

## **Weiterbildung für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

### **1. Zulassungsvoraussetzungen**

- (1) Eine abgeschlossene Ausbildung als Arzt, Diplom-Psychologe, Master in Psychologie mit der Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Bachelor in Sozialer Arbeit mit staatlicher Anerkennung.
- (2) Die Weiterbildung muss berufsbegleitend sein. Für die Dauer der Weiterbildung muss ein Arbeitsplatz mit dem zeitlichen Umfang von mindestens 50 % der wöchentlichen Regelarbeitszeit im Bereich der ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nachgewiesen werden.
- (3) Persönliche Eignung (Empfehlung eines Lehrtherapeuten bzw. Lehrbeauftragten aufgrund eines Zulassungsinterviews).

Der Antrag auf vorläufige Zulassung zur Weiterbildung ist auf einem Formblatt an die Verwaltung der EAG 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.



Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung

## 2. Kosten der Weiterbildung

(ohne Unterbringung & Verpflegung)

- a. Zulassungsinterview: 70 €
- b. Seminargebühren Fachseminare: 2.170 € (70 € pro Tag)
- c. Seminargebühren Gruppenseminare: 2.730 € (70 € pro Tag)
- d. Lehrtherapie, Einzelstunden: 1.800 - 2.250 € (60-75 € pro Stunde) *oder* Lehrtherapie in Blockform / Kleinstgruppen) 3x 3 Tage): 1.350 € (150 € pro Tag)
- e. Supervision, Einzelstunden: 1.800 € - 2.250 € (60-75 € pro Stunde) *oder* Supervision in Blockform: ca. 1.000 €
- f. Abschluss- und Prüfungsgebühr: 200 €

**Gesamtkosten: 7.520.- € bis 9.670.- €**

je nach gewählter Lehrtherapie-/Supervisionsform

Informieren Sie sich bei uns über die Unterbringungs- und Verpflegungskosten.

### 3. Strukturplan der Weiterbildung

1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
312 Stunden Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe (thematisch vorgegeben) (13 x 3 Tage)		
<p><i>Fachseminare:</i></p> <p>40 Std. (5 Tage) Sucht als Krankheit - ätiologische Faktoren</p> <p>24 Std. (3 Tage) Grundlagen der Verhaltenstherapeutischen Theorie I</p>	<p><i>Fachseminare:</i></p> <p>40 Std. (5 Tage) Prozessuale Grundfragen der therapeutischen Praxis I</p> <p>40 Std. (5 Tage) Prozessuale Grundfragen der therapeutischen Praxis II</p> <p>24 Std. (3 Tage) Grundlagen der Verhaltenstherapeutischen Theorie II</p>	<p><i>Fachseminare:</i></p> <p>40 Std. (5 Tage) Rückfall, Krise, Krisenintervention</p> <p>40 Std. (5 Tage) Sucht, seelische Erkrankung und Persönlichkeit</p>
30 Stunden Einzel-Lehrtherapie oder 45 Std. in Kleinstgruppen 30 Std Einzel-Supervision oder 50 Stunden in Kleingruppen		
90 Stunden fortlaufendes Theorieprogramm (regionale Studiengruppen, ohne fachliche Anleitung)		
Schriftliche und mündliche Prüfung Behandlungsjournal (schriftliche Dokumentation eines therapeutischen Prozesses)		
<b>Zertifikat "Suchttherapeutin / Suchttherapeut"</b>		

#### **4. Übersicht der Seminarthemen**

##### **Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe**

(13 X 3 Tage = 312 Stunden)

- (1. Gruppenseminar) Der strukturierte Therapieprozess – Teil 1: Lernorientierung und das biopsychosoziale Störungsmodell
- (2. Gruppenseminar) Der strukturierte Therapieprozess – Teil 2: Therapeut- Patient-Beziehung
- (3. Gruppenseminar) Der strukturierte Therapieprozess – Teil 3: Die Rolle kreativer Medien und Prozesse in der Ressourcenarbeit
- (4. Gruppenseminar) Der strukturierte Therapieprozess – Teil 4: Ziele in Therapie und Selbsterfahrung
- (5. Gruppenseminar) Zwischenauswertung - Die Rolle der Gruppe, Gruppenprozessanalyse, Evaluation der eigenen Entwicklung und der Gruppenentwicklung anhand achtsamkeitsbasierter Ansätze
- (6. Gruppenseminar) Neuere und aktuelle Modelle zum Menschenbild in der Verhaltenstherapie - Dimensionen des anthropologischen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses
- (7. Gruppenseminar) Persönliche Gesundheit, persönliche Krankheit, spezielle Störungslehre
- (8. Gruppenseminar) Emotionale Differenzierungsarbeit
- (9. Gruppenseminar) Die Bedeutung bewusster und unbewusster Prozesse in den verhaltenstheoretischen Psychotherapien Schwerpunkt Schematherapie
- (10. Gruppenseminar) Psycho- und Suchttherapie in der Lebensspanne - Konzepte Klinischer Entwicklungspsychologie und Persönlichkeitstheorie
- (11. Gruppenseminar) Wege der Heilung und Förderung (Heuristiken) in prozessorientierter Arbeit – Behandlungsformen, Wirkfaktoren
- (12. Gruppenseminar) Training sozialer Kompetenzen und Verfahren der Exposition, Konfrontation und Bewältigung
- (13. Gruppenseminar) Auswertung Abschied und Auswertung des Gruppenprozesses und des Prozesses eines jeden Mitglieds

### **Fachseminare**

(5 x 5 und 2 x 3 Tage)

- Sucht als Krankheit – ätiologische Faktoren
- Grundlagen der Verhaltenstherapeutischen Theorie I
- Prozessuale Grundfragen der therapeutischen Praxis I
- Prozessuale Grundfragen der therapeutischen Praxis II
- Grundlagen der Verhaltenstherapeutischen Theorie II
- Rückfall, Krise und Krisenintervention
- Sucht, seelische Erkrankung und Persönlichkeit

## **5. Kurzbeschreibung der Seminarthemen**

### **Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe**

#### **1. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

#### **Der strukturierte Therapieprozess - Teil 1: Lernorientierung und das biopsychosoziale Störungsmodell**

Die in der Psychotherapie angestrebten dauerhaften Änderungen des Verhaltens und Erlebens kommen beim Menschen durch Lernprozesse zustande. Das sind Informationsverarbeitungsprozesse, die zu Gedächtniseinprägungen führen. Auch klinische Symptome und deren psychische Bedingungen – nämlich fehlentwickelte Einstellungen, Verhaltensgewohnheiten oder emotionale Reaktionsweisen – wurden zu einem großen Teil irgendwann, oft bereits in der Kindheit, erlernt und können daher durch gezielte psychologische Maßnahmen wieder verlernt bzw. um- oder neugelernt werden. Theorien, die solche Lernprozesse beschreiben, die so genannten Lerntheorien, sind infolgedessen die theoretische Basis der Verhaltenstherapie in integrativer Orientierung. Sie liefern grundsätzliches Bedingungswissen, wie eine Störung zustande kam oder derzeit noch aufrechterhalten wird, und außerdem Änderungswissen, wie sie therapeutisch verändert werden kann.

Im Detail unterscheiden sich die verwendeten Störungsmodelle erheblich, da jede Störung ihre spezifische Eigenart der Entstehung und Aufrechterhaltung hat, also eine **Störungsspezifität** besteht, so dass störungsspezifische Vorgehensweisen erforderlich werden. Die Genese von Störungen wird dabei oft entsprechend einem biopsychosozialen Störungsmodell beschrieben: Auf der Basis einer genetischen Disposition bzw. biologischer Einflussfaktoren und im Gefolge von früheren Lernerfahrungen oder Bewältigungsdefiziten, die in sensiblen früheren Lebensabschnitten – insbesondere in Kindheit und Jugend – erworben wurden, genügt später ein ungünstiges Bedingungsgefüge aus spezifischen Belastungen und ungünstigen Umgebungsfaktoren, um die spezifische Störung auszulösen und aufrecht zu erhalten. Dies ist insbesondere bei der Suchterkrankung, vor allem beim Rückfallgeschehen,

zu beachten.

Daher wird in diesem Seminarblock der durch Umwelteinflüsse/-informationen neurozerebral geprägte bzw. beeinflusste Rehabilitand Ausgangspunkt und Grundlage des Verständnisses der Verhaltenstherapie und ihrer Bedeutung für die Behandlung Suchtkranker. Der komplexe Leibbegriff (Informationsverarbeitungsprozesse, Gedächtniseinprägungen) und die Prinzipien der aktiven und rezeptiven Wahrnehmungsmodalität sowie des Wahrnehmens „mit allen Sinnen“ im sozioökologischen Kontext, das Zusammenspiel von Wahrnehmung – Verarbeitung - Handlung, affordances und effectivities sollen erlebt werden. Die Weiterbildungskandidaten /-innen werden mit dem Konzept der „persönlichen Souveränität“ und dem Prinzip „fundierter Kollegialität“ als Basis der Zusammenarbeit im Curriculum vertraut gemacht. Das Prinzip der „joined competence“ als Grundlage des gemeinsamen Lernens und der gemeinsamen Verantwortung in der Weiterbildungsgruppe werden vorgestellt. Man soll die Weiterbildung als „persönliches Projekt“ der Selbstentwicklung und der Erarbeitung personaler und professioneller Identität in Angriff nehmen.

## **2. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

### **Der strukturierte Therapieprozess – Teil 2: Therapeut-Rehabilitand-Beziehung**

Psychotherapie ist eine besondere Form der zwischenmenschlichen Interaktion, bei der eine Person (Therapeut/in) versucht, mit Mitteln der verbalen bzw. nonverbalen Kommunikation eine oder mehrere andere Personen (Rehabilitanden) in ihrem Verhalten, ihren Einstellungen oder Denkweisen zu beeinflussen.

Basale Therapiefaktoren sind dabei die spezifische Beziehung zwischen Therapeut/Therapeutin und Rehabilitand / Rehabilitandin, deren Bedeutung u.a. *Grawe, Orlinsky, Petzold* hervorgehoben haben, die therapeutische Intention, ein inneres Wohlwollen dem Rehabilitanden gegenüber.

Auf Seiten der Rehabilitandin / des Rehabilitanden gilt als Ziel die Hoffnung auf Erfolge, das Akzeptieren des Therapeuten/der Therapeutin in ihrer/seiner Funktion zu fördern.

Die Strategie der Verhaltenstherapie besteht in einer kontinuierlichen Analyse der Problemlage und der Motivation der Rehabilitandin / des Rehabilitanden und der Beziehung zwischen Therapeuten und Rehabilitanden als ein wechselseitiges „commitment“.

Wenn die Bedingungen des einzelnen Prozesses hinreichend geklärt sind, erfolgt die Therapieplanung, d.h. gemeinsam mit den Rehabilitanden werden möglichst klare Therapieziele festgelegt und die Indikation für spezifische Behandlungsmethoden und Techniken wird getroffen.

In der Durchführung der Therapie werden spezielle Techniken angewendet als Versuche, positive Veränderungen hinreichend zu stabilisieren.

Dazu gehören:

Zur Diagnostik:

- Verhaltens- und Problemanalyse:
  - Problemanalyse (Was ist das Problem?)
  - Situationsanalyse (Wo tritt das Verhalten auf?)
  - Verhaltensanalyse (Welche Reaktionen treten auf?)
  - Bedingungsanalyse (Was geht dem Verhalten voraus bzw. folgt ihm?)
  - Funktionsanalyse (Wozu dient das Verhalten?)
- Mit dem **S-O-R-K-C**-Modell (Kanfer und Saslow) erfasst man u. a. die o. g. Zusammenhänge (**S**timulus-**O**rganismusvariable-**R**eaktionen-**K**ontingenz-**C**onsequences).
- Die Mikroanalyse erfasst das Problemverhalten in einer konkreten Situation.
- Die Makroanalyse untersucht die Entwicklung des Problems im lebensgeschichtlichen Kontext des Rehabilitanden.
- Zielplanung: Die Ziele werden vom Rehabilitanden und Therapeuten gemeinsam erarbeitet. Sie müssen realistisch, offen und konkret formuliert werden.
- Therapieplanung: nach Erstellung des psychopathologischen Befundes wird ein hypothetisches Bedingungsmodell erstellt mit Therapiezielen und Therapieplanung (u. a. auch, mit welchen Verfahren die Veränderungen durch die Behandlung gemessen wird, z. B. durch Testdiagnostik: v. a. SCL-90, BDI).
- Verhaltensbeobachtung: als Grundlage der verhaltenstherapeutischen Diagnostik, z. B. Wahrnehmung und Registrierung von Ereignissen, Vorgängen und Verhaltensweisen.

Zur Gesprächsführung und Psychoedukation gehören

- Merkmale der Akzeptanz (Gleichwertigkeitsprinzip), Offenheit (Aufrichtigkeit) und Konkretheit bei der verhaltenstherapeutischen Gesprächsführung. Die Beziehung bleibt jedoch komplementär bzw. motivorientiert,
- Verstärkung, z. B. durch Lob, Gesten der Zustimmung usw.,
- Strukturiertheit und Direktivität unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse des Rehabilitanden . Dabei bedarf es einer systematischen Planung der Einheiten und der aktiven Lenkung des Gesprächs,
- Informationsvermittlung und Psychoedukation zu Symptomatik, Verlauf von Störungen sowie Behandlungsmöglichkeiten mit einem lerntheoretischen Erklärungsmodell,
- Sokratischer Dialog und geleitetes Entdecken als verhaltenstherapeutische Gesprächsführung. Der Rehabilitand soll in die Lage versetzt werden, selbst zu entdecken, dass seine gewohnte (z. B. depressive oder süchtige) Art zu denken nur eine Möglichkeit unter vielen darstellt und andere Interpretationen realitätsgerechter sind,
- Kooperatives Arbeitsbündnis: Der Rehabilitand muss selbst aktiv werden und Verantwortung übernehmen.

In diesem Seminarblock soll außerdem auf der Grundlage der verhaltenstherapeutischen Konzepte Coping, Kooperation, Rolleninteraktionen verhaltenstherapeutisch genutzt und vor dem Hintergrund der Arbeit mit Suchtkranken diskutiert werden. Die

Handhabung und Gestaltung therapeutischer Beziehungen mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden „als Partner“ in einer guten „Passung“ und einer angemessenen Therapeutenhaltung werden mit Blick auf Ergebnisse der Therapie- und Suchtforschung thematisiert.

Diese genannten Grundkonzepte psycho- und suchtttherapeutischer Beziehungsarbeit sollen anhand der eigenen Prozesse reflektiert werden, wobei der Frage therapeutischer Beziehungsideologien besondere Bedeutung zukommt. Affiliation und konfigurative Rollenkonstellationen werden mit Blick auf die therapeutischen Interaktionen mit Suchtrehabilitanden und -rehabilitandinnen thematisiert und in Rollenspielen exploriert. Die Verschränkung sozialpsychologischer und kognitiv- behavioraler Modelle für die Arbeit mit Suchtkranken ist Ziel des Seminars.

### **3. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

#### **Der strukturierte Therapieprozess – Teil 3: Die Rolle kreativer Prozesse in der Ressourcenarbeit**

Beim Verhaltensaufbau kann der Schwerpunkt auf Erwerb und Ausformung eines kaum oder gar nicht vorhandenen Verhaltens liegen. Dies kann zum Beispiel Kontaktaufnahme bei Menschen sein, die ausgesprochen unsicher sind. Techniken für den Aufbau erwünschten Verhaltens sind

- Shaping (Ausformung): hierbei nähert sich der Rehabilitand schrittweise einem Zielverhalten. *Zunächst werden Anfangsschritte des gewünschten Verhaltens bekräftigt und* später Verhaltenselemente durch positive Verstärkung aufgebaut, die bisher nicht oder unzureichend vorhanden waren.
- Chaining (Verkettung): einzelne, bereits vorhandene Verhaltensweisen werden zu einer Kette von Handlungen verbunden
- Prompting (Nachhaken): Die Aufmerksamkeit des Rehabilitanden wird durch verbale oder verhaltenstechnische Hilfestellungen auf ein bestimmtes Verhalten gelenkt. Der Beginn einer Verhaltensänderung wird so beschleunigt oder vorbereitet
- Fading out: Hilfestellungen und therapeutische Maßnahmen werden Schritt für Schritt zurückgenommen, bis der Rehabilitand nur noch auf eine bestimmte Ausprägung von Reizen reagiert, die auch in seinem Alltag vorhanden sind.

Die Prozessmodelle der operanten Verfahren der Verhaltenstherapie und ihre Theorie werden auch durch Zuhilfenahme und durch den Einsatz von Medien und Methoden vorgestellt und in der Praxiserfahrung zugänglich gemacht werden: Problemklärung und Problemanalyse. Die Indikation medialer Arbeit, diagnostische Aspekte und störungsspezifische Zugänge bei Suchtkranken werden thematisiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt beim Ressourcenkonzept und der Strukturierung von **Problemen**, **Ressourcen** und **Potentialen (PRP)**, z.B. durch Ressourcenkarten und Problemfeldanalysen.



#### 4. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)

##### Der strukturierte Therapieprozess – Teil 4: Ziele in Therapie und Selbsterfahrung

Jedes „therapeutische Curriculum“ bedarf der kooperativen Erarbeitung einer differenzierten Zielstruktur mit dem Rehabilitanden/-in und Wege und Methoden ihrer Umsetzung. Gerade in der Behandlung Suchtkranker sind die Fragen der Zielfindung und Zielkontrolle, das Thema des Scheiterns an Zielen und der Ziel-Mittel-Wahl von großer Bedeutung und damit Gegenstand des Seminars.

Da die Problematik des Rehabilitanden als Ist-Zustand gesehen wird, der in einen Soll-Zustand zu überführen ist, dient die verhaltenstherapeutische Interaktion einem Prozess des lernenden Problemlösens, der zielgerichtet ist. Das Vorgehen ist flexibel und kann in Stufen beschrieben werden:

- Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen: Informationssammlung, Aufbau einer kooperativen Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Rehabilitand, Abklärung der beiderseitigen Therapieerwartungen,
- Analyse und Aufbau von Änderungsmotivation: Entlastung des Rehabilitanden durch Aufzeigen der Lerngeschichte und damit der Folgerichtigkeit der Symptome, erste Zielformulierungen,
- Durchführung von Problem- und Bedingungsanalysen: *Problemanalyse*: Zusammenhänge zwischen den Problemen werden aufgedeckt. *Bedingungsanalyse*: Die aufrechterhaltenden, d.h. einer Problemreaktion häufig vorausgehenden und nachfolgenden, situativen Bedingungen werden gemeinsam analysiert (situative Bedingungsanalyse), ebenso weitere, allgemeinere Hintergründe der Symptomatik. Auch symptomatische Regelkreise und Rückkoppelungen sind dabei aufzuzeigen, was bereits wesentliche therapeutische Effekte haben kann (z.B. wenn man einem Suchtrehabilitanden sein Craving und seine Rückfallgedanken als Selbst-„Aufschaukelung“ zwischen Körperreaktionen und Rückfallgedanken erklärt).
- Vereinbaren therapeutischer Ziele: gemeinsame Formulierung von Änderungszielen,
- Auswahl und Durchführung geeigneter Therapietechniken, z.B. ein Bündel von Maßnahmen mit dem Schwerpunkt „Rückfallbewältigungstraining“ oder „soziales Kompetenztraining“,
- Beurteilung der therapeutischen Fortschritte: Feststellung, ob die angestrebten Änderungen eintreten, und Analyse eventueller Therapiehindernisse, evtl. Zurückgehen auf frühere Prozessstufen,
- Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte: Einüben des Gelernten und selbständiges Übertragen auf andere Probleme; Besprechung möglicher Rückfälle.

## 5. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)

### **Zwischenauswertung - Die Rolle der Gruppe, Gruppenprozessanalyse, Evaluation der eigenen Entwicklung und der Gruppenentwicklung anhand achtsamkeitsbasierter Methoden**

In diesem Seminar soll gemeinsam mit der Gruppe eine Reflexion der eigenen Entwicklung für jeden einzelnen stattfinden, beginnend mit einer Selbsteinschätzung und einigen Rückmeldungen. Es sollen Fragen der Gruppenidentität und Gruppenkohäsion durch Gruppenprozessanalyse bearbeitet werden. Gruppenmodelle, Prinzipien der Gruppenpsychotherapie werden in ihren Möglichkeiten und Grenzen diskutiert und auf spezifische Erfordernisse in der Suchttherapie hin betrachtet.

Achtsamkeitsbasierte Ansätze und die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) können hier wertvoll Hilfestellungen bieten.

Achtsamkeit definiert sich als eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung durch den/die Therapeutin/en, die absichtsvoll und nicht-wertend, also akzeptierend, auf das bewusste Erleben des gegenwärtigen Moments gerichtet ist. Ein gezieltes Achtsamkeitstraining führt dazu, dass impulsive, automatisierte und starre Verarbeitungs- oder Reaktionsmuster unterbrochen oder angepasst und unangenehme Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen besser toleriert werden können, nämlich solche, die bisher Auslöser der impulsiven Reaktionen waren. Achtsamkeitsbasierte therapeutische Interventionen werden daher zur Rückfall-prophylaxe bei jeder Art von Sucht und Abhängigkeit eingesetzt; sie bilden aber auch einen zunehmenden Anteil der Behandlungsprogramme bei vielen anderen Störungsbildern, wie etwa in der Therapie der Depression, der Generalisierten Angststörung und der Suchterkrankung.

Auch in der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die gekennzeichnet ist durch eine dramatische Fehlregulation im emotionalen, kognitiven und volitiven Bereich – oft verbunden mit Identitätsverlust, Selbstbeschädigungsverhalten und Suizidgefahr –, spielt das Prinzip der Achtsamkeit und Akzeptanz eine große Rolle, sowohl als Trainingsinhalt für die Rehabilitanden (Achtsamkeitsübungen als Fertigkeitstraining), als auch als Richtlinie für das Therapeutenverhalten.

Die Dialektik zwischen (achtsamer) Akzeptanz und Veränderungen gehören zu dem Behandlungskonzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Insbesondere zur Behandlung der Borderline-Störung entwickelte *Linehan* ein integratives Behandlungsprogramm nach dialektischen Grundprinzipien:

Ausgehend von einer systemorientierten, transaktionalen Sichtweise der sozialen Wechselseitigkeit und der Relativität individueller Wahrheiten sowie von einer fernöstlich-philosophischen Weltansicht des kontinuierlichen Wandels formulierte sie als neuartiges Bedingungs- und Änderungsprinzip das Prinzip der Polarität: in jedem System – unabhängig von seiner Größe – finde sich die Polarität von Gegensätzen, die unvereinbar erscheinen, sich aber eigentlich gegenseitig bedingen. Der therapeutische Wandel ergibt sich durch das Anerkennen der Widersprüche im Verhalten und Denken des Rehabilitanden sowie durch die ständige Spannung zwischen These und Antithese im therapeutischen Prozess, die immer neue Synthesen hervorbringt. Das Therapeutenverhalten hat daher besonders flexibel zu balancieren

zwischen Akzeptanz- und Veränderungsstrategien, zwischen Stützung und Selbsthilfeforderungen, zwischen Loslassen und Kontrolle, zwischen Anerkennung und der Aufdeckung von Defiziten, zwischen menschlicher Wärme und Konfrontation und zwischen persönlicher Offenheit und dem Setzen von Grenzen.

Als Ergänzung zu den klassischen und kognitiven Verhaltenstherapietechniken, die fehlentwickelte Verhaltens- und Denkmuster zu verändern versuchen, haben die Therapieprinzipien der Achtsamkeit und Akzeptanz so viel Interesse und Beachtung hervorgerufen, dass von einer „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie gesprochen werden kann.

## **6. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

### **Neuere und aktuelle Modelle zu Menschenbildannahmen in der Verhaltenstherapie. Dimensionen des anthropologischen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses**

Die Sicht zu Menschenbildannahmen in der Verhaltenstherapie änderte sich aufgrund der Variabilität des Verhaltens von Verhaltenstherapeuten zwischen Akzeptanz und Konfrontation, zwischen Zuhören und Lehren, zwischen Verstehen und Infragestellen, zwischen Verstärken und Änderungsvorschlägen in Richtung einer interaktionistischen Sichtweise.

Die generelle Tendenz zur Überwindung schulengebundener (und damit theoretisch begrenzender) Ansätze und Weiterentwicklungen in Richtung integrativer Orientierung findet sich auch im verhaltenstherapeutischen Feld selbst. Dies führt beispielhaft zu Konzepten wie „multimodale Verhaltenstherapie“ (von *Lazarus*), „integrative Verhaltenstherapie“ (sensu *Egger*), „psychologische Therapie“ oder „Neuropsychotherapie“ (Termini nach *Grawe*) oder den Ansatz der „Schematherapie“ (von *Young*) oder der „biografisch-systemischen Verhaltenstherapie“ (von *Zarbock*). Naturgemäß ist ein solcher Konvergenz schaffender Entwicklungsprozess auch mit einer zunehmenden Komplexität in der Modellbildung für das Konstrukt „Menschenbild“ verbunden. Grenzen zu bisher distinktiven psychotherapeutischen Ansätzen verblasen zunehmend und Gemeinsames zwischen den Richtungen wird stärker sichtbar. Das gilt – so *Egger* – insbesondere für die Integrative Therapie (sensu *Petzold*), aber auch für andere Therapietraditionen.

Die Verhaltenstherapie von heute vertritt ein ganzheitliches Bild des Menschen. Er wird heute als ein sich selbst steuerndes, aktiv und planvoll handelndes Individuum aufgefasst, dessen Verhalten und Denken zwar unter unleugbarem Einfluss der Umwelt steht, das sich aber durch bewusste Strategien diesem Einfluss teilweise entziehen kann und außerdem imstande ist, seine Umwelt zu beeinflussen und zu verändern. Der eher monokausalistische Determinismus der behavioristischen Gründungsphase wurde von der Perspektive eines komplexen Mensch-Umwelt-Systems abgelöst, bei der Mensch und Umwelt sich gegenseitig beeinflussen und gleichzeitig auch eigene Systeme darstellen, innerhalb derer Rückkoppelungen und

Wechselbeziehungen vorhanden sind. Dieser transaktionale, systemorientierte Ansatz entspricht den kognitionspsychologischen und neuropsychologischen Erkenntnissen der Allgemeinen Psychologie (*Grawe 2004; Egger 2015; Petzold 2012a*).

Um der Komplexität des Phänomens Mensch gerecht zu werden, kann es nicht „das eine“ Menschenbild geben. Vielmehr wird es zwingend notwendig, die jeweils beteiligten Perspektiven weniger als Glaubensbekenntnisse zu sehen, sondern sie vielmehr in ihrer unterschiedlichen Auffassung von Wirklichkeit, ihrer unterscheidbaren Gültigkeitsreichweite und ihrer systemtheoretisch zu verstehenden Vernetzung zu erkennen.

Diese Aufgabe gilt es zu leisten, wenn man das Bild vom Menschen auf dem heutigen Stand des Wissens aktuell zeichnen will. Als Ordnungshilfe steht wiederum das erweiterte „biopsychosoziale Modell“ zur Verfügung. „Das Phänomen Mensch reiht sich ein in die Entwicklung des Lebens an sich, in das Faszinosum der evolutionsbiologisch erwachsenen Möglichkeit der (begrenzten und fehleranfälligen) Erkenntnis bzw. der Selbsterkenntnis – die vorgegebene Natur als solche übersteigende – Fähigkeit zur Gestaltung von Lebenswelten durch selbst geschaffene Normen und Techniken“ (*Egger 2015*).

Suchtspezifisch bedeutet das:

Das Erlernen eines kontrollierten Gebrauchs von psychotropen Substanzen (Drogen) gehört dabei zu den grundlegenden Entwicklungsaufgaben (*Havighurst, 1948*) fast aller Menschen ab der frühen Jugendzeit. Die mit dem Drogenkonsum assoziierten Lernerfahrungen sind dabei der Schlüssel zu der Frage, ob ein einzelner Mensch im Umgang mit diesen Substanzen nur Lust, Genuss und Gewinn verspürt, oder ob er auf kurz oder lang von ihnen abhängig wird, der Lustgewinn sich verringert oder sich gar ins Gegenteil verkehrt. Von entscheidender Bedeutung sind dabei die **Auslösesituationen** einschließlich der Mikroökologien (Szenemilieu, Abbruchhaus etc.) für den Drogenkonsum. Werden psychotrope Substanzen in affektiv negativen Situationen eingenommen, überlagert ihre Wirkung vorübergehend die negative Qualität der Situation, was als angenehm und positiv erlebt wird (zustandsabhängiges Lernen) und bei Nachlassen der Substanzwirkung neuerliches Verlangen auslösen kann. Die Wahrscheinlichkeit erneuter Suchtmittelinnahme steigt dadurch.

Je nach konsumierter Substanz folgen den angenehmen, kurzfristig verstärkenden Wirkungen längerfristig negative Konsequenzen (wie z. B. körperliche Komplikationen, soziale Probleme, strafrechtliche Konflikte, Kriminalität, Schulden usw.). Diese werden durch erneuten Konsum vermieden, so dass der wiederholte, oft dauerhafte Konsum negativ verstärkt wird.

Für den Bereich der Substanzabhängigkeiten (insbesondere Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit) gehen die verhaltenstherapeutischen Modellvorstellungen davon aus, dass Selbstkontrolle und Selbstregulation über den Zeitpunkt oder die Menge der konsumierten Substanzen im Verlaufe der Abhängigkeitsentwicklung weitgehend oder vollkommen verloren gegangen ist. Grundlegende Motivation für den Suchstoffkonsum ist deren unmittelbare („kontingente“) verstärkende Wir-

kung auf psychische Funktionen und Verhaltensweisen. Durch diese biopsychosoziale oder sogar weiter gefasst *biopsychosozialökologische* (Hecht, Petzold, Scheiblich 2014) Vermittlung der Drogenwirkungen entsteht bei vielen Personen eine Tendenz zur Generalisierung der Konsumsituationen, was langfristig mit negativen körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen einhergeht. In dieser Zeit der Abhängigkeitsentwicklung spielen die langfristig negativen Konsequenzen des Suchtmittelkonsums zuerst noch keine Rolle. Im Gegenteil fokussiert der Abhängige immer stärker auf die angestrebten und bisher erfahrenen positiven Drogenwirkungen. Die oft langfristig vorhandene psychische Abhängigkeit wird vom Bewusstsein ausgeblendet und/oder bewusst negiert („alkoholische Abwehr“). Der Substanzkonsum, der anfangs oft der kurzfristigen Manipulation psychischer Befindlichkeiten diene, wird immer mehr zu einem Instrument der gesamten Persönlichkeitssteuerung. In dieser Phase entstehen auch mehr Vermeidungsverhaltensweisen, die nur noch durch den Einsatz psychotroper Substanzen erfolgreich bewältigt werden können. Die Wirkung der Suchtstoffe tendiert immer mehr von der positiven Verstärkung zur negativen Bestrafung, d. h. von der Erreichung eines positiven belohnenden Effekts zur Wegnahme unangenehmer aversiver Zustände.

Die wichtigsten zu beachtenden Lernprinzipien bei der Abhängigkeitsentwicklung und –aufrechterhaltung sind Klassisches Konditionieren, Instrumentelles Konditionieren, Modelllernen, Kognitives Lernen. Für die Entstehung einer Suchtmittelabhängigkeit gelten spezielle Lernprinzipien, wie das cue exposure, das state-dependent-learning, der priming-effect, als besonders relevant. Besonders die initialen Lernerfahrungen in Bezug auf Substanzen können den Umgang mit diesen in der Folge dauerhaft prägen und zu dysfunktionalen Gewohnheiten (riskanter oder problematischer Konsum, abhängiger Konsum) führen.

Die persönlichkeitspsychologische Forschung betrachtet die menschliche Persönlichkeit als im Kern aus eher überdauernden, stabilen, z. T. genetisch determinierten Wesenheiten („Temperament“) und in der Peripherie aus situativ determinierten, daher instabilen Reaktionstendenzen zusammengesetzt. Die Entwicklung süchtigen Verhaltens kann unter persönlichkeitspsychologischer Perspektive dabei sowohl intentional (d. h. zielgerichtet) zur Veränderung unerwünschter Persönlichkeitsanteile als auch inzidentuell (d. h. zufällig) im Zusammenhang mit ungünstigen gegebenen Umfeldbedingungen (z. B. übermäßiger Verfügbarkeit psychotroper Substanzen, konsumierendes Peer-Umfeld) erfolgen. Als besonders schwerwiegend gelten Auslösesituationen, in denen negative intrapsychische Befindlichkeiten (z. B. Emotionen von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Ärger, Minderwertigkeit usw.) mit Hilfe psychotroper Substanzen vorübergehend „gelöscht“ werden. Durch die intensive neuropsychologische Wirkungsweise der meisten psychotropen Substanzen entwickeln sich dabei biochemische Reaktionen im Selbstbelohnungssystem des Gehirns, die negative Affekte zu neutralen oder gar positiven (vgl. Tretter, 1998) werden lassen. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit erneuter Suchtmittelleinnahme erheblich.

Auch das Vorhandensein attraktiver Modellpersonen, die psychotrope Substanzen zur Modifikation ihrer Befindlichkeit oder Persönlichkeit einsetzen, erhöht die Wahrscheinlichkeit des Suchtmittelkonsums bei den Beobachtern.

Jede Person kann daher im Rahmen ihrer Persönlichkeit Pläne (=Handlungskonzepte), die wiederum auf allgemeineren Wahrnehmungsmustern (=Schemata) beruhen, entwickeln, die die Einnahme psychotroper Substanzen wahrscheinlicher machen. Derartige Pläne haben zumeist einen Zusammenhang mit negativen Affekten, problematischen Selbstbildern und Selbstregulationsstörungen (vgl. Caspar, Goldfried 2007). Eine persönlichkeitspsychologisch begründbare Aufgabe des Verhaltenstherapeuten ist es, Deutungsmuster des Rehabilitanden zu identifizieren, die realitätsfern oder realitätsdysfunktional sind, und sich daher behindernd auf die Entwicklung und Veränderung auswirken (Grob, 2008, 143). Die Aufgabe des verhaltenstherapeutisch orientierten Suchttherapeuten ist in diesem Zusammenhang, dem Rehabilitanden die Zusammenhänge zwischen Selbstbild, Persönlichkeit und Substanzkonsum und -abhängigkeit deutlich werden zu lassen, so dass Veränderungsmotivation entsteht oder intensiviert wird. Letztlich geht es darum, das eigene Menschenbild sowie die Realitätsangemessenheit, Selbstüberprüfung und interaktionale Kompetenz des Abhängigen so zu verbessern, dass er ohne Substanzkonsum zur Emotions- und Verhaltensregulation in der Lage ist und auch mit kritischen Stress- und Verlangenssituationen umgehen kann. Der problematische Umgang mit Substanzen wird in der Verhaltenstherapie vor allem als Versuch der Selbstmedikation, Stressreduktion, des Eskapismus und der Emotionsregulation gesehen. Persönlichkeitspsychologisch bedeutet dies, dass durch Substanzkonsum negative Verstärkung erlangt wird (z.B. unangenehme Emotionen werden reduziert, negative Selbstkognitionen zum Verschwinden gebracht). Dies kann zu dauerhaften dysfunktionalen Gewohnheiten (süchtiges Konsumieren einer Substanz) führen, welches wiederum die problematischen Aspekte einer Persönlichkeit nur zeitlich begrenzt sediert oder anderweitig modifiziert. Eine echte Persönlichkeitsverbesserung (z.B. weniger ängstlich sein) wird nicht erreicht, so dass motivational immer wieder der Wunsch nach der die Veränderung auslösenden Substanz entsteht. Auf Dauer können unter Substanzabhängigkeit auch Persönlichkeitsveränderungen in dysfunktionale Richtung entstehen.

In diesem Seminar werden daher Fragen der Subjektconstitution und ihrer Beeinträchtigung durch Suchterkrankungen und Schäden durch Entfremdungsprozesse thematisiert und in dem Kontext gesellschaftlicher Fragen zu Gesundheit, Krankheit – in Sonderheit Suchterkrankungen gestellt.

## **7. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

### **Persönliche Gesundheit, persönliche Krankheit, spezielle Störungslehre**

In diesem Seminar sollen Konzepte der Gesundheits- und Krankheitslehre in der Verhaltenstherapie vorgestellt werden. Instrumente wie das dreizügige „Gesundheits-Krankheitspanorama“ können als Methoden eingesetzt werden, um dem Zusammenwirken von „protektiven Faktoren und Prozessen“, „Resilienzen“, „Risiko- und Belastungsfaktoren“, die Ausbildung von Erkrankungen und spezifischen Störungsbildern, aber auch von Stilen der Bewältigung (coping), der gesunden Lebensführung und

-gestaltung (creating), der Persönlichkeitsentwicklung und Souveränität zu rekonstruieren und für ein „empowerment“ der Rehabilitanden zu nutzen. Dabei werden die Besonderheiten der Suchterkrankung vor dem Hintergrund der allgemeinen Störungslehre der Verhaltenstherapie herausgearbeitet.

In einem modernen Verständnis der Suchterkrankungen sind Konsumbeendigung und die Aufrechterhaltung einer Abstinenz keine Frage simpler Willensentscheidung, sondern in einem multidimensionalen Störungsbegriff zahlreichen Prozessen unterworfen: Aus neurobiologischer Sicht überlistet der Suchtstoff ein komplexes körpereigenes Belohnungssystem, das der Aufrechterhaltung der Spezies und des individuellen Lebens dient (*Heinz et al.* 2012). Der Grundstein für eine neurobiologische Betrachtung süchtigen Verhaltens wurde bereits in den 50er-Jahren mit den Erkenntnissen von *Olds* und *Milner* (1954) zur Existenz eines dopaminerg arbeitenden Kerngebietes mit der Funktion eines Belohnungssystems im Gehirn begründet. Untersuchungen zu neuroadaptiven Vorgängen einschließlich der Ausbildung eines „Suchtgedächtnisses“ (*Heyne et al.* 2000) sowie zu genetischen Vulnerabilitäten im Zusammenhang mit dem Fokus u.a. auf das dopaminerge Rezeptorsystem sind wichtige Themen der neurobiologischen Forschung. Darüber hinaus erklären neuroadaptive Prozesse die Toleranzentwicklung und Steigerung des Konsums (*Heinz et al.* 2012).

Biografische Besonderheiten, psychosoziale Entwicklungs- und Lebensbedingungen, einschneidende, traumatisierende Störungen in der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und des Lebenslaufes sowie der Einfluss aufrechterhaltender Bedingungen, der familiären Umgebung und eines suchttypischen sozialen Milieus schaffen andererseits den Boden für eine erhöhte Vulnerabilität des Individuums für die psychogene Wirkung einer Substanz.

Belohnende Aspekte der Substanzaufnahme – sowohl auf neurobiologischer Ebene als auch im Zusammenhang mit sozialen Verstärkern – begründen aus lerntheoretischer bzw. verhaltenstherapeutischer Sicht das wiederkehrende Verlangen nach einer erneuten Zufuhr der Substanz, das Scheitern von Abstinenzabsichten und den Kontrollverlust bei Einsetzen des Konsums. Aus lerntheoretischer Sicht werden suchtspezifische Verhaltensweisen am Modell gelernt, durch klassische und operante Konditionierungsprozesse automatisiert und in ihrer Funktionalität fixiert. In der kognitiven Verhaltenstherapie nach *Beck et al.* (1997) spielen darüber hinaus Einstellungen, Erwartungen und Bewertungsprozesse eine wichtige Rolle. Suchtspezifische Grundannahmen rechtfertigen subjektiv den Substanzkonsum, automatisierte Gedankenabläufe und erlaubniserteilende Gedanken leiten den Substanzkonsum ein. Die kognitive Dissonanztheorie (nach *Festinger*) sieht den Süchtigen im Konflikt zwischen Konsumwunsch und dem Wunsch nach einer Abstinenz. Die daraus resultierende Konfliktspannung wird durch die Fortsetzung des Substanzkonsums reduziert, bei vorheriger Abstinenz erklärt der sog. „Abstinenz-Verletzungs-Effekt“, die Enttäuschung über den durchbrochenen Abstinenzvorsatz, den anhaltenden Rückfall.

In einem modernen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz bestimmt die subjektiv – bewusst oder unbewusst – wahrgenommene und situationsabhängige Funktionalität der Suchtmittelwirkung die individuelle Motivation zur Aufnahme und Aufrechterhaltung von süchtigen Verhaltensweisen. Der Aufbau von Verhaltensressourcen, um die Funktionalität des Substanzkonsums auf anderem Wege zu erzielen, sowie die Schaffung von Copingstrategien zur Bewältigung rückfallgefährlicher Situationen, sind in diesem Fall Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz. Unter Beachtung der häufigen psychiatrischen Komorbiditäten (Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen stehen hier ganz im Vordergrund) ist ein Aspekt der Funktionalität in der Selbstmedikation aversiver Gemütszustände zu sehen.

Auf der Basis dieses funktionalen biopsychosozialen bzw. biopsychosozial-ökologischen Modells der Abhängigkeit spielen Änderungen der Umgebungsbedingungen zur Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit rückfallgefährlicher Situationen oder der Aufbau persönlicher Fertigkeiten im Umgang mit Risikosituationen und Suchstoffen eine wichtige Rolle. Darüber hinaus sind – insbesondere mit Blick auf die neurobiologischen Erklärungsmodelle der Sucht sowie die unter dem Aspekt der Komorbidität relevanten spezifischen Substanzeigenschaften (exemplarisch: Antriebssteigerung durch Amphetamine bei Depressivität vs. Sedierung durch Cannabinoide bei Angststörungen) vieler psychotroper Substanzen – auch medikamentöse Unterstützungen der Verhaltensänderungen von großer Bedeutung.

Voraussetzung jeder bewussten Verhaltensänderung ist neben dem Aufbau einer stabilen Arbeitsbeziehung die Anleitung zu einer inneren Bilanzierung der Vor- und Nachteile des Problemverhaltens und des komplementären Alternativverhaltens. Die Psychotherapie der Abhängigkeit zielt auf eine Bewusstmachung der Verhaltens-einengung im Zusammenhang mit dem Suchtmittel, die Akzeptanz der anhaltenden Gefährdung, auf das Erkennen der – auch biografisch und systemisch verankerten – Funktionalität des spezifischen Konsums, die Vorteilsanalyse als Ausgangsbasis für eine Motivationsbildung zur Abstinenz und die Einleitung einer Verhaltensänderung.

Mit dem Erkennen der eigenen Suchtbiografie, der Veränderung in Struktur und Inhalt der familiären und sozialen Bezüge, dem Aufbau von alternativen Verhaltensfertigkeiten, die die Funktionalität des Substanzkonsums ersetzen können, der Vermittlung von Ablehnungsfertigkeiten zur Stabilisierung des Abstinenzvorsatzes und dem Erwerb von Rückfallbewältigungsstrategien, nicht zuletzt auch der Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit im Umgang mit rückfallgefährlichen Situationen werden wichtige Voraussetzungen für die Minderung des Rückfallrisikos geschaffen.



## **8. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

### **Emotionale Differenzierungsarbeit**

Das Aufeinandertreffen von erlernten (konditionierten), affektiven Reflexen und von erlernten (operanten) Verhaltensanteilen im Falle emotionaler Störungen wurde schon früh von unterschiedlichen Autoren als einfache 2-Phasen-Theorie der Emotionen beschrieben. Derzufolge führt in der ersten Phase der Emotion ein klassischer Konditionierungsprozess dazu, dass konditionierte Reize eine reflexhaft-affektive Reaktion auf der physiologischen Ebene auslösen (im Falle eines drohenden Suchtmittel-Rückfalls vegetative Erregung mit Herzklopfen, Zittern, Schweißausbruch usw.). Diese wird in der zweiten Phase vom Individuum als aversiv (unangenehm) wahrgenommen und setzt operante Verhaltensweisen in Gang, die der Reduktion dieses Zustandes dienen. Es handelt sich dabei um aktive oder passive Vermeidungsreaktionen (Abwehrreaktionen), die durch die zumindest kurzfristige Erleichterung des aversiven Zustandes negativ verstärkt werden. Bei vielen klinischen Störungsbildern (auch bei der Suchterkrankung) sind negativ verstärkte Verhaltensweisen der eigentlich auffallende Teil der Symptomatik. Zunehmend setzt sich die Auffassung durch, dass auch bei vielen klinisch-psychologischen Störungsbildern die planvollen Verhaltensanteile der Symptomatik als Fehlversuche des Rehabilitanden gesehen werden können, seine Befindlichkeit zu regulieren. So dient Suchtverhalten oft der Betäubung oder der Flucht vor innerer Leere.

In diesem Seminar soll daher eine Vertiefung von volitions-, motivations- und emotionstheoretischen Konzepten wie dem der „emotionalen Stile“, der aktiven Motivationsarbeit, der Stärkung der Willensfähigkeiten erfolgen mit seinen Indikationen, Möglichkeiten und Grenzen. Der Frage, wie sich emotionale Stile durch die Sucht verändern, wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt, um sich dann mit Möglichkeiten zu befassen, wie neue emotionale Stile, sanfte Emotionen kultiviert werden können.

## **9. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

### **Die Bedeutung bewusster Prozesse und Prozesse unbewusster Informationsverarbeitung in den verhaltenstheoretischen Psychotherapien. Schwerpunkt Schematherapie**

In diesem Seminar sollen die Bewusstseinstheorie und Konzepte zur „unbewussten Informationsverarbeitung“ in der Verhaltenstherapie vorgestellt werden. Klinische, philosophische und neurowissenschaftliche Bewusstseinskonzepte werden mit Blick auf die Praxisrelevanz betrachtet und in Übungen und Erlebnisexperimenten erschlossen, bei denen Narrativität, Imagination und Phantasiearbeit eine besondere Rolle spielen. Konzepte wie Narrativ und Narration, Gesprächs- und Erzählgemeinschaft, Biographiearbeit, Skripts und Lebensmuster, Schemata und Pläne, Verdrängung und Dissoziation werden im Kontext suchttherapeutischer Praxis diskutiert.

Die Schematherapie wurde zur Behandlung von chronischen, charakterologischen

Aspekten psychischer Störungen entwickelt. Sie findet erfolgreich Anwendung bei der Behandlung chronisch erkrankter Rehabilitanden mit Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörung), aber auch bei Essstörungen, Substanzmittelmissbrauch, bei Paarbehandlungen und langjährigen Beziehungsstörungen. Eingesetzt wird sie sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Behandlung.

Schematherapie ist eine von dem US-amerikanischen Psychologen und Psychotherapeuten *Jeffrey Young* (\* 1950) begründete methodenintegrative Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung vor allem von Persönlichkeitsstörungen.

Den Ansatz der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen von *A. Beck* erweiterte *Young* durch Einbeziehung von Konzepten aus psychodynamischen und humanistischen Verfahren wie Bindungs-, Objektbeziehungs- und Mentalisierungstheorie, Psychodrama, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, Hypnotherapie und Imaginationsverfahren.

Schematherapie versteht sich explizit als pädagogisches („psychoedukatives“) Modell: dem Rehabilitanden werden innere und äußere Bewältigungstechniken vermittelt, die als konstruktiv und problemlösend betrachtet werden.

#### Das schematherapeutische Konfliktmodell

Der Schematherapie liegt als Modell der Ätiologie psychischer Störungen ein **Konfliktmodell** zu Grunde, wobei als primärer Konflikt die Spannung zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den mangelhaften bzw. traumatischen Beziehungsangeboten der Eltern v.a. in der frühen Kindheit verstanden wird.

Aus diesem Konflikt bildeten sich „vorprogrammierte Handlungsentwürfe“ („Schemata“), die „zur Basis allen späteren Erlebens“ werden. Wenn sich der erwachsene Rehabilitand dann „im Autopilotenmodus“ befindet, projiziert und aktiviert er das jeweilige Gegenstück seiner eigenen Schemata in seinem Gegenüber, somit auch im Therapeuten und erzeugt damit eine „automatisierte Beziehungsfigur“.

Schemata entstehen nach *Young* durch Assoziationslernen. Es seien gewohnheitsmäßige Beziehungsmuster, die durch sich wiederholende Kopplungen zwischen sozialen Auslösereizen und interaktiven Reaktionen „eingeschliffen“ würden. Durch Aktivieren funktionaler Reaktionen und „Einbrennen“ durch fortgesetztes Üben könnten dysfunktionale Schemata überwunden bzw. durch adaptive Schemata ersetzt werden.

#### Maladaptive Schemata

Maladaptive Schemata entstehen nach *Young* in traumatischen Erfahrungen durch Nichterfüllung menschlicher Grundbedürfnisse, wobei Elemente der traumatischen Situation oder traumatisierende Verhaltensweisen von Bezugspersonen durch Inter-

nalisierung zum Anteil des eigenen Selbst (zum Introjekt) werden. Maladaptive Schemata werden als emotionale Wunden verstanden, die durch Auslösereize (Trigger) automatisch aktiviert werden können.

Durch seine Schemata ist der Patient „bis in die Hardware seiner Hirnstrukturen hinein“ in den ersten Lebensjahren geformt bzw. deformiert worden. Dies habe „eingebrennte Verhaltensautomatismen“ (= Schemata) in ihm hinterlassen. Die Schemata seien für den Patienten „vollkommen Ich-synton“: Sie seien es, wie er die Welt und sich selbst selbstverständlich erlebe.

Young beschreibt 18 maladaptive Schemata. Von ihnen seien meistens mehrere gleichzeitig oder abwechselnd in derselben Person aktiviert.

Die 18 Schemata wurden von *Young* in 5 übergeordneten **Schemadomänen** einsortiert:

1. Abgetrenntheit und Ablehnung,
2. Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung,
3. Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen,
4. Fremdbezogenheit,
5. übertriebene Wachsamkeit und Gehemtheit.

#### Modi

In der Arbeit mit dem Schemamodell stellte *Young* fest, dass bei Patienten oft gleichzeitig mehrere Schemata ausgelöst waren, bzw. dass die Patienten zwischen mehreren Schemata schnell hin und her wechselten. Daher entwickelte er das Konzept der Modi. Es handelt sich dabei um psychische Zustände, die mit individuell angepassten Namen beschrieben werden können (z.B. „der Beschützer“, „das verletzbar Kind“, „die inneren Antreiber“, „der gesunde Erwachsene“). Ein Modus ist der aktuelle Zustand eines Menschen und bezeichnet auch das jeweils aktuell gezeigte (schemagetriebene) Verhalten.

Kern einer psychischen Störung seien „maladaptive Modi“:

- Dysfunktionale Kindmodi (z.B. das verletzbare, verärgerte, undisziplinierte Kind) führten zu intensiven negativen Gefühlen – sie sollen durch Schematherapie „geheilt“ werden.
- Dysfunktionale Elternmodi (z.B. die strafenden oder die überfordernden Eltern) führen zu Selbstabwertung oder übertriebenem Perfektionismus – sie sollen „geschwächt“ werden.
- Um Konflikte zwischen beiden zu verarbeiten werden dysfunktionale Bewältigungsmodi (Kampf, Flucht, Unterwerfung, Erstarrung) angewandt – sie sollen „reduziert“ werden.

Ziel der Schematherapie ist es, die „funktionalen Modi“ des gesunden Erwachsenen und des glücklichen Kindes zu stärken.

### **Das BEATE-Schema**

In den ersten Sitzungen einer Schematherapie wird mit und für den Rehabilitanden ein Modell seines psychischen Funktionierens nach dem Schemamodell in Form einer Karte im DIN A4 Format entwickelt. Dieses beinhaltet die „primären emotionalen Reaktionen“ oder „Kindmodi“ (kindliche Anteile), also z.B. das verletzbare bzw. wütende Kind im Konflikt mit den jeweils aktivierten Bewertungen (Elternmodi).

Der angestrebte therapeutische Prozess der Bewältigung seiner dysfunktionalen Schemata wird für Rehabilitanden in Form eines tabellarischen „Schema-Memos“ nach dem sogenannten „BEATE-Modell“ operationalisiert. Es umfasst folgende Schritte:

- **(B) Benennen** der Auslösesituationen und der darin auftretenden Gefühle,
- **(E) Erkennen** des aktivierten Schemas und Modus als alter Bewältigungsversuch,
- **(A) Anerkennen** der dysfunktionalen Verhaltensweise als kindhafte Antwort auf die damalige Lebenssituation sowie der Notwendigkeit, heute anders mit den Schema- Auslösern umzugehen,
- **(T) „Trennung“** von den alten Bewältigungsmustern „durch vernunftorientierte Einschätzung“ der Situation und
- **(E) „Einbrennen“** neuer „Verhaltensanweisungen“ durch Übungen.

Mit Hilfe gezielter Fragestellungen wird auf Grundlage der Schema-Anamnese eine „Fallkonzeption“ erarbeitet. Hierbei werden die „ursprünglichen Verwundungen“ und kompensatorischen Bewältigungsversuche (= Schemata) herausgearbeitet.

Der Rehabilitand/die Rehabilitandin soll nach dem **BEATE-Schema**

- seine maladaptiven Schemata beobachten und analysieren (= **Benennen** und **Erkennen**),
- sie zunächst akzeptieren (**Anerkennen**),
- und sich dann von ihnen distanzieren (**Trennen**),
- um sie durch „rationale“, adaptive Schemata zu ersetzen (**Einbrennen**).

Dabei wird auch mit den Mitteln der klassischen Verhaltenstherapie wie übenden Rollenspielen, Hausaufgaben, Arbeitsblättern, Verhaltensexperimenten oder Bewältigungstagebüchern gearbeitet.

## **10. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

### **Psycho- und Suchttherapie in der Lebensspanne - Konzepte Klinischer Entwicklungspsychologie und Persönlichkeitstheorie**

In diesem Seminar soll mit Rückblick auf die eigene Entwicklung in der Lebensspanne nochmals auf Entwicklungsprozesse geschaut werden, um deutlich zu machen, in welcher Weise sich solche Prozesse durch Einflüsse der Enkulturation, Sozialisation und Ökologisation vollziehen und wie sie über Mentalisierungen auf die Dimensionen der Persönlichkeit wirken. Anhand von Selbst-, Ich- und Identitätsbildern werden diese Entwicklungen exploriert. Prozesse der Selbstentwicklung, Aspekte einer emanzipierten Identität und einer pluralen Persönlichkeit werden in theoretischer Reflexion, praktischem Erleben und in ihrer Bedeutung für die Arbeit mit Suchtkranken in den Blick genommen.

## **11. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

### **Wege der Heilung und Förderung (Heuristiken) in prozessorientierter Arbeit – Behandlungsformen, Wirkfaktoren**

Grundlage des Seminars sind die Ergebnisse der Therapieforschung von Grawe, der die frühe Verhaltenstherapie überschritten hat und sie weiter entwickelte in Richtung eines Einsatzes aller Wirkfaktoren, die er – auch bei anderen Therapieschulen – als verantwortlich für eine erfolgreiche Psychotherapie identifizierte. Unter dem Eindruck der Daten seiner Therapieforschung beschrieb er zunächst vier Wirkfaktoren der Psychotherapie:

- Ressourcenaktivierung – Anerkennen und Nützen der Fähigkeiten und Stärken des Rehabilitanden, Ausbau der therapeutischen Beziehung,
- Problemaktualisierung – durch das Prinzip der realen Erfahrung zur Änderung erlebter Bedeutungen,
- Klärungsarbeit – Aufdecken und Bewusstmachen von früheren Erfahrungen und unbewussten Gefühlen, Motivationen, Konflikten usw.,
- Aktive Hilfe zur Bewältigung – Vermittlung von Wissen und Können, von Fertigkeiten und von Bewältigungsstrategien.

Später fügte er noch als weitere Heuristik die „Therapiebeziehung“ hinzu.

Der Einsatz von unterschiedlichen Heuristiken, Methoden, Wegen der Heilung und Förderung, Modalitäten, Techniken und Medien wird erfahren und erarbeitet. Erstellung einer Behandlungskonzeption, Strategiebildung, Indikation von Interventionsformen werden mit Bezug auf die eigenen Prozesse in der Praxis der Suchthilfe reflektiert. Umgang mit Belastungen, Formen der Trauerarbeit (Simplex-, Duplex-, Triplextrauer), das Konzept der „Persönlichkeitsentwicklung als Projekt“ sind Schwerpunkte dieser Arbeit. Dabei sollen Behandlungsformen wie Fokalthherapie, spezifische

mediale Zugänge und die Frage nach dem Einsatz von Therapiewirkfaktoren thematisiert werden. Der geplante Einsatz der Faktorenkombinationen, die Reflexion ihrer Wirkung wird verbunden mit der Exploration von Stilen des Copings und Creatings, von Daseinstechniken, Kontrollüberzeugungen, Attributionsstilen und der Aktivierung und Nutzung von Ressourcen.

## **12. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

### **Training sozialer Kompetenzen und Verfahren der Exposition, Konfrontation und Bewältigung**

Will man seinen Bedürfnissen gerecht werden und Ziele erreichen, ist zwischenmenschliche Interaktion nötig. In entsprechenden Situationen muss man Kompromisse zwischen sozialer Anpassung und individuellen Bedürfnissen finden, die alle Beteiligten möglichst zufrieden stellen. Somit trägt die soziale Kompetenz zur Lebensqualität eines jeden Menschen bei. Die soziale Kompetenz ist ein Oberbegriff für Fähigkeiten wie Selbstbehauptung, Selbstsicherheit und soziale Fertigkeiten. Fehlen die nötigen Fähigkeiten, um soziale Situationen erfolgreich zu bewältigen, spricht man von einem Kompetenzdefizit. Es handelt sich hierbei häufig um schüchterne Menschen, die ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf bestimmte soziale Situationen haben. Auch viele Suchtkranke gehören zu dieser Gruppe. Ein sozial inkompetentes Verhalten zeigt sich bei Menschen, die in bestimmten sozialen Situationen nicht mit der angemessenen Verhaltensweise reagieren, z.B. durch den Konsum von Suchtmitteln.

Trainings zur Verbesserung sozialer Kompetenzen und zwischenmenschlicher Beziehungen wurden bereits in den Anfängen der Verhaltenstherapie entwickelt. Es handelt sich so um standardisierte Verfahren, die gut überprüft und effektiv sind.

Ein Grundgedanke von Ansätzen der Kompetenztheorien ist, dass Menschen in unterschiedlichem Maß über Fertigkeiten verfügen, um zwischen sozialer Anpassung und individuellen Bedürfnissen Kompromisse zu finden und durchzusetzen. Ein Training der sozialen Kompetenz kann Stärkung oder Schwächung von Tendenzen zur Selbstverwirklichung oder Stärkung oder Schwächung von Tendenzen zur Anpassung beinhalten, um eine Balance für den Behandelten zu finden.

Beim Training werden kognitives, emotionales und tatsächliches Handeln berücksichtigt. Es wird zudem zwischen selbstsicherem, aggressivem und unsicherem Verhalten unterschieden. Die Selbstbehauptung muss der Situation angemessen und verantwortlich sein.

Die Behandlungsstrategien des sozialen Kompetenztrainings setzen an verschiedenen Punkten an. Angstreaktionen, die zur Vermeidung oder zu Fehlverhalten in be-

stimmten sozialen Situationen führen, werden durch Desensibilisierung und Selbstbehauptungstrainings beseitigt. Mangelnde oder fehlende Fähigkeiten als Ursache für die Vermeidung von Sozialverhalten oder unangemessenes Verhalten werden beispielsweise durch Verhaltensübungen geschult. Das können ungünstige kognitive Prozesse oder Inhalte sein. Diese können durch Methoden der kognitiven Umstrukturierung verändert werden.

Wird die Ursache für vermeidendes oder unangemessenes Verhalten in der Interaktion kognitiver, affektiver und motorischer Faktoren gesehen, werden in der Therapie Veränderungen auf allen drei Ebenen angestrebt. Dies kann zum Beispiel durch eine Kombination aus Interventionstechniken geschehen.

Die Grundidee *Lewinsohns*, fehlende soziale Kompetenzen durch therapeutisches Training auszugleichen, hat zur Entwicklung einiger umfangreicher Trainingsprogramme geführt, die in ausführlichen Therapiemanualen beschrieben sind. Elemente daraus eignen sich in besonderer Weise für die Suchttherapie (aber auch für die Psychotherapie und aggressive Störungen). Die wesentlichen Trainingsinhalte betreffen vier Verhaltensbereiche:

- Zur Fähigkeit, in einer angemessenen Weise Wünsche, Bedürfnisse, Forderungen und Kritik zu äußern
- Zur Fähigkeit, in einer angemessenen Weise Nein zu sagen zu den Forderungen und Wünschen anderer
- Zur Fähigkeit, sich den wertenden Beobachtungen anderer auszusetzen
- Zur Fähigkeit, in angemessener Weise positiven Kontakt mit Menschen aufzunehmen und zu gestalten

Die Durchführung der Trainings erfolgt bevorzugt in Gruppen, aber auch Einzeltrainings sind möglich. Folgende Techniken sind in den Programmen enthalten:

- Psycho-Edukation (Wissensvermittlung)
- Verhaltensübung und Rollenspiel
- Modelllernen
- Verstärkung und Rückmeldung
- Angstkonfrontationstraining
- Kognitive Umstrukturierung
- Entspannungstechniken

Die Rehabilitanden lernen zwischen unsicher, selbstsicher und aggressiv zu unterscheiden. Die konkreten Übungen werden aus individuellen Belastungssituationen zusammengestellt. Beim Training werden kognitive (z. B. Informationsvermittlung), emotionale (z. B. PMR) und motorische (z. B. Rollenspiel, In-vivo-Übungen) Elemente eingesetzt.

In diesem Seminar soll systematisch die verhaltenstherapeutische Theorie in ihrer Bedeutung für therapeutisches Handeln und persönliche Willensentscheidungen in

der Therapie mit Suchtkranken betrachtet werden, ergänzt durch sozialpsychologische und sozioökologische Konzepte zu Wirkungen von Kontext und Kontinuum. Weiterhin sind die konsequente Realisierung von Entwicklungsprozessen, Zukunftsarbeit als Realisierung von Entscheidungen und Willensentschlüssen, ihre Bekräftigung oder Behinderung durch Einflüsse der Lebenswelt Themen, die in Selbsterfahrung und Theorie aufgegriffen werden.

Dazu gehören auch die Prinzipien der Verhaltenstherapie in Bezug auf Expositions- bzw. Konfrontations- und Bewältigungsverfahren. Diese Verfahren haben sich bei den unterschiedlichen Formen der Suchterkrankungen als hilfreich erwiesen, sowohl bei den stoffgebundenen Erkrankungen als auch bei den nicht stoffgebundenen (z.B. Spielsucht).

Das Seminar vermittelt die Technik der „systematischen Desensibilisierung“ in sensu nach *Wolpe* (exemplarisches Erstellen einer Angsthierarchie, Vorstellung der Angstreize Erleben der reziproken Hemmung), weiterhin die Grundprinzipien der Exposition in sensu bzw. in vivo; sie bestehen darin, dass sich der Rehabilitand in der Vorstellung oder der Realität der für ihn belastenden Situation aussetzt. Dabei wird die in-sensu-Exposition graduiert eingesetzt, z. B. bei der systematischen Desensibilisierung oder massiert bei der Reizüberflutung in sensu.

Die in-vivo-Exposition wird graduiert beim Habituationstraining (vom hohen zum höchsten Angstreiz) oder massiert bei Flooding (Reizüberflutung) verwendet. Bei den massierten Konfrontationsverfahren erlernen die Rehabilitanden kein Entspannungsverfahren; nach anfänglicher Angststeigerung erfolgt Habituation und Angstreduktion.

*Die Exposition und Reaktionsverhinderung* beruht auf dem Prinzip der Hemmung und dient dazu, dem Vermeidungsverhalten vorzubeugen. Sie ermöglicht den Realitätstest und beweist, dass die Angst mit der Zeit nachlassen kann. Daher wird dieses Vorgehen eingesetzt v.a. bei der Behandlung von Angst und Zwängen, aber auch bei der Suchterkrankung, z.B. um einem Rückfallgeschehen vorzubeugen. Erwiesenermaßen liefert die Exposition in vivo bessere Ergebnisse als in sensu.

Bei nicht situativ gebundenen Ängsten (generalisierte Angststörung, PTBS, Suchterkrankung) erweisen sich Angstbewältigungstrainings als besonders hilfreich, wobei es nicht um eine "Beseitigung" der Angst gehen kann, sondern um eine bessere Bewältigung in folgenden Schritten:

1. Wahrnehmungs- bzw. Diskriminationsübungen, um frühzeitig Spannung bemerken und die aufkommende Angst z. B. durch PMR möglichst rasch zu kontrollieren
2. Einüben von Strategien zur Angstbewältigung durch Übungen und Strategien der Vermeidung, Umattribuierungen, ironisierende Imaginationen; auch Provokation von Angst, z. B. durch selbst herbeigeführte Hyperventilation bei Panikattacken. Das ermöglicht den Abbau der „erlebten Hilflosigkeit“



3. Übertragung ins Alltagsleben mit Selbstverstärkung; dazu werden erlernte Veränderungen in immer schwierigeren Alltagssituationen durchgeführt mit einer anschließenden Selbstbelohnung.

Expositionsübungen können auch als Selbstkontrollübungen angesehen werden.

Die Wirkmechanismen und Erklärungsmodelle der Exposition bestehen darin, dass Rehabilitanden die Erfahrung machen, dass die angstausslösende Situation erträglich ist, weil die befürchteten katastrophalen Folgen ausbleiben. Allen Expositionsverfahren ist gemeinsam, dass die Betroffenen sich bis zum Rückgang der Angst in der zuvor angstausslösenden Situation aufhalten. Flucht und Vermeidung werden nicht zugelassen; wenn Entspannungsverfahren eingesetzt werden, wird eine mit Angst nicht vereinbare Reaktion ausgeübt. Als Wirkprinzipien der Exposition gelten Gegenkonditionierung, reziproke Hemmung und Habituation.

### **13. Gruppenseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

#### **Auswertung Teil 2: Abschied und Auswertung des Gruppenprozesses und des Prozesses eines jeden Mitglieds**

In diesem Seminar wird der Entwicklungsprozess der Gruppe und jedes einzelnen reflektiert. Ausgehend von einer Selbstbewertung erhält jeder Gruppenteilnehmer ein differenziertes Feedback unter der Frage:

Welche besonderen Prozesskonstellationen, welche Menschen mit besonderen Störungsbildern würde ich wem aus der Gruppe am ehesten anvertrauen? Was sind die besonderen Stärken, wo müsste nachgebessert werden, wo sind weitere Akzente in der Entwicklung der eigenen therapeutischen Kompetenz und Performanz zu setzen? Weitere Fragestellungen sind die nach der eigenen therapeutischen Identität in der Arbeit mit Suchtkranken.

Die 3-Tages-Seminare werden von einer/einem Lehrtherapeutin/en des Instituts und in der Regel einer/einem Lehrtherapeutin/en in Ausbildung geleitet:

## Fachseminare

### **Fachseminar (5 Tage = 40 Stunden): Sucht als Krankheit – ätiologische Faktoren**

In diesem Seminar stehen Konzepte über die Entstehung, Aufrechterhaltung und den Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen im Mittelpunkt. 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. Karrierebezogene 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. Damit werden die Voraussetzungen zur Theorie und Praxis der Diagnostik bei Abhängigkeitserkrankungen gelehrt. Die Grundlagen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) werden daher besonders in diesem Seminar vermittelt. Die ICF klassifiziert insbesondere die Folgen der chronischen Suchterkrankung als Behinderung.

### **Fachseminar (3 Tage = 24 Stunden): Grundlagen der Verhaltenstherapeutischen Theorie I**

Ursprünge und Grundprinzipien der Verhaltenstherapie:

- Die empirisch-wissenschaftliche Orientierung
- Die „kognitive Wende“
- Die kognitiv-behaviorale Orientierung
- Die Lernorientierung und das biopsychosoziale Störungsmodell
- Zielgerichtetheit und Problemlösevorgaben
- Therapiestil und Selbsthilfeorientierung
- Menschenbild und Systemorientierung
- Die Konditionierungstheorie
- Grundannahmen des Operanten Konditionierens.

Das Theorieprogramm vermittelt die für qualifiziertes suchttherapeutisches Handeln erforderlichen theoretischen Kenntnisse. Dabei wird im Sinne der integrativen Orientierung des verhaltenstherapeutischen Ansatzes auf eine breite Grundlage Wert gelegt. Besonders wird das Spektrum störungsspezifischer, evidenzbasierter Reha-

bilitationsansätze, die für Suchkranke relevant sind, aus der Verhaltenstherapie vermittelt. Die einzelnen Themenbereiche werden durch Literaturstudium erarbeitet bzw. in Seminaren vorgestellt.

Ziel dieses Seminars ist die konzentrierte Einführung in Theorien der Verhaltenstherapie und ihrer Rehabilitationskonzepte. Außerdem werden die anthropologischen und soziologischen Grundlagen als zentrale Konzepte des „Ko-respondenz“-Modells nach Petzold und der Kontextgebundenheit im Zeitkontinuum erarbeitet. Dieser ganzheitliche Rehabilitationsansatz 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 organischen Grundlagen vermittelt korrigierender, alternativer, substitutiver Erfahrungen, Zuführung von protektiven Faktoren und Ressourcen sowie Förderung von Resilienzbildung) werden dargestellt.

### **Fachseminar (5 Tage = 40 Stunden)**

#### **Prozessuale Grundfragen der therapeutischen Praxis I**

In diesem Seminar steht die konkrete Strukturierung von Therapie- und Beratungsprozessen mit ihrem Setting und ihren Techniken im Zentrum.

Das Modelllernen und die sozialkognitive Lerntheorie (nach *Bandura*) sowie Methoden der kognitiven Umstrukturierung nach Beck (Kognitive Therapie) und Ellis (rational-emotive Therapie) bieten hierfür die theoretischen Grundlagen.

Anlässlich der Erforschung des Modell- bzw. Imitationslernens entwickelte *Bandura* die Sozialkognitive Lerntheorie, die großen Einfluss auf die Kognitive Wende der Verhaltenstherapie hatte. Beabsichtigt war damit, die Lerntheorien des klassischen und operanten Konditionierens auf der kognitiven Ebene zu ergänzen und zu interpretieren. Es wurde erstmals beschrieben, was zwischen Reiz und Reaktion an kognitiven Vermittlungen im Individuum vor sich geht und auf welche Weise Verstärkungen, „Bestrafungen“ und Lösungsverfahren auf das zukünftige Verhalten wirken, nämlich mittels subjektiver Erwartungen und Bewertungen.

Das kognitive Produkt von klassischen Konditionierungsprozessen sind demnach situationsbezogene Konsequenz-Erwartungen in der Form „welche Reize folgen dieser Situation?“, verbunden mit subjektiven Bewertungen dieser Reize.

Das kognitive Produkt von operanten Konditionierungsprozessen sind dagegen verhaltensbezogene Konsequenz-Erwartungen in der Form „welche Reize folgen diesem Verhalten?“, ebenfalls verbunden mit subjektiven Bewertungen dieser Reize, nämlich der erwarteten Konsequenzen.

Aus dem Zusammenhang zwischen Situationen, Kognitionen und Emotionen/ Verhalten wurde das so genannte A-B-C-Schema entwickelt.

Auslösende Situation A:

Ereignis oder Erfahrung (interner oder externer Art, real oder antizipiert), z.B. Misserfolg, soziale Zurückweisung

Dysfunktionale Kognition B (in Bezug auf die konkrete Situation A):

Verzerrte, nicht realitätsgerechte Wahrnehmungen und Interpretationen der Situation (nach Beck)

Nicht zielführende Bewertungen der Situation (Katastrophisieren, Wertverlust, geringe Frustrationstoleranz) nach Ellis

Ungünstige Bewältigungsaussagen nach Meichenbaum

Emotionen / Verhalten C:

Unangemessene Emotionen (z.B. Depression, Angst, Schuldgefühle) und Verhaltensweisen (z.B. Vermeidungsverhalten, Suchtverhalten)

(Darstellung nach Wilken 2015)

Einen wichtigen Beitrag zur Theorie und Therapie der Suchterkrankung lieferte A. Beck mit seinen Ausführungen zur Depressionstherapie, die er zunächst als rein kognitive, nur durch fehlentwickeltes Denken verursachte Störung auffasste. Beck erweiterte später seine kognitive Therapie zu einer kognitiv-behavioralen Therapie. In den heutigen Konzepten wird die Suchterkrankung sowohl unter verstärkungstheoretischen als auch unter kognitionspsychologischen Aspekten gesehen. Die Therapie zielt daher besonders auf die Förderung ausgleichender Aktivitäten, den Aufbau sozialer Kompetenzen und die kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken.

Für die Therapie von Ängsten entwickelte A. Ellis als besondere kognitive Therapiemethode die rational-emotive Therapie, die auch für die Behandlung von Suchtkranken geeignet ist. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden sammelte er dessen angst- und problemerzeugenden Gedanken im Alltag und formulierte dann die dahinter liegenden problematischen Grundüberzeugungen in Form griffiger, verallgemeinernder Sätze. Die weitere Arbeit bestand darin, diese irrationalen Sätze mündlich und schriftlich durch rationalere Formulierungen zu ersetzen.

Vor dem Hintergrund dieser verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen im engeren Sinne werden die Indikation der Wege der Heilung und Förderung, d.h. der methodischen – Pathogenese- und Salutogeneseperspektiven einbeziehenden – Zugangsweisen der Verhaltenstherapie reflektiert. Zielsetzung ist, differentiell für jede/jeden RehabilitandIn 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 Rehabilitationsprozess 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.

Die konkrete Strukturierung von Therapie- und Beratungsprozessen mit ihrem Setting und ihren Techniken und Prozessen steht im Zentrum. Daher werden die Indikationen für Einzel- oder Gruppentherapie ebenso thematisiert wie die Planung und Durchführung einer Rehabilitation mit den jeweiligen Interventionsmethoden. Der Rehabilitationsprozess bezieht auch die intra- und interpersonellen Aspekte suchtbedingter Störungen in Familien und bei weiteren Bezugspersonen sowie die Fragen der Angehörigenarbeit und die Nutzung von Unterstützungssystemen ein. Coping- und ressourcentheoretische Konzepte und Forschung zu protektiven Faktoren, Resilienzen und „social support“ bieten hier wichtige Perspektiven. Auf geschlechtsspezifische und lebensaltersspezifische Aspekte bei Abhängigkeitserkrankungen wird ebenfalls Wert gelegt.

Vernetzungs- und Kooperationsaspekte Im Sinne des SGB IX werden erörtert. Die Dokumentation therapeutischer Rehabilitationsverläufe und Evaluation, d.h. die Bewertung des therapeutischen Prozesses zur Rückkoppelung für die Angemessenheit des Vorgehens und zur Steuerung des weiteren Therapieverlaufs wird in diesem Seminar eingeübt, denn am Schluss der Weiterbildung steht eine ausführliche Prozessdokumentation in Form eines Behandlungsjournals als Voraussetzung für die mündliche Prüfung an.

### **Fachseminar (5 Tage = 40 Stunden) Prozessuale Grundfragen der therapeutischen Praxis II (Kognitive Therapie nach Beck und Suchttherapie nach Batra)**

Der Prozessverlauf mit den im therapeutischen Geschehen auftretenden Veränderungen und 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. Verschiedene Mechanismen der Abwehr und Angstbewältigung, aber auch des Copings und des Creatings in ihren unterschiedlichen Formen in den jeweiligen Phasen der Therapie werden erschlossen und neue rehabilitationsmethodische Zugänge für die Handhabung der therapeutischen Beziehung, aber auch deren spezielle Gefährdung bei Suchtkranken erarbeitet.

Die Kognitive Therapie (nach Beck) geht von folgenden zentralen Annahmen aus: Eine verzerrte Sicht der Realität (fehlerhafte Wahrnehmungen und Interpretationen der Realität) ist für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen mitverantwortlich. Nach Beck ist das Denken des depressiven (und suchtkranken) Rehabilitanden inhaltlich vor allem durch eine verzerrt-negative Sicht seiner selbst, seiner Umwelt und seiner Zukunft gekennzeichnet (sog. „kognitive Triade der Depression“).

Der Depressive (und der Suchtkranke) sieht sich selbst, die Umwelt und die Zukunft als negativ, hoffnungslos, voller Hindernisse usw.

Als Kognitive Triade der Depression bezeichnet Beck die

- (1) negative Sicht der eigenen Person,
- (2) negative Sicht der Umwelt,
- (3) negative Sicht der Zukunft.

Diese verzerrte Sicht der Realität bestätigt und festigt sich immer wieder durch eine ganze Reihe von typischen „Denkfehlern“, die depressive Rehabilitanden (und Suchtkranke) begehen.

Als typische systematische "Denkfehler" des depressiven Rehabilitanden gelten:

1. Willkürliches Schlussfolgern
2. Selektives Verallgemeinern
3. Übergeneralisieren
4. Maximieren und Minimieren
5. Personalisieren
6. Verabsolutiertes, dichotomes Denken

Automatische Gedanken sind für das emotionale Befinden und die depressiven Symptome des Rehabilitanden von zentraler Bedeutung. Hierunter versteht man „schnell ablaufende, blitzartig auftretende, subjektiv plausibel erscheinende und unfreiwillig sich einstellende Kognitionen, die zwischen einem Ereignis (externaler oder internaler Art) und einem emotionalen Erleben (Konsequenz) liegen“.

Bei depressiven und suchtkranken Rehabilitanden sind diese Gedanken im Sinne der dargestellten Theorie verzerrt und fehlerhaft.

Diese sich automatisch aufdrängenden Gedanken sind dem Rehabilitanden meist zu Beginn einer Therapie nicht bewusst, können jedoch leicht bewusst gemacht werden und sind dadurch einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich.

Das therapeutische Vorgehen bei Depressionen kann weitestgehend auf das Vorgehen bei einer Suchterkrankung übertragen werden:

1. Einleitung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen, um die Inaktivität des Klienten zu durchbrechen und ein passendes Aktivitätsniveau zu erreichen (Aufzeichnen alltäglicher Aktivitäten, graduierte Aufgabenstellung, Planung erfreulicher Aktivitäten, z. B. die „Erfolg-Vergnügen-Technik“ (u. a. Wochenplanung mit abgestuften Aktivitäten)),
2. Herausarbeiten der verzerrten, automatischen Gedanken und fehlerhaften Denkweisen und später dann auch der dahinterliegenden Grundannahmen,
3. Hinterfragen, Verändern und Erarbeitung neuer realistischer Gedanken und Einstellungen.

In der Suchttherapie wurden in den letzten Jahrzehnten die Wirksamkeit psychodynamischer Therapien, der systemischen Familientherapie, der Verhaltenstherapie und deren störungsspezifischer Weiterentwicklungen, beispielsweise mit Blick auf Genderaspekte oder die Untergruppe komorbider oder traumatisierter Rehabilitanden, in zahlreichen Studien untersucht. Der Einsatz psychotherapeutischer Maßnahmen ist der jeweiligen Behandlungsphase anzupassen.

### Psychoedukation

Psychoedukation ist ein gerichteter, informationsvermittelnder Prozess unter Einbeziehung der „Erfahrungsexperten“. Merkmale der Sucht, somatische, psychische und soziale Konsequenzen des Substanzkonsums sowie Behandlungsmöglichkeiten stehen im Zentrum eines aktiven Prozesses, der Erfahrungen der Betroffenen verwendet. Neben der Information geht es daher auch um das Erkennen der Symptome und – daraus abgeleitet – erste Schritte der Bewältigung durch Verstehen und Planung der Entwicklungsschritte. Psychoedukative Behandlungsprogramme liegen für zahlreiche Störungen vor; zu nennen sind psychoedukative Programme für Opiatabhängige, alkoholbezogene Störungen sowie störungsübergreifende allgemeine psychoedukative Programme sowohl für das stationäre als auch tagesklinische Setting. Im Therapiemanual von *Schober et al.* (2013) wird ein strukturiertes psychoedukatives Programm zur Motivationsförderung und Abstinenzsicherung dargestellt.

### Programme zur Konsumreduktion

Für Personen mit einem problematischen, missbräuchlichen Alkoholkonsum wurden Programme entwickelt, die sie trainieren, problematischen Trinksituationen zu widerstehen und Lösungsstrategien zur Konsumvermeidung zu entwickeln, um in rückfallgefährlichen Situationen über alternative Handlungsmöglichkeiten zu verfügen. Das Ziel vieler Betroffener ist nicht die Abstinenz, sondern ein moderater Trinkkonsum. Selbstkontrollmethoden und Elemente aus der klassischen Verhaltenstherapie sollen den Teilnehmerinnen helfen, den missbräuchlichen Alkoholkonsum einzuschränken (*Sobell u. Sobell* 1992). Das deutschsprachige ambulante Gruppentherapieprogramm von *Körkel et al.* (2001) beinhaltet ebenfalls ein strukturiertes verhaltenstherapeutisches Vorgehen zur Reduktion des Alkoholkonsums. Auch dieses Programm zielt auf die Vermittlung neuer Verhaltensalternativen sowie sozialer Kompetenzen und nutzt dazu neben motivationalen Strategien Techniken der operanten Selbstverstärkung.

### Verhaltenstherapeutische Abstinenzförderung

In der Handlungsphase sowie nach Erreichen der Abstinenz werden verhaltenstherapeutische Techniken zur Stimuluskontrolle, operanten Verstärkung, aber auch zum Umgang mit erlaubniserteilenden Gedanken eingesetzt. Die Modifikation erlaubniserteilender Gedanken und das Management rückfallgefährlicher Situationen sowie Techniken zur Emotionsregulation und Problemlösung werden im kognitiven Behandlungsteil mit klassischen Verfahren zur sozialen Unterstützung (Angehörigespräche, Aufbau sozialer Netzwerke) kombiniert.

### Cue Exposure

Ein Element der klassischen Verhaltenstherapie ist die Cue Exposure. Bei der Cue Exposure wird der Suchtkranke immer wieder mit einer konsumassoziierten Situation oder auch der Substanz konfrontiert.

### Störungsspezifische Therapiemanuale

Alkoholspezifische Psychotherapien wurden bereits in den 70er-Jahren entwickelt.

Ein wichtiger Ansatz ist das CRA-Modell (Community Reinforcement Approach), entwickelt von *Hunt* und *Azrin* (1973) am Beispiel der Alkoholabhängigkeit, das sich jedoch mittlerweile in der Behandlung von verschiedenen Formen der Abhängigkeit als wirksam erwiesen hat. Auch bei opioidabhängigen Patienten konnte die Wirksamkeit im Rahmen von Substitutionsprogrammen belegt werden.

Ein weiteres, darauf aufbauendes störungsspezifisches Konzept ist die „alkoholismusspezifische Psychotherapie“ (ASP, *Brück u. Mann* 2007) mit den Therapieelementen Kommunikationsverhalten, emotionale Regulierung, Krisenmanagement und Aufbau suchtinkompatiblen Verhaltens.

Vor allem auf suchtkranke junge Personen ist die multidimensionale Familientherapie (MDFT, *Liddle* 2010) zugeschnitten; hier werden systematisch Eltern und weitere Familienangehörige, aber auch das außerfamiliäre Umfeld einbezogen. Die Evidenzlage ist positiv: In etlichen randomisiert-kontrollierten Studien konnte diese Therapieform als wirksam beschrieben werden.

Die CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) ist eine Weiterentwicklung der CRA. Der therapeutische Fokus richtet sich hier auf die Angehörigen von Suchtpatienten, die in der Behandlung erlernen sollen, die Inpatienten zur Aufnahme einer Suchtbehandlung zu motivieren, deren Konsum zu beeinflussen, zeitgleich aber auch auf ihre eigenen koabhängigen Verhaltensweisen zu achten und die eigene Lebensqualität nicht von der Sorge um die Suchtkranken zu sehr beeinträchtigen zu lassen. Auch hier orientieren sich die Strategien vor allem an den operanten verhaltenstherapeutischen Therapiemethoden unter Einsatz von Techniken zur positiven und negativen Verstärkung (*Meyers, Roozen, Smith* 2011).

Der Therapiemotivation der/des Rehabilitandin/en, den Entscheidungsprozessen des Therapeuten/der Therapeutin und der Therapeuten-Rehabilitanden-Beziehung im Therapieprozess wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Ebenso wird der Frage der Einbindung von Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess nachgegangen.



### **Fachseminar (3 Tage = 24 Stunden)**

#### **Grundlagen der Verhaltenstherapeutischen Theorie II**

Theoretische Schwerpunkte sind die kognitiven Theorien und erweiterte Konzepte, u.a.

- das Modelllernen und die Sozialkognitive Lerntheorie von *Bandura*,
- die Stress-, Emotions- und Coping-Theorie von Lazarus,
- die "Hilflosigkeitstheorie" der Depression nach Seligmann,
- Selbsteffizienz und Selbstkontrolle,
- Methoden der kognitiven Umstrukturierung,
- Stress- / Angstbewältigungstraining nach Meichenbaum, achtsamkeitsbasierte Ansätze und dialektisch-behaviorale Therapie.

Hier handelt es sich um eine Fortsetzung und Vertiefung von Seminar 2.2 mit den Schwerpunkten „Therapiemotivation der Rehabilitanden“, „Entscheidungsprozesse der Therapeuten“, „Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen“, familiäre Aspekte der Suchterkrankung.

### **Fachseminar (5 Tage = 40 Stunden)**

#### **Rückfall, Krise und Krisenintervention**

Der Rückfall in der Arbeit mit Suchtkranken 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 Therapie-segment 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.

Als Grundlagen dienen die Stress-, Emotions- und Coping-Theorien (nach Lazarus) sowie das Stress- / Angstbewältigungstraining (nach Meichenbaum).

Anhand der Ergebnisse von Stressexperimenten formulierte Lazarus eine kognitive Stress- und Emotionstheorie, die gleichzeitig eine Theorie der Stress- und Emotions-Bewältigung (Coping) darstellt. Sowohl jede Emotion als auch jedes (emotionale) Stressgeschehen wird dabei als ein Prozess gesehen, in dem bestimmte emotionspezifische Einschätzungen eine zentrale Rolle spielen. Angst und Angst-Stress z.B. entstehen nach dieser Theorie durch eine subjektive erste Einschätzung von Bedrohung, der das Individuum nach einer zweiten Einschätzung nichts entgegensetzen zu können glaubt. Erst der gleichzeitig in Gang gebrachte Bewältigungsprozess (Coping) bewirkt oder ermöglicht eine veränderte dritte Einschätzung und damit eine Stressreduktion. Bewältigungs- und Coping-Strategien sind nach Lazarus entweder

- problemzentriert, d.h. sie verändern die Stressoren im Person-Umwelt-System durch aktives Handeln oder
- emotionszentriert, d.h. sie modifizieren nur die Wahrnehmung oder die Interpretation dieser Realitäten, wie durch Ablenkungs-, Entspannungs- oder auch kognitive Umstrukturierungsstrategien.

Welche Bewältigungsstrategie in einer emotionalen Stresssituation – langfristig gesehen – die richtige oder die falsche ist, hängt ganz von den Umständen ab. Coping-Strategien der zweiten Kategorie sind vor allem dann zielführend, wenn sich eine Realität durch aktives Handeln nicht verändern lässt.

Meichenbaum vervollständigte die Vorgangsweisen anderer Verhaltenstherapeuten (insbesondere Ellis) durch die typisch verhaltenstherapeutische Praktik des Einübens neuer rationaler Sätze und durch eine Phase des Verhaltenstransfers in den Alltag. In dieser Form wurde die kognitive Umstrukturierung Bestandteil eines umfassenden Bewältigungstrainings, das vom Grundprinzip her in zwei Schritten erfolgt:

- Zunächst wird durch die Konfrontation mit den äußeren und inneren Angst- und Stressauslösern absichtlich die Angst- oder Stressreaktion provoziert und die Aufmerksamkeit ohne jede Vermeidung darauf gelenkt.
- Danach übt der Rehabilitand die selbständige und aktive Bewältigung der Situation mittels geeigneter Bewältigungsstrategien, die zuvor mit dem Therapeuten erarbeitet wurden. Diese können Verhaltens-, Entspannungs- und Gedankenstrategien (z.B. kognitive Umstrukturierung) enthalten und sowohl in der Vorstellung als auch im Rollenspiel oder in der Realität geübt werden.

Das Bewältigungstraining ist eine komplexe und universale Konfrontationsmethode, die in maßgeschneiderter und flexibler Weise zur Behandlung von angst- oder stress- bezogenen Störungen eingesetzt werden kann. In besonderer Weise trifft das auch auf die Suchterkrankung zu.

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 wird ein breites Spektrum suchtspezifischer Krisen behandelt. Die Rehabilitationskonzepte und –techniken sowie deren Anwendung werden gelehrt, insbesondere zur Rückfallbearbeitung, zur Prävention und zur Krisenintervention.

Das Seminar setzt ausreichende Selbsterfahrung und therapeutische Praxis voraus. Im Zentrum stehen vier Aspekte: 1. Krisen des Therapeuten, 2. Krisen der Rehabilitandin/des Rehabilitanden, 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.

### **Fachseminar (5 Tage = 40 Stunden)**

#### **Sucht, seelische Erkrankung und Persönlichkeit**

Die Vermittlung medizinischer Grundkenntnisse über Gesundheitsstörungen und somatische Komorbidität bei Abhängigkeitskranken incl. pharmakologischer Grundkenntnisse stehen ebenso im Zentrum dieses Seminars wie Differentialdiagnostik und Interventionsstrategien unter besonderer Berücksichtigung schwerer Persönlichkeitsstörungen, z. B. der „Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Grenzl原因 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 Rehabilitanden 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. Die Vermittlung von Kenntnissen der Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen bildet einen besonderen Schwerpunkt dieses Seminars.

Die Aspekte der Erwerbsfähigkeit, der Sozialmedizin, der Erwerbsprognose und arbeitsbezogene Maßnahmen werden ebenso thematisiert wie die Rahmenbedingungen der Rehabilitation und die Vernetzungs- und Kooperationsaspekte im Sinne des SGB IX. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist entsprechend dem gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung „...die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“ (*Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung...vom 23.09.2011, S. 8*).