansatz der Diagnostik, des Erkennens von Krankheitsbildern und deren Bedingungen sowie besonders ihrer weiteren Entwicklung in der Lebensspanne. Karrierebezogener Longitudinalstudien zu Risiko- und Schutzfaktoren, psychophysiologische Forschungen zur Wirkung von Neurotransmittern bei Suchtmittelkonsum oder bei traumatischem bzw. posttraumatischem Stress werden mit einbezogen. Es werden deshalb sowohl die Komplexität der biologischen, seelischen und geistigen Dimensionen des Menschen als auch der Einfluß sozialer Variablen: Familie, Umfeld und Gesellschaft sowie Forschungsergebnisse zur Frage der Prognose berücksichtigt. Um aus dieser ganzheitlichen und differentiellen Perspektive und den komplexen Konzeptionen zur Ätiologie einen mehrdimensionalen Ansatz therapeutischen Handelns zu erarbeiten.

2.2 Integrative Modelle therapeutischer Interventionen

Ziel dieses Seminars ist die konzentrierte Einführung in Theorien der Integrativen Therapie und ihrer Behandlungskonzepte. Neben den anthropologischen und soziologischen Grundlagen sind dies die zentralen Konzepte des Ko-respondenz-Modells und der Kontextgebundenheit im Zeitkontinuum. Dieser ganzheitliche Behandlungsansatz mit seiner **Gesundheitslehre** (Aufbau, Erhalt und Entwicklung des *Regulationspotentials* des Subjekts, d. h. seiner Regulationskompetenz und -performanz auf allen Ebenen durch optimale Stimulierung protektiver Faktoren und Abschirmung durch Resilienzfaktoren)- und **Krankheitslehre** (Wiederherstellung des durch überlastende bzw. dysfunktionale und defiziente Stimulierung beschädigten oder beeinträchtigten Regulationspotentials und seiner organismischen Grundlagen vermittelt durch korrigierende, alternativer, substitutiver Erfahrungen, Zuführung von protektiven Faktoren und Ressourcen sowie Förderung von Resilienzbildung) werden in diesem Seminar dargestellt, weiterhin die Theorie des therapeutischen Prozesses, des Einbezugs sozialökologischer und longitudinaler *entwicklungspsychobiologischer* Perspektiven (Netzwerkarbeit, lifespan developmental approach, Karrierebegleitung) und Fragen der Indikation speziell bei Suchtkranken. Anhand von Praxisreflexionen werden zentrale Methoden und Techniken der Integrativen Therapie (kreative Medien, Dialogarbeit etc.) in ihrer therapeutischen Bedeutung für die Arbeit mit Suchtkranken vermittelt.

2.3 Prozessuale Grundfragen der therapeutischen Praxis

In diesem Seminar steht die konkrete Strukturierung von Therapie- und Beratungsprozessen mit ihrem Setting und ihren Techniken der Gesprächsführung im Zentrum. Die Indikation der „vier Wege der Heilung und Förderung“, d.h. der vier methodischen – Patogenese- und Salutogenese- und Salutogenese-perspektiven einbeziehenden – Zugangsweisen der Integrativen Therapie werden reflektiert. Zielsetzung ist, differenziell für jede/jeden KlientIn von den *Phänomenen* ausgehend die lebensbestimmenden *Strukturen* mit ihren Szenen und Atmosphären produktiv für den jeweiligen Therapieprozeß sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting herausarbeiten zu können, um Möglichkeiten zu neuen *Entwürfen* der konstruktiven Beeinflussung der Lebensführung, der Problemlage, des Krankheitsgeschehens, der sozialen Situation, der Netzwerkdynamik und der sozioökologischen Kontexte zu gewinnen und um ihre Umsetzung zu fördern. Für diesen Behandlungsprozeß werden auch die Fragen der Angehörigenarbeit und die Nutzung von Unterstützungssystemen eingebunden. Coping- und ressourcentheoretische Konzepte und Forschung zu protektiven Faktoren, Resilienzen und „social support“ bieten hier wichtige Perspektiven.

2.4 „Therapeutische Relationalität“ – Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit – Umgang mit Affiliation/Reaktanz, mit Übertragung/Gegenübertragung, Widerstand/Abwehr

Der Prozeßverlauf mit den im therapeutischen Geschehen auftretenden Veränderungen Dynamiken auf der *intrapersonalen* und *interpersonalen* dyadischen und polyadischen Ebene (realen oder virtuellen Mehrpersonenbeziehungen) und/oder auf der gruppalen Ebene wird hinsichtlich der Möglichkeiten der „therapeutischen Relationalität“ reflektiert, veranschaulicht und erörtert. *Beziehungsphänomenologisch*: als Formen von *Konfluenz*, *Kontakt*, *Begegnung*, *Beziehung*, *Bindung*, *Abhängigkeit*, *Hörigkeit*; *soziopsychologisch*: als Formen der *Affiliation* und *Reaktanz*, der *Interaktion* und *Kommunikation*; *psychodynamisch*: als *Übertragung* und *Gegenübertragung*, *Widerstands-* und *Abwehrgeschehen*. Mit dieser Differenzierung wird statt einer einseitigen Übertragungszentrierung eine nuancierendes Verständnis von Relationalität gegenübergestellt. Das Konzept der Reaktanz, die durchaus sinnvoll sein kann, wird dem des Widerstandes, der u. a. vor dem Bewußtwerden schmerzlicher Erfahrungen schützen soll und zuweilen als ein Hindernis in der Beziehung erscheint, ergänzend an die Seite gestellt. Es können so verschiedene Mechanismen der Abwehr und Angstbewältigung, aber auch des Copings und des Creatings in ihren unterschiedlichen Formen in den jeweiligen Phasen der Therapie erschlossen und neue behandlungsmethodische Zugänge für die Handhabung der therapeutischen Beziehung, aber auch deren spezielle Gefährdung bei Suchtkranken erarbeitet werden.

2.5 Rückfall, Krise und Krisenintervention

Der Rückfall stellt die suchtspezifische Form der unangemessenen Lösung von Konfliktsituationen dar, der in der Regel einerseits einen Rückschritt in der Therapie, andererseits einen ergiebigen Neubeginn bedeuten kann. Jedes Therapiesegment hat ein spezifisches „Segmentpotential“, das herausgefunden, genutzt, in seinen Begrenzungen gesehen werden muß. Die Bearbeitungsmöglichkeiten des Rückfalls und seiner potentiellen Folgen werden in diesem Seminar behandelt und z. T. auch in methodischer Selbsterfahrung erschlossen. Phasen der Krisenbewältigung und Rüstzeug für ihre Handhabung werden für die Praxis vermittelt und mit ihrem konzeptuellen Hintergrund in Krisen-, Konflikt- und Traumatic-Stress-Theorie fundiert. Die mit dem Rückfall oft einhergehende „Krise des Therapeuten“ findet dabei ebenfalls Berücksichtigung. Weiterhin werden ein breites Spektrum suchtspezifischer Krisen behandelt.

Das Seminar setzt ausreichende Selbsterfahrung und therapeutische Praxis voraus. Im Zentrum stehen vier Aspekte: 1. Krisen des Therapeuten, 2. Krisen des Patienten/Klienten, 3. Krisen von Gruppen, 4. Krisen im institutionellen Setting. Das Erkennen von krisenhaften Entwicklungen und das Bearbeiten verschiedener Krisen (Traumatisierung, Kontrollverlust, soziale Belastungen, psychotische Dekompensationen etc.) sollen geschult und Möglichkeiten der Intervention praktisch vermittelt und unter Rückgriff auf moderne Krisentheorien konzeptuell fundiert werden. Besonderes Gewicht wird auf das Einüben und Handhaben von Techniken der Krisenintervention (z. B. innere Beistände, Realitätstraining, innere Distanzierung) und das Bearbeiten eigener krisenhafter Erfahrungen gelegt.

2.6 Sucht, seelische Erkrankung und Persönlichkeit

Im Zentrum dieses Seminars stehen Differentialdiagnostik und Interventionsstrategien unter besonderer Berücksichtigung schwerer Persönlichkeitsstörungen, z. B. der „Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Grenzlinien zu und Zusammenhänge von bzw. mit anderen seelischen Erkrankungen sollen auf der Grundlage der Integrativen Pathogenesetheorie „früher Schädigungen“, die Defizite, Konflikte, Traumata und Störungen unterscheidet, vorgestellt und diskutiert werden, damit Interventionsstrategien theoretisch fundierbar sind. Spezifische Probleme, z. B. die Integrierbarkeit psychotisch gestörter Patienten im Alltag einer Suchthilfeeinrichtung (Medikation und Abstinenz, Gruppenaspekte) versus Abgrenzung/Notwendigkeit der Überweisung in psychiatrische Facheinrichtungen usw. werden an Beispielen aus der Praxis exemplarisch erörtert.

2.7 Theorieprogramm

Das Theorieprogramm vermittelt die für qualifiziertes sozialtherapeutisches Handeln erforderlichen theoretischen Kenntnisse. Dabei wird im Sinne des integrativen Ansatzes auf eine breite Grundlage Wert gelegt. Die einzelnen Themenbereiche werden durch Literaturstudium erarbeitet bzw. in Seminaren vermittelt.

Unmittelbar mit dem ersten Weiterbildungsjahr schließt sich der Weiterbildungskandidat einer regionalen Theorie-Studiengruppe an. Diese werden von den Teilnehmern selbst organisiert und im Sekretariat registriert. Das Theorieprogramm umfasst Grundkenntnisse in folgenden Gebieten:

1. Konzepte über die Entstehung, Aufrechterhaltung und den Verlauf psychischer und psychisch mitbedingter Erkrankungen verschiedener Altersgruppen
 - 1.1 Allgemeine und spezielle Krankheitslehre, Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie durch wissenschaftlich fundierte Verfahren indiziert ist.

2. Diagnostik und Differentialdiagnostik zur Abgrenzung verschiedener Störungen mit Krankheitswert, psychosozial- und entwicklungsbedingter Krisen sowie körperlich begründbarer Störungen, bei denen Sozialtherapie indiziert ist.
3. Besondere entwicklungs- und gender-/geschlechtsspezifische Aspekte der Persönlichkeit, der Psychopathologie und der Methodik der Psychotherapie verschiedener Altersgruppen.
4. Intra- und interpersonelle Aspekte psychischer und psychisch mitbedingter Störungen in Paarbeziehungen, Familien und Gruppen.
5. Prävention und Rehabilitation
6. Dokumentation und Evaluation von sozialtherapeutischen Behandlungsverläufen.
7. Berufsethik und Berufsrecht, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes, Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen.

Weiterhin:

1. Theorie und Praxis der Diagnostik, insbesondere Anamnese, Indikationsstellung und Prognose, Konzeptualisierung Therapieprozessen und Behandlungsplanung.
2. Rahmenbedingungen der Sozialtherapie, Behandlungssetting, Einleitung und Beendigung der Behandlung.
3. Behandlungskonzepte und -techniken sowie deren Anwendung.
4. Krisenintervention.
5. Behandlungstechniken bei Kurz- und Langzeittherapie.
6. Therapiemotivation des Patienten, Entscheidungsprozesse des Therapeuten, Therapeuten-Patienten-Beziehung im Psychotherapieprozess.

Diese Grundkenntnisse werden in der fortlaufenden Theoriestudiengruppe und in den Fachseminaren des Methodik-Theorie-Praxisprogramms vermittelt. Dabei werden methodenübergreifende und methodenverbindende Perspektiven hergestellt und die aufgeführten Inhalte mit den spezifischen klinischen, methodischen und praxeologischen Positionen des Integrativen Ansatzes konnektiert.

In der Theoriegruppe und im Selbststudium erarbeiten sich die TeilnehmerInnen die für qualifizierte suchtkranken-therapeutische Arbeit erforderlichen Kenntnisse. Die Gruppentreffen dienen der Klärung theoretischer und praxeologischer Probleme und der Diskussion von Grundlagen und Konzepten der professionellen Arbeit auf dem Boden der Integrativen Therapie und suchtspezifischer Theoriemodelle anderer relevanter Ansätze.

3 Supervisionsprogramm

Das Supervisionsprogramm setzt eigene therapeutische Praxis voraus. Für alle supervidierten Patientensituationen und für die Verwendung von Patientenmaterialien in Kontrollanalyse und Supervision ist der „informed consent“ der Patienten zwingend erforderlich, ansonsten ist eine strikte Anonymisierung der vorgestellten Prozesse notwendig. Das Supervisions- und Praxisprogramm hat zum Ziel, den Weiterbildungskandidaten in den Anfängen eigener Behandlungstätigkeit mit der Integrativen Therapie und ihren Methoden zu begleiten und ihm persönliche und fachliche Hilfestellung zu geben. Es wird eine Supervisionsdokumentation geführt. Grundlage der supervisorischen Arbeit ist der elaborierte Ansatz „Integrativer Supervision, Kontrollanalyse und Coachingmethodik“, der den KandidatInnen in der Ausbildung und bei Beginn der Supervision so weit vermittelt wird, dass sie die Supervision optimal nutzen können und „gute“ Supervision von fragwürdiger unterscheiden lernen.

An mindestens 3 ausgewählten Prozessen („Fällen“) und Situationen aus der Praxis der TeilnehmerInnen (Einzel-und/oder Gruppenarbeit) werden insbesondere therapeutische Haltung, Diagnose und Indikation, Behandlungsplan und -verlauf und Interventionen erarbeitet. Gleichzeitig soll die Supervision bei der Erstellung des „Behandlungsjournals“ Hilfestellung geben. Der Supervisor stellt aufgrund der supervidierten Arbeit bei vorliegender Qualität eine Befürwortung für den Abschluß ab anhand des Evaluationsbogens **EAG 0.3/97** zur Bewertung der Leistungen in der PatientInnenarbeit, wie sie sich in der Supervision darstellt.

Vier Aspekte werden in der Supervision besonders berücksichtigt: 1. Supervision der therapeutischen Haltung des Behandlers/der Behandlerin (TherapeutInnenvariable), 2. Supervision störungsbild- und zielgruppenspezifischer therapeutischer Prozesse der Einzel- und Gruppentherapie (KlientInnenvariable), 3. Supervision des therapeutischen Geschehens und seiner Dynamik (Beziehungsvariable), 4. störungsbild- und zielgruppenspezifische Technik in Einzel- bzw. Gruppentherapie (Technikvariable), 5. Vermittlung theoretischer Konzepte (Konzeptvariable).

Die 30 U-Std. prozeßzentrierte Supervision (bei einem/einer SupervisorIn aus der "Liste der Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten des Fachbereiches Sozialtherapie des FPI", deren Namen mit einem "S" gekennzeichnet ist), soll in Einzelsupervision erfolgen; ersatzweise können auch 50 U-Std. Kleingruppensupervision absolviert werden. Die Supervision soll spätestens vor Ende des zweiten Ausbildungsjahres begonnen worden sein und muß auf die Kriterien des Evaluationsbogen **EAG 0.3/97** fokussieren, der auch für die abschließende Beurteilung verwendet wird.

V. Abschluss der Weiterbildung „Sozialtherapie Sucht“ mit Zertifikat – Aufbaumöglichkeiten mit Graduierung in „Soziotherapie“ und „Psychotherapie“ –

Hat ein Weiterbildungskandidat alle vorgeschriebenen Weiterbildungsleistungen erbracht, so kann er seinen Abschluß – je nach Voraussetzungen durch Zertifizierung, Graduierung, Master of Science – beim Prüfungsausschuss der EAG beantragen. Es gilt das Prüfungsreglement der EAG.

1. Abschluß mit Zertifikat

Mit Zertifikat kann abschließen, wer die Ausbildung nach VDR-Richtlinien für den Bereich Sozialtherapie „Sucht“ durchlaufen hat. Das Zertifikat dokumentiert eine hohe Qualifikation für die ganze Breite des Bereiches der Therapie mit Suchtkranken.

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- Studienbuch mit den testierten Weiterbildungsleistungen (Lehranalyse, Seminare usw.),
- Prozessdarstellung anhand eines „Behandlungsjournals“ in standardisierter Dokumentation (Einzel- oder Gruppenarbeit über mindestens 8 Wochen).
- Befürwortung des Supervisors
- Schriftliche Klausurprüfung: Anhand einer semistrukturierten schriftlichen Prüfung und einem freigestellten Thema soll in der nach VDR-Regelung beaufsichtigten Klausur dokumentiert werden, daß der/die TeilnehmerIn sich intensiv mit den Methoden der Integrativen Therapie in der Suchttherapie und ihrer methodischen Ansätze: Gestalttherapie, Therapie mit kreativen Medien und Fragen der Behandlung Suchtkranker auseinandergesetzt hat.
- Abschlusskolloquium.

Die eingereichten Unterlagen werden vom Prüfungsausschuss durchgesehen. Für Beurteilung des Behandlungsjournals werden zwei Dozenten vom Prüfungsausschuß betraut. Für das Kolloquium werden zwei Prüfer und ein Beisitzer bestellt. Neben der Prüfung der formalen Bedingungen, die für den Abschluß erforderlich sind, hat der Prüfungsausschuss für die Zulassung die persönliche Entwicklung des Kandidaten zu berücksichtigen, wie sie durch standardisierte Beurteilungen von seinen SupervisorInnen vorliegen. Die Zulassung für den Abschluß setzt nicht nur das Beherrschen bestimmter Techniken und die Kenntnis theoretischer Zusammenhänge, sondern persönliche Reife und Integrität voraus.

Über Inhalt und Procedere des Ausbildungsverlaufes und des Abschlusses sind die AusbildungskandidatInnen bei Beginn der Weiterbildung informiert worden. Beurteilungen werden dokumentiert. Die AbsolventInnen haben ein Recht auf Einsichtnahmen in die Unterlagen. Im Falle des Nicht-Einverständnisses mit dem Prüfungsergebnis kann der Ausbildungskandidat oder die Ausbildungskandidatin über die Vertreter der AusbildungskandidatInnen oder unmittelbar Einspruch bei der Zentralkonferenz des Stiftungsrates erheben.

1. 1 Behandlungsbericht

Der Weiterbildungskandidat hat für jede Form des Abschlusses einen ausführlich ausgearbeiteten Behandlungsbericht zu erstellen, für den der „informed consent“ des Patienten eingeholt werden muß, da das Journal Teil des Prüfungsverfahrens und in das Archiv der Behandlungsjournale aufgenommen wird. Außerdem ist das Journal nach Richtlinie auszuarbeiten und zu anonymisieren. In ihm soll das Procedere und der Verlauf vom Erstkontakt, über die klassifikatorische Diagnose (ICD-10, DSM IV), die „integrative prozessuale Diagnostik“ bis zum Abschluss der Behandlung dargestellt werden. Das Journal ist verpflichtend für das „Archiv der Behandlungsjournale“ der EAG für Forschungs- und Ausbildungszwecke zugänglich zu machen. Weiterhin sind drei Patientenbehandlungen unter Supervision bzw. Kontrolle durch Bestätigung der Supervisoren nachzuweisen.

1. 2 Abschlußkolloquium

Das Abschlußkolloquium wird mit bis zu drei Kandidaten durchgeführt und findet als Fachgespräch über den gesamten Stoff des im Theorie- und Methodikprogramm vermittelten Wissens anhand der Struktur der Wissensgebiete (Tree of Science) statt und bezieht ggf. gewählte Vertiefungsschwerpunkte ein. Es wird vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses und einem weiteren Ausschussmitglied oder von zwei Beauftragten des Prüfungsausschusses in Anwesenheit eines fortgeschrittenen Weiterbildungskandidaten als Beisitzer abgehalten. Es dauert 60 Minuten und steht Weiterbildungskandidaten offen.

Nach dem Kolloquium entscheiden die Prüfer über das Ergebnis des Kolloquiums. Bei dieser Entscheidung hat der Beisitzer volles Stimmrecht. Es kann lauten „bestanden“, „bestanden mit Auflage“ oder „nicht bestanden“. Wurde das Kolloquium nicht bestanden, so kann es nach einer vom Prüfungsausschuss festgesetzten Frist, frühestens aber nach drei Monaten, wiederholt werden. Falls angezeigt, können die Prüfer besondere Auflagen machen. Gegen die Entscheidung der Prüfer kann in-

nerhalb eines Monats über den Vertreter der Weiterbildungskandidaten beim Prüfungsausschuss Einspruch eingelegt werden.

1.3 Zertifikat

Nach Absolvierung aller Ausbildungsleistungen Erbringung aller Prüfungsleistungen nach VDR-Regelung erhält der Kandidat/die Kandidatin das Zertifikat über die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung

„Sozialtherapeut Sucht“

das seine Fachkompetenz für diesen Bereich nach Maßgabe der Kostenträger ausweist.

2. Graduierung in „Integrativer Soziotherapie“ zum „Soziotherapeuten für Integrative Therapie“

Der Abschluß in „Integrativer Soziotherapie“, der nicht nur auf den Bereich Suchttherapie gerichtet ist und mit der Graduierung abschließt, kann nach Zertifizierung zum „Sozialtherapeuten Sucht“ durch aufbauende Leistungen in ca. einem Jahr erreicht werden. Es wird damit die Möglichkeit gewonnen, auch in anderen Bereichen der Soziotherapie (Kinder-, Jugend-, Psychiatrie-, Gerontobereich o. ä.) tätig zu werden. Folgende Aufbauleistungen sind erforderlich.

- Absolvieren eines „Intensivseminars“ (10 Ausbildungseinheiten) lt. Richtlinien des soziotherapeutischen Curriculums
- Absolvieren von zwei Methodikseminaren (8 - 10 Ausbildungseinheiten insgesamt) zu störungsspezifischer Behandlung oder methodischen Spezialisierung
- Absolvieren des Seminars Supervision I (4 – 5 Ausbildungseinheiten)
- Anfertigung eines Behandlungsberichts (sofern nicht schon für das „Zertifikat“ 1.1 absolviert)
- Anfertigen einer Graduierungsarbeit
- Abschlus colloquium (sofern nicht schon für das „Zertifikat“ 1.3 absolviert)

2.1 Graduierungsarbeit

Die „Graduierungsarbeit“ soll ein eigenständiger wissenschaftlicher Beitrag aus dem Bereich sozio- und psychotherapeutisch orientierter Integrativer Einzel- oder Gruppenbehandlung aus einem gewählten und vom Prüfungsausschuss genehmigten Vertiefungsschwerpunkt in einem klaren Bezug zur Integrativen Therapie sein. Die Arbeit soll dokumentieren, dass der Weiterbildungskandidat sich in Theorie und Praxis intensiv mit der Integrativen Therapie, dem Vertiefungsschwerpunkt, mit den klinisch relevanten Sozialwissenschaften, der Psychologie und der relevanten Forschung auseinandergesetzt hat. Das Thema für die Graduierungsarbeit wird im dritten Weiterbildungsjahr beim Prüfungsausschuss mit Gliederung, Exposé und Literaturliste zur Genehmigung eingereicht. Die Arbeit kann von einem Lehrbeauftragten betreut werden. Die Graduierungsarbeit muss bis zum Abschluss des fünften Weiterbildungsjahres, spätestens aber sechs Jahre nach Beginn der Weiterbildung in drei Exemplaren nach den formalen Regeln wissenschaftlicher Arbeiten (z. B. was Zitation, Literatur etc. anbelangt) mit einem englischen und deutschen Abstract beim Prüfungsausschuss hinterlegt werden. Sie wird von mindestens zwei Gutachtern beurteilt. Mit ihrer Annahme kann der Kandidat zur Graduierung zugelassen werden. Die angenommene Arbeit oder eine vom Prüfungsausschuss genehmigte Kurzfassung soll in einer einschlägigen Fachzeitschrift oder einer der Internetzeitschriften der EAG unter Nennung der EAG als Ausbildungseinrichtung und ggfls. in Mitautorenschaft des Betreuers veröffentlicht werden. Auf Antrag sind auch Gemeinschaftsarbeiten möglich.

2.2 Graduierungsurkunde

Die Graduierung erfolgt durch Beschluss des Prüfungsausschusses für das Verfahren

„Integrative Therapie - Schwerpunkt Soziotherapie“.

Der Weiterbildungskandidat erhält eine Graduierungsurkunde der Akademie, die den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung dokumentiert und in der Inhalt und Umfang der Weiterbildung detailliert aufgeführt werden und die Kompetenz des Ausgebildeten über den Bereich der Soziotherapie bescheinigt.

3. Graduierung in „Integrativer Therapie“ zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin

Auf der Basis der Zertifikatsausbildung „Sozialtherapie Sucht“ ist es möglich auch die Psychotherapieausbildung in „Integrativer Therapie“ durch aufbauende Ausbildungsleistung abzuschließen, die die Möglichkeit bietet, die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach dem Heilpraktikergesetz (volle Zulassung oder eingeschränkte Zulassung für die Psychotherapie) beantragen und zu erhalten. Da die eingeschränkte Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde für die **Psychotherapie** in freier Praxis eine „psychotherapeutische Ausbildung“ voraussetzt – eine soziotherapeutische wird keinen Rechtsbestand haben – ist der Abschluß in Psychotherapie erforderlich. Dieser kann ohne den Zwischenschritt über die Soziotherapie erreicht werden. Dafür ist erforderlich, die fehlenden Ausbildungsschritte

gemäß dem Ausbildungscurriculum „Psychotherapie“ zu absolvieren. Das kann innerhalb von 1-2 Jahren erreicht werden. Folgende Ausbildungsleistungen sind erforderlich:

- Absolvieren von zwei „Intensivseminars“ (2 mal 10 Ausbildungseinheiten) lt. Richtlinien des soziotherapeutischen Curriculums
- Absolvieren von zwei Methodikseminaren (8 - 10 Ausbildungseinheiten insgesamt) zu störungsspezifischer Behandlung oder methodischen Spezialisierung
- Absolvieren des Seminars Supervision I und II (jeweils 4 – 5 Ausbildungseinheiten)
- Anfertigen einer psychotherapiespezifischen Graduierungsarbeit (sofern nicht schon für die „Graduierung Soziotherapie“ 2. 1 absolviert)
- Fortführung der Lehranalyse
- Fortführung der Kontrollstunden und der Supervision gemäß den Ausbildungsrichtlinien „Psychotherapie“
- Abschlußcolloquium (sofern nicht schon für das „Zertifikat“ 1. 3 absolviert)

3. 1 Graduierungsarbeit

Siehe unter 2.1. Die Graduierungsarbeit muß aus dem Bereich der Psychotherapie sein. Ist eine Arbeit im Bereich Soziotherapie mit einem psychotherapie relevanten Thema geschrieben worden kann sie nach Begutachtung anerkannt werden.

3. 2 Graduierungsurkunde

Die Graduierung erfolgt durch Beschluss des Prüfungsausschusses für das Verfahren

„Integrative Therapie - Schwerpunkt Psychotherapie“.

Der Weiterbildungskandidat erhält eine Graduierungsurkunde der Akademie, die den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung dokumentiert und in der Inhalt und Umfang der Weiterbildung detailliert aufgeführt werden und die Kompetenz des Ausgebildeten über den Bereich der „Psychotherapie“ bescheinigt als Grundlage für die Beantragung der Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz.

VII Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung für das Curriculum und die Ausbildung erfolgt auf verschiedenen Ebenen:

1. erfolgt sie im Sinne eines „differentiellen Qualitätssicherungskonzeptes“ (Steffan, Petzold 2001), das im Sinne eines *Qualitätszirkels* beständig Informationen von Lehrtherapeuten, Gremien, AusbildungskandidatInnen, wissenschaftlicher Leitung, Forschungsteam der EAG zusammenträgt, wodurch eventuellen Fragen oder Schwierigkeiten situationsnah und unmittelbar geklärt werden und, wenn das nicht möglich ist, an höhere Entscheidungsinstanzen zur Klärung weitergegeben werden. Diese Gremien bilden Knotenpunkte für Konnektionen aller an der Ausbildung Beteiligten .
2. erfolgt die Qualitätssicherung über die Erfassung der „Kundenzufriedenheit“ durch Veranstaltungsevaluationen. Dazu erhält jeder Teilnehmer im Anschluss an die einzelnen Weiterbildungselemente einen Fragebogen zur Bewertung der Qualität der unterschiedlichen Aspekte. Die Evaluationsbögen werden systematisch ausgewertet, in den Gremien präsentiert und den Kandidaten zugänglich gemacht (Petzold, Steffan, Zdunek 1999; Orth, Petzold, Zunker 2005). Die Ergebnisse dieser und anderer Evaluationsprojekte fließen wieder in die Weiterentwicklung des Curriculums und der Verbesserung der Ausbildung ein (Petzold, Rainals, Sieper, Leitner 2005).

VIII Nachwort

Die Weiterbildungen an der EUROPÄISCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT UND KREATIVITÄTSFÖRDERUNG (EAG) als am 6. Dezember 1983 *staatlich anerkannter Einrichtung der beruflichen Weiterbildung* in der Trägerschaft des 1972 gegründeten „Fritz Perls Instituts“, gemeinnütziger GmbH, stehen vor dem Hintergrund des *nordrheinwestfälischen Erwachsenenbildungsgesetzes* und damit in einer äusserst progressiven bildungsrechtlichen Tradition, die die *Mitwirkung* der Weiterzubildenden, der DozentInnen und der MitarbeiterInnen gesetzlich vorschreibt und in einer Mustersatzung regelt. Die vom Regierungspräsidenten Düsseldorf am 6.12. 1983 und in der revidierten Fassung am 18.3.1998 genehmigte Akademiesatzung der EAG (publiziert in *Gestalt & Integration* 1, 1998, 538-549) ist dieser Bildungskonzeption verpflichtet. In der Schweiz wurde die Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie (SEAG) am 16.08.1993 in Rorschach konstituiert. EAG und SEAG haben diese Konzeption für die Bereiche wissenschaftliche Bildung, berufliche Bildung, Persönlichkeitsbildung, Kreativitätsförderung umgesetzt und in europaweiten Kooperationsprojekten als europäische Bildungsträger realisiert. Auch die mit der EAG kooperierenden Einrichtungen sind den Prinzipien dieser Satzung verpflichtet. Die Ausbildungen an EAG, SEAG, FPI sind curricular aufgebaut. In einem zeitlich gegliederten Rahmen sollen bestimm-

te Ziele und Inhalte vermittelt werden. Wie aus den Weiterbildungsrichtlinien zu ersehen ist, soll nicht nur auf Faktenwissen zentriert werden, sondern es soll die Entwicklung zu einer integrierten und differenzierten Persönlichkeit, gefördert werden, die über „persönliche Souveränität“ und über Integrität verfügt, um den Anforderungen eines therapeutischen oder psychosozialen Berufes gewachsen zu sein. Dieses Ziel soll erreicht werden, in dem *die Methode durch die Methode gelehrt und gelernt wird*. Damit erhält die professionalisierende Selbsterfahrung einen zentralen Platz im Weiterbildungskonzept.

Das Curriculum ist so angelegt, dass kognitive, affektive und soziale Lernziele und -inhalte in aufeinander aufbauender Folge durch die verschiedenen Veranstaltungen und Seminare vermittelt werden und sich Persönlichkeitsentwicklung auch im Hinblick auf die Form und Intensität der Selbsterfahrung vollziehen kann.

Die Sozialtherapieausbildung ist eine besondere Form berufsspezifischer Fort- und Weiterbildung von Erwachsenen, die sowohl den Erfordernissen moderner Berufs- und Erwachsenenbildung als auch den Besonderheiten der sozialtherapeutischen Dynamik Rechnung tragen muss. Die einzelnen Elemente und Abschnitte des Curriculums geben einen Rahmen, der durch Festlegungen von einer Folge von Seminarveranstaltungen ein optimales Lernen zu gewährleisten sucht, der aber auch Gestaltungsspielräume offenlässt, um persönlich bedeutsames, subjektiv als sinnvoll erlebtes Lernen von lebensweltlicher Relevanz und ökologischer Validität in partnerschaftlicher Qualität zu gewährleisten. Sollte daher von den Erfordernissen der persönlichen Entwicklung und Situation eine andere Struktur des Zeitplans notwendig werden, so kann dies mit dem zuständigen Lehrtherapeuten oder dem Weiterbildungsleiter des Instituts besprochen werden. Die curriculare Struktur ist nicht gleichbedeutend mit „Verschulung“ und der Normierung individueller Erfahrungs- und Lernprozesse. Sie ist so angelegt, dass in ihrem Rahmen Freiraum für den individuellen Rhythmus gegeben ist, denn nur so kann sich „Parrhesie“, eine Aufrichtigkeit gegen sich selbst und eine wertschätzende Freimütigkeit gegenüber anderen entwickeln.

© Es wird darauf hingewiesen, dass die hier niedergelegten Weiterbildungsrichtlinien autoren- und urheberrechtlich geschützt sind. Es ist daher unzulässig, in irgendeiner Weise dieses Werk abweichend von seinem vorgesehenen Zweck, der Information von Weiterbildungskandidaten von EAG und FPI, zu nutzen, insbesondere in dieser oder abgewandelter Form ohne Erlaubnis der Berechtigten zu vervielfältigen und zu verwenden.

Hückeswagen im November 2008
