

Bernhard-
Salzmann-
Klinik

Konzept für die stationäre Behandlung pathologischen Glücksspiels



Bernhard-Salzmänn-Klinik Gütersloh
LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen
Buxelstraße 50
33334 Gütersloh

Institutionskennzeichen: 570570088

www.bernhard-salzmänn-klinik.de

Träger: Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Aufnahmebüro:	Senta Sagemüller M.A. Erziehungswissenschaft Tel. 05241 502 2577 Aufnahme.BSK@lwl.org
Chefärztin:	Dr. med. Christiane Rasmus Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Tel. 05241 502 2550 Christiane.rasmus@lwl.org
Leitende Therapeutin:	Ulrike Dickenhorst Dipl.-Sozialpädagogin, K.-J.-Psychotherapeutin (KVT) Gesundheitsbetriebswirtin (FH) Tel. 05241 502 2560 Ulrike.Dickenhorst@lwl.org
B.A. Sozialarbeiterin: Sozial- u. Suchttherap.	Jared Omundo Tel. 05241 502 2563 Jared.omundo@lwl.org
M.Sc. Psychologe	Dennis Müller Tel. 05241 502 2525 DennisMueller@lwl.org
Oberarzt:	Dr. Frank Jürgens Tel. 05241 502 2566 Frank.juergens@lwl.org

Inhaltsverzeichnis

1.	Beschreibung der Klinik	4
2.	Einleitung	4
3.	Indikation/Kontraindikation	5
4.	Therapeutische Grundhaltung	7
5.	Therapievereinbarungen	8
6.	Rückfälligkeit	9
7.	Therapieziele / Therapiebausteine	9
8.	Gruppentherapie	11
8.1	Integrative/Schematherapeutische Gruppentherapie	11
8.2	Einzeltherapie	12
8.3	Familietherapie/Angehörigenarbeit	12
8.4	Indikative Gruppen	12
8.4.1	Crossover - Erlebnisorientierte Therapie	13
8.4.2	Videobasierte Selbst- und Fremderfahrung	13
8.4.3	Gruppentraining sozialer Kompetenzen	14
8.4.4	Kick en - Therapeutisches Fussballspielen	15
8.5	Geldmanagement und Schuldenberatung - Zentraler Sozialdienst	15
8.6	Sport- und Bewegungstherapie	16
8.7	Kunst und Gestaltungstherapie	16
8.8	Arbeitstherapie	16
8.9	Psychoedukation	18
9.	Weiterführende Behandlung	19
10.	Literatur	20
11.	Anlage 1 - Therapievereinbarung/Verzichtserklärung	21
12.	Anlage 2 - Wochenplan	22

1. Beschreibung der Klinik

Die Bernhard-Salzmann-Klinik ist die Rehabilitationsabteilung des LWL-Klinikums Gütersloh. Sie wurde 1965 gegründet und trägt den Namen des ersten Direktors ihres Trägerverbandes des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.

Die Klinik verfügt über 100 Behandlungsplätze, behandelt werden alkohol-, medikamenten-, drogen- sowie glücksspiel- und internetabhängige Frauen und Männer. Hinzu kommen 10 Adaptions- und 10 ganztägig ambulante Behandlungsplätze. Ergänzt wird das Angebot durch die ambulante Rehabilitation und die ambulante Nachsorge.

Die Bernhard-Salzmann-Klinik ist eine Abteilung des Suchtmedizinischen Zentrums des LWL Klinikums und pflegt eine enge Kooperation mit der qualifizierten Entzugsbehandlung des LWL-Klinikums Gütersloh.

Zur Behandlung werden die Patientinnen auf freiwilliger Basis aufgenommen. Die Berechtigung zur Behandlung von Patientinnen, die den § 35 BtMG unterliegen, ist gegeben.

Die Bernhard-Salzmann-Klinik liegt einerseits zentral und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut angebunden, andererseits jedoch im Grünen, in landschaftlich reizvoller Lage. Das Gebäude befindet sich in einer weiträumigen Parkanlage, auf jeder Etage des zweistöckigen Gebäudes sind je zwei Therapiestationen untergebracht. Die Räumlichkeiten sind hell und freundlich, als Wohngruppen konzipiert. Die Patientinnen sind in Einzel- und Zweibettzimmern mit Bad und WC untergebracht. Jede Wohneinheit verfügt über eine moderne Küche, einen Essensraum, zwei Aufenthaltsräume mit Fernseher und weitere Gemeinschaftsräume. Einen Hauswirtschaftsraum mit Waschmaschine, Trockner und Bügelgelegenheit befindet sich im Erdgeschoss. Die Gruppenräume und die Büros der Therapeutinnen und Therapeuten befinden sich ebenfalls auf der Etage.

Die Physiotherapie, Sporthalle, Schwimmbad, Fitnessraum und das Patientenrestaurant für das Mittagessen befinden sich in den umliegenden Gebäuden. Badmintonfeld, Tischtennisplatten und diverse Sportanlagen werden gruppenübergreifend genutzt.

Alle Leistungsträger, die sich mit der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker befassen, belegen unsere Einrichtung. Die Kostenübernahme nach § 111 SGB V ist nicht möglich.

2. Einleitung

Bereits seit 1985 behandelt die Bernhard-Salzmann-Klinik, als eine der ersten Kliniken in Deutschland, pathologische Glücksspieler und Glücksspielerinnen. Betrachtet man seit diesem Zeitpunkt die Entwicklungen auf dem Glücksspielmarkt, so fällt auf, dass sich die modernen Glücksspielmedien rasant entwickelt haben.

Konnte man 1985 noch wählen zwischen dem klassischen Spiel in staatlichen Casinos und dem Automatenspiel in einer Spielhalle findet der Spieler von heute ein vielfältiges Angebot

vor. Über das Internet kommen Menschen frühzeitig in Kontakt mit digitalen Glücksspielvarianten wie Online-Sportwetten, Onlinepoker oder auch Online-Automatenspiele. Diese Entwicklung, hin zu einer höheren Spielfrequenz, unbegrenzten Einsatzvarianten, horrenden Gewinnausschüttungen sowie erleichterten, einfachsten Nutzungsplattformen und Zahlungswegen, hat den Spieler von heute geprägt. Zwar dominiert auch heute noch das Automatenspiel den Glücksspielmarkt, doch verschiebt sich auch dieses zunehmend ins Internet.

Eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Suchtbehandlung des Glücksspielers ist es, dass sich neben der Glücksspielabstinenz, die berufliche Teilhabe und die psychische Gesundheit sowie das Familienleben wieder stabilisiert und ein erfolgreiches Geld- und Schuldenmanagement eingeleitet wird. (vgl. Bachmann 2010)

In der Bernhard –Salzmann-Klinik haben wir auf der Grundlage humanistischer Therapieverfahren ein Konzept entwickelt, dass dem Spieler von heute gerecht wird. Auf Basis aktueller Therapieerkenntnisse, behandeln wir Glücksspieler mit einem nachhaltigen, ganzheitlichen Therapieansatz. Dabei haben wir sowohl das Alter unserer Patienten sowie die individuellen Bedürfnisse und vorhandene Ressourcen derselben im Blick. In einem intensiven Prozess der Auseinandersetzung mit der Suchtgenese und Konfrontation mit dem Glücksspielmedium lernen Patienten in der multimodalen Therapie, sich abzugrenzen, ihre Suchtgeschichte aufzuarbeiten, sowie eine neue, selbstbestimmte, gesündere Lebensführung zu entwickeln und die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu stabilisieren .

In einer Zeit der Informationsflut, in der Spiel, Spaß und Grenzenlosigkeit Einzug hält ist der Spieler von heute ein Gejagter seiner Zeit: reizüberflutet, nervös, unsicher, immer auf der Suche nach dem nächsten Kick und häufig abgeschnitten von Emotionen und Bedürfnissen. Das Erleben des Glücksspielens ist oft gekennzeichnet von mehrdimensionalen Gefühlslagen, wie beispielsweise Entspannung und Erregung gleichzeitig.

Anfänglich an Träume und Wünsche geknüpft, die der Automat vermeintlich verspricht, verselbständigt sich das Spielverhalten häufig auf dramatische Art und Weise. Dabei kommt es zu einer Verschleppung, Vermeidung oder Abspaltung zugrundeliegender Problematiken, die der Betroffene durch das Spielverhalten in der Folge zu kompensieren versucht.

Pathologisches Glücksspiel ist durch massive psycho-soziale Folgen gekennzeichnet. Die ökonomische Existenz ist gefährdet, unüberlegte Kredite und Schulden werden angehäuft, Angehörige sind in Mitleidenschaft gezogen, familiäre Bindungen drohen zu zerbrechen, und die Kinder in der Familie reagieren oft hoch belastet, z.B. mit Schulschwierigkeiten und psychischen Störungen. Der Spieler selbst leidet unter starken Scham- und Schuldgefühlen und versucht, sein pathologisches Spielen zu verheimlichen. Er ist häufig kaum ansprechbar, abwesend und ständig auf der Suche nach neuen Geldquellen. Für den dauernden Geldmangel erfindet er Geschichten und leugnet offensichtliches Fehlverhalten und Unregelmäßigkeiten. Dabei leidet er immer stärker unter Ohnmachtserleben und depressiven Verstimmungen, suizidalen Gedanken und ist trotz der wachsenden Schwierigkeiten, wie z.B. Beschaffungskriminalität, nicht mehr dazu in der Lage, das 'unwiderstehliche Verlangen' zum Glücksspiel zu stoppen.

3. Indikation für eine stationäre Behandlung/Diagnose

Das Pathologische Glücksspiel ist laut den gültigen Klassifikationssystemen eine behandlungsbedürftige Krankheit ICD -10 F 63.0

Die diagnostischen Hauptmerkmale nach ICD 10 lauten:

1. Dauerndes, wiederholtes Spielen
2. Anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse

Diagnosekriterien (DSM-5)

- A. Andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, welches sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:

Der Betroffene/die Betroffene

1. ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigt sein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen),
 2. muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Wirkung zu erreichen,
 3. hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben,
 4. ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben,
 5. spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern,
 6. kehrt, nachdem er/sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust "hinterher jagen"),
 7. belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß seiner/ihrer Verstrickung in das Spielen zu vertuschen,
 8. hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren,
 9. hat eine wichtige Beziehung, seine/ihren Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren,
 10. verlässt sich darauf, dass andere ihm/ihr Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.
- B. Das Spielverhalten kann nicht besser durch manische Episoden erklärt werden.

Zur Prüfung der Behandlungsmotivation, bei Zweifel an der Rehabilitationsfähigkeit oder zur Prüfung des Rehabilitationssettings (ambulant oder stationär) kann ein Vorgespräch hilfreich sein.

Kontraindikation:

- Bei akuter Suizidgefährdung und akuter psychotischer Krankheitsentwicklung ist zunächst eine Vorbehandlung angezeigt, die diese Symptome zum Abklingen bringt.
- Andere psychische Störungen, z.B. Depressionen, Psychosomatische Erkrankungen, stehen im Vordergrund und müssen vorrangig behandelt werden.
- Drohende Strafverfahren oder bereits angetretene Haftstrafen machen einen vorherigen Informationsaustausch notwendig.

Der stationäre Aufenthalt ist in drei Phasen gegliedert:

1. Phase: Beziehungsaufbau und Behandlungsorientierung, Diagnostik und individuelle Therapieplanerstellung
2. Phase: Behandlungsdurchführung, Rückfallprävention, besondere Indikationsstellung, Angehörigengespräche und –seminare, berufliche Orientierung, usw.
3. Außenorientierung, Belastungserprobungen, Vorbereitung der Nachsorge, Kontakt zum Arbeitgeber oder JA/AA.

Im Behandlungsverlauf münden eine zeitlich begrenzte freiwillige Fremdkontrolle, durch Ausgangsbeschränkungen, Geldmanagement, usw. in eine zunehmende eigene Selbstkontrolle um die Abstinenz zu stabilisierenden und um die Eigenverantwortlichkeit zu erhöhen.

Die Kontaktaufnahme zur Klinik erfolgt in der Regel über eine Suchtberatungsstelle. Von hier aus wird der Antrag für eine Entwöhnungsbehandlung bei dem zuständigen Kostenträger, in erster Linie der Rentenversicherung bzw. in Sonderfällen der Krankenversicherung, gestellt. Dazu werden ein Sozialbericht und gegebenenfalls ein ärztliches Gutachten benötigt.

Ein konkreter Aufnahmetermin kann erst dann mitgeteilt werden, wenn eine entsprechende Kostenbewilligung in der Klinik vorliegt

In den vorbereitenden ambulanten Gesprächen in der zuweisenden Beratungsstelle, ist die Motivation zu einer umfassenden Therapie zu fördern. Die Patienten sind darauf vorzubereiten, dass ihnen möglicherweise eine längere Abwesenheit von zu Hause nicht leicht fällt, Heimwehgefühle und Abbruchgedanken entstehen können.

Das therapeutische Personal und bereits erfahrenere Mitpatienten in der Klinik, die diese Eingewöhnungsphase schon überwunden haben, sind Ansprechpartner, solche Krisensituationen zu überwinden.

Telefongespräche und die ersten Besuchsmöglichkeiten nach einer etwa einwöchigen „Aufnahmezeit“ lassen die wichtigen Kontakte mit den Angehörigen nicht abbrechen. Ein ausgefüllter Therapieplan führt dazu, dass eine feste Tagesstruktur vorhanden ist, die den Entzugssymptomen einer „inneren Leere“ entgegenwirkt und optimal auf einen Arbeitsalltag nach der Therapie vorbereiten soll.

4. Therapeutische Grundhaltung

Auf der Grundlage unseres Klinikleitbildes steht der Patient im Mittelpunkt der Behandlung mit seiner Persönlichkeit, seinen individuellen Bedürfnissen, Stärken und Schwierigkeiten. Die Therapie wird als gemeinsamer Arbeitsprozess verstanden, in dem der Patient als Informationsexperte seiner selbst seinen eigenen Veränderungs- und Entwicklungsprozess gestaltet und der Therapeut als Prozessexperte seine Fachkompetenz einbringt. Problematiken werden dabei mehrdimensional betrachtet, im ganzheitlichen Ansatz werden sowohl individuelle, lebensgeschichtlich bedingte als auch systemische Aspekte des Lebensumfeldes berücksichtigt und zum Verstehen der Problematik und persönlichen Lebenssituation herangezogen.

Aufgrund dieser Basis sehen wir die therapeutische Grundhaltung als maßgeblich für jeglichen Veränderungsprozess beim Patienten.

Zu Beginn der Behandlung steht die Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Mit dem Bezugstherapeuten steht zu Beginn die Entwicklung einer Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation im Mittelpunkt.

Darauf aufbauend wird nach der bio-psycho-sozialen Diagnostikphase der Therapieplan gemeinsam mit dem Patienten entwickelt. Dieser beinhaltet störungsspezifische, gesundheitspräventive, arbeits- und kunsttherapeutische, freizeitorientierte sowie rückfallpräventive Angebote und die persönlichen Therapieziele. Diese werden immer auf die spezifischen Problembereiche des einzelnen Patienten und dem dazu individuell erarbeiteten Störungsmodell ausgerichtet und überprüft. Innerhalb des therapeutischen Arbeitsprozesses begegnen wir unseren Patienten dabei stets mit Akzeptanz und Wertschätzung. Im Sinne einer Exploration ist es für den Therapeuten maßgeblich, sich so sehr wie eben möglich, in die Gefühlswelt des Patienten einzufühlen, ohne dabei eine interpretative Haltung einzunehmen. Dies macht den Hauptansatzpunkt unserer Arbeit aus.

5. Therapievereinbarungen

Es wird erwartet, dass die Patienten konstruktiv bei der Einhaltung der Abstinenz und der Umsetzung der Vereinbarungen mitarbeiten. Spielen ist ein vielfältiges und komplexes Verhalten, bei dem nur eine enge Kooperation zwischen allen Beteiligten garantiert, dass die therapeutischen Absichten und Ziele verwirklicht werden können. Voraussetzung hierfür sind die folgenden Vorgaben:

In der gesamten Klinik wird nicht um Geld gespielt. Wegen der Suchtgefahren beim „Blitzschach“ zählt auch das Schachspielen dazu. Ebenfalls sind Spiele ohne Geldeinsatz nicht erlaubt, da auch dieses Verhalten ein Trigger sein kann.

1. Generell sind Spiele zu meiden, bei denen der Ausgang stark vom Zufall abhängig ist (z.B. Karten-, Würfelspiele, Dart, Flipperautomaten, Videospiele, nicht mehr als ca. 50 Euro bei sich tragen. Abweichungen mit dem Bezugstherapeuten klären.
2. Absprachen über die Verfügbarkeit des Geldes treffen und Kontobewegungen offenlegen.
3. Geldverleih/Geldbeschaffung
4. Rückhaltlose Offenlegung der finanziellen Situation und unmittelbarer Beginn der notwendigen Schuldenregulierung.
5. Außerdem wird während der Behandlung, einschließlich Heimatfahrten, auf die Einnahme von Alkohol, nicht verordnete Medikamente und andere Drogen verzichtet.
6. Alle Patientinnen und Patienten werden zu ihrem Onlineverhalten getestet, problematisches Nutzungsverhalten wird mit in die Behandlung einbezogen.
7. Alle Patienten geben während der Therapie ihr eigenes Smartphone ab und bekommen ein Leihhandy zur Verfügung gestellt, mit dem sie telefonieren und über SMS kommunizieren können. Während Heimfahrten werden Patienten ihre Smartphones auf Wunsch ausgehändigt.

Weitere Vereinbarungen können individuell mit dem Patienten getroffen werden.

Für Spielerinnen und Spieler, die kein zusätzliches Medikamenten- oder Drogenproblem haben, gelten je nach Therapiedauer folgende **Ausgangsregelungen**:

Stadtausgang	nach ca. 2 Wochen
Tagesurlaub	ab dem 5. Behandlungswochenende
Heimurlaube	nach ca. 6 Wochen
Kulturausgänge	nach ca. 6 Wochen

Besuche können am Wochenende und an Feiertagen nach dem 3. Wochenende empfangen werden.

Heimfahrten werden als Belastungserprobung geplant und reflektiert.

6. Rückfälligkeit

Ein Rückfall ist ein ernstzunehmender Einschnitt in die Therapie und ist in jedem Fall von dem Patienten offenzulegen. Geschieht dieser, kann ein Rückfall in der Therapie bearbeitet werden. Dabei ist eine kritische Auseinandersetzung mit der Situation und den Umständen dringend erforderlich.

Von einem Rückfall wird gesprochen, wenn um Einsätze gespielt wird, bzw.

Glücksspielmedien betätigt werden. Bei einer zusätzlichen stoffgebundenen Problematik zudem, wenn Alkohol, Drogen oder nichtverordnete Medikamente eingenommen werden.

Konsequenzen: Ein Rückfall hat nicht zwangsläufig die Entlassung zur Folge. In Gesprächen und an Hand einer schriftlichen Rückfallanalyse der Patientin/des Patienten wird die

Motivation zu einer Weiterbehandlung geklärt. Individuell festgelegte Stabilisierungsabsprachen dienen dazu, die Abstinenzfähigkeit wieder zu festigen.

7. Therapieziele /Therapiebausteine

Vorrangiges Therapieziel ist die Abstinenz von Glücksspielen. Allerdings steht dabei nicht das „Verzichten können“ im Vordergrund des Bemühens, sondern vielfältige Alternativen zum Glücksspielen, neue positive Lebensperspektiven zu entwickeln, die den Stellenwert des Suchtverhaltens insgesamt stark reduzieren. Häufig kann an vorhandenen Ressourcen angeknüpft werden. Nur wenn die Abstinenz letztlich einen Vorteil darstellt, wird sie langfristig aufrechterhalten. Besonderer Wert wird in diesem Zusammenhang auf die Umsetzung und Verwirklichung selbstkongruenter Ziele in der Behandlung gelegt (vgl. Bachmann & El-Akhras, 2010).

Weitere Therapieziele sind:

- Die Bearbeitung zugrundeliegender Problembereiche (z. B. Interaktions- und Verhaltensmuster, zentrale Schemata, Problematiken mit dem eigenen Selbstkonzept, Autoritätskonflikte)
- Berufliche und gesellschaftliche Teilhabe (je nach BORA-Kategorie findet eine differenzierte Förderung der beruflichen Situation statt).
- Diagnostik und Behandlung komorbider Störungen, bei Bedarf Vermittlung einer Weiterbehandlung
- Aufbau funktionaler Bewältigungsstrategien und Bedürfniswahrnehmung
- Aufbau einer gesunden Tagesstruktur inklusive einer alternativen Freizeitgestaltung
- Entwicklung selbstwirksamer Strategien zur Rückfallprävention
- Angehörigenarbeit mit Partner/in, Kindern und bei Bedarf mit Eltern und weiteren wichtigen Bezugspersonen
- Bei Bedarf Sozialberatung, z.B. zur Schuldensituation oder weiterer sozialrechtlicher Fragestellungen

Die Therapieziele werden darüber hinaus immer auf die spezifischen Problembereiche des einzelnen Patienten und dem dazu individuell erarbeiteten Störungsmodell ausgerichtet. Sie werden im Therapieverlauf mehrmals überprüft und angepasst.

Ein wichtiger Grundsatz in der Spielertherapie ist, die Eigenverantwortung eines jeden Patienten zu fördern, und Kontrollen, auch diejenigen, die mit Familienmitgliedern vereinbart wurden, nur so lange aufrechtzuerhalten, wie sie unbedingt erforderlich sind. In Teamgesprächen sind diese Maßnahmen deshalb immer wieder individuell anzupassen. Durch die Komplexität des Störungsbildes erfordert die Glücksspielsucht eine differenzierte Behandlung mit grundlegenden, wie auch individuellen Therapieelementen, die den Patienten befähigen, das eigene Störungsbild zu verstehen, und in der Folge Strategien zu erarbeiten, die eine zufriedene, selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen. In der Behandlung sind folgende Therapiebausteine vorgesehen:

- Störungsspezifische Einzeltherapie im Kontext sozial- und psychotherapeutischer Arbeit
- Störungsspezifische Gruppentherapie mit glücksspielsüchtigen Patienten

- Indikative Gruppentherapie bei weiteren komorbiden Störungen
- Therapeutisch geleitete Konfrontation mit dem Suchtmedium (Expositionsverfahren)
- Erlebnisorientierte Gruppentherapie (Klettern, Slagelining, Geocaching)
- Gruppenbasierte Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Gruppentraining sozialer Kompetenzen
- Geldmanagement und Schuldenregulierung
- Arbeitstherapie und Vorbereitung der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben
- Sport- und Bewegungstherapie
- Kunst- und Gestaltungstherapie
- Entspannungstraining
- Weitere indikative Gruppen, falls eine komorbide Störung vorliegt bei Angst-, Depression und Posttraumatischer Belastungsstörung
- Vermittlung in Weiterbehandlung (Nachsorge, Psychotherapie, berufliche Wiedereingliederung usw.)

Sozial- und psychotherapeutisch wird ein integrativer Ansatz mit kognitiv verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt angewandt. Es wird lösungsorientiert vorgegangen und an vorhandenen Ressourcen angeknüpft. Die Patientinnen lernen, sich an realistischen längerfristigen Zielen zu orientieren und sie in kleinen Schritten zu verwirklichen. Bei Aufnahme in die Therapie wird der Patient von der Klinikleitung begrüßt. Es folgt ein ärztliches Aufnahmegespräch und ein therapeutisches Erstgespräch. In diesem Rahmen hat der Patient sowohl die Möglichkeit seine persönliche Suchtbiografie zu erläutern und gegebenenfalls auftretende Eingewöhnungsschwierigkeiten zu thematisieren. Im Weiteren Verlauf erhält der Patient wöchentliche Einzel- und Gruppentherapiesitzungen sowie je nach Indikation weitere störungsspezifische Angebote.

In der Anlage ist ein beispielhafter Wochentherapieplan angehängt.

Die therapeutische Gemeinschaft der Gesprächsgruppen: Die Therapie verbringen die Spielerinnen und Spieler in einer Stations-Gemeinschaft von ca. 25 Patienten. Hieraus werden zwei Therapiegruppen gebildet der die Patientinnen und Patienten fest zugeteilt sind. Jeder neue Patient wird zu Beginn vom Patientendienst begleitet und ist Ansprechpartner für alle Fragen in Bezug auf den Klinikalltag. Zugleich wird ihm sein Bezugstherapeut mitgeteilt. Diese/r ist für die Einzel- und Gruppentherapiegespräche zuständig und wichtigste/r Ansprechpartner/in für die gesamte Therapiezeit

8. Gruppentherapie

Die Patienten nehmen jede Woche an 3 therapeutisch geleiteten Basisgruppen a 90 Minuten teil. Zusätzlich zu diesen Gruppen besuchen die Patienten 1x wöchentlich eine stationsinterne Selbsthilfegruppe. In den therapeutisch geleiteten Gruppensitzungen setzen sich die Patienten sowohl mit persönlich relevanten Themen, wie auch mit störungsspezifischen Themen des Glücksspielens auseinander.

In der Solidarität mit anderen Abhängigen können sich die Spielerinnen und Spieler von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen befreien und lernen, sich offen mit ihrem Suchtverhalten auseinander zu setzen. Durch die Identifikation mit anderen Abhängigkeitskranken wird die Eigenmotivation zur Behandlung gefördert. Suchtspezifische Abwehrhaltungen der Bagatellisierung und Verleugnung des Suchtverhaltens können in einer vertrauensvollen Atmosphäre erkannt und aufgegeben werden. Dadurch wird die Krankheitsakzeptanz verstärkt und der Abstinenzwunsch gefestigt. Eine zunehmende Offenheit und Ehrlichkeit macht es möglich, belastende Erlebnisse im Zusammenhang mit der Suchterkrankung auszusprechen, neue Einsichten zu gewinnen, konkrete Verhaltensänderungen zu erproben und Lösungen für die Ursachen der Erkrankung zu erarbeiten. Dies ist mit einer Erhöhung des Selbstwertgefühls, der sozialen Kompetenzen, der psychischen Ausgeglichenheit und einer besseren Kommunikation und Abgrenzung innerhalb der Familie verbunden.

In den Selbsthilfegruppen bekommen die Patienten die Möglichkeit, Themen ohne Therapeuten zu besprechen oder schlichtweg gemeinsam den Verlauf ihrer Therapie zu reflektieren. Dabei ist es stets wünschenswert, dass die Patienten - falls vorhanden - konstruktive Kritik oder Verbesserungsvorschläge an das Therapeutenteam rückmelden.

8.1. Integrative Schematherapie

Vor dem Hintergrund der Entstehungsgeschichte einer Suchterkrankung verstehen wir das pathologische Glücksspielverhalten als eine Bewältigungs- und im weiteren Verlauf als eine Verdrängungsstrategie frustrierter Motive und Bedürfnisse. Diese dauerhafte Frustration führt häufig zu fest verankerten, kognitiven und affektiven Schemata (vgl. Sachse, 2003).

Diese Schemata (Grundüberzeugungen) können in der Folge die Interaktionsmuster und Affektlagen der Personen bestimmen und tragen somit zu wiederkehrenden Konflikten in verschiedensten Lebensbereichen bei (vgl. Grawe et al. 1994; Sachse 2003). Dieses Wiedererleben kann die Entstehung eines sogenannten „Ohnmachtsschemas“ begünstigen (vgl. Sachse, 2003). Die Person fühlt sich ohnmächtig und resigniert beim Versuch der Lösung eigener Problematiken. Die Überzeugung der Nichtlösbarkeit führt in der Folge zum Betäuben innerer Gefühlszustände. Das Suchtmittel wird zu einer Kompensationsstrategie eigener, negativer Gefühlslagen. Das Klären der ursächlichen, oft biographisch entwickelten Grundüberzeugungen und somit der frustrierten Motive und Bedürfnisse einer Person sehen wir daher als grundlegend für die Behandlung ihrer Suchterkrankung. In unserer schematherapeutischen Gruppe explorieren wir mit Hilfe von psychotherapeutischen Klärungsprozessen in Kombination mit Imaginationsübungen und emotionsaktivierenden Verfahren die zentralen Schemata unserer Patienten. Mit Unterstützung der Therapeuten identifizieren die Patienten beispielsweise ihre Rolle in der Herkunftsfamilie und ordnen dieser die zentralen Gefühle zu. Im Hier und Jetzt lernen die Patienten, dass ihre Überzeugungen auch heute noch ihr Denken, Fühlen und Handeln bestimmen. Dazu dienen neben oben genannten Methoden besonders die biografischen Erfahrungen der Patienten.

Im zweiten Schritt werden in Form von Rollenspielen (z.B. Ein-Personen-Rollenspiel vgl. Sachse, 2003) und Imaginationsübungen eigene Überzeugungen bearbeitet und relativiert. Die Patienten überprüfen dabei, ob ihre damals gebildeten Überzeugungen heute in der Realität noch haltbar sind. Einen besseren, selbstregulativen Umgang zu eigenen Emotionen und Bedürfnissen zu schaffen, sehen wir als Grundvoraussetzung für eine dauerhafte Abstinenz.

8.2 Einzeltherapie

Innerhalb der Behandlung haben die Patienten wöchentlich mindestens ein einstündiges Einzelgespräch. In schwierigen oder belastenden Phasen der Therapie können individuell mit dem Therapeuten weitere Einzelgespräche vereinbart werden. Zusätzlich zu den Einzelgesprächen haben die Patienten die Möglichkeit Paar- oder Familiengespräche zu vereinbaren. Neben den Einzelterminen sind die Therapeuten jederzeit Ansprechpartner für individuelle Anliegen der Patienten. Die Einzeltherapiesitzungen dienen dem Patienten persönlich relevante Themen, die zur Ausprägung der Suchterkrankung geführt haben, mit dem Therapeuten zu thematisieren und zu bearbeiten.

8.3 Familientherapie /Angehörigenarbeit

Wir befürworten das Einbeziehen der Bezugspersonen bzw. des sozialen Umfeldes in die Therapie ausdrücklich, wenn Angehörige sich schon während der Therapie einer heimischen Selbsthilfegruppe anschließen oder Gespräche in der Suchtberatungsstelle führen, um frühzeitig für sich selbst etwas zu tun.

In der stationären Therapie werden individuelle Familiengespräche angeboten. Zunächst stehen die Nöte und Ängste des Angehörigen im Vordergrund des Gesprächs. Es geht darum, psychische Spannungen und Verletzungen abzubauen, um die Kommunikation in der Beziehung zu verbessern und neues Vertrauen zu schaffen. Es soll eine vorwurfsfreie Atmosphäre entstehen, in der es nicht darum geht, Schuldgefühle zu vermitteln.

Weitere Themen, die z.B. besprochen werden, sind:

- Was bedeutet Co-Abhängigkeit?
- Die anzustrebende Verselbständigung.
- Eine bessere Abgrenzung zwischen den Generationen.
- Die überbehütende Erziehung.
- Gewalt- und Missbrauchserfahrung.
- Schwierigkeiten, miteinander zu kommunizieren.
- Sich Gefühle mitteilen und besser miteinander reden lernen.
- Rollenkonflikte innerhalb der Familie
- Der Umgang mit und die Beziehung zu den eigenen Kindern

a. Indikative Gruppen / besondere Therapieangebote

Die Patienten haben zu den genannten Therapieangeboten die Möglichkeit in Absprache mit Ihren Bezugstherapeuten weitere Indikationsgruppen zu besuchen:

- Muskelentspannung nach Jacobsen/Stresspilot
- Gesundheitsvorträge
- Selbstbewusstsein stärken /Ängste überwinden (Selbstsuggestion)
- Nikotinentwöhnung
- Motivationstraining
- Konfliktmanagement
- Anti-Mobbing-Gruppe
- Zeitmanagement
- Therapeutisches Bogenschießen
- Therapeutisches Boxen
- Rückenschule
- Depression und Sucht
- Angst und Sucht
- Sicherheit finden
- Genusstraining
- Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention
- Kochtraining
- Soziales Kompetenztraining
- Lebensbilanz
- Crossover
- Videobasierte Selbst- und Fremderfahrung
- Soziales Kompetenztraining
- Kick-en
- Angehörigenseminar
- Paarseminar
- Kinder- Elternseminar

Im Folgenden werden einzelne, speziell für glücksspielsüchtige Patienten angepasste Angebote genauer erläutert. Diese finden ausschließlich mit Patienten statt, die ein Glückspielverhalten aufweisen,

8.4.1 Crossover

Die Zahl junger glücksspielsüchtiger Patienten hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. In der indikativen Gruppe „Crossover – Sicher in ein suchtfreies Leben“ arbeiten junge Patienten mit Hilfe von erlebnisaktivierenden Elementen wie Slagliding, Geocaching oder Klettern, verbunden mit der Reflektion ihre Suchtgeschichte auf. Dabei setzen sie sich mit Themen wie inneren Lasten, negativen Gefühlen, eigener Risikobereitschaft sowie Sicherheit und Vertrauen auseinander. Ziel der Gruppe ist es, Gefühle, eigenes Denken und Handeln sowie persönliche Erfahrungen der Vergangenheit besser erfahrbar/erlebbar zu

machen. Die Crossover Gruppe (max. 8 Patienten) soll den jungen Patienten die Möglichkeit geben, eine auf Vertrauen und Sicherheit basierte Gemeinschaft zu bilden, die sich gegenseitig in besonderem Maße innerhalb der Therapie unterstützt. Um dieses Gemeinschaftsgefühl zu stärken, bilden die Patienten unter der Woche eine gemeinsame Laufgruppe ohne Therapeuten und außerhalb der festgelegten Gruppentermine. Während der Gruppentermine bekommen die Patienten Utensilien wie eigene Rucksäcke, Kompetenztagebücher, Reflektionsbögen und ein Lauftagebuch was diese unter der Woche ausfüllen. Diese Utensilien behalten die Patienten über die gesamte Zeit und nehmen Teile davon auch später mit nach Hause. In weiteren Modulen unternehmen die Patienten eine GPS Rallye (Geocaching) und machen Übungen zu Themen wie Sicherheit und Vertrauen, besuchen einen naheliegenden Kletterpark und setzen sich mit der eigenen Risikobereitschaft auseinander oder erarbeiten/identifizieren in erlebnispädagogischen Übungen eigene Stärken und Ressourcen. Auf Basis dieser Erfahrungen erarbeiten die Patienten mit Unterstützung der Therapeuten eine selbstbestimmte, zufriedenstellende und abstinente Lebensperspektive für die Zukunft.

8.4.2 Gruppenbasierte Selbst- und Fremderfahrung

Da das pathologische Glücksspielen nicht selten mit stark verankerten Persönlichkeitsakzentuierungen der Betroffenen einhergeht und diese Akzentuierungen häufig als ursächlich für interaktionelle Schwierigkeiten/Interaktionsstörungen zu sehen sind, haben unsere Patienten in der Gruppe Selbst- und Fremderfahrung die Möglichkeit, diese zusammen mit den Therapeuten zu identifizieren, zu visualisieren und in der Folge zu bearbeiten. Da die Patienten normalerweise in Interaktionen nicht die Möglichkeit haben sich von außen zu beobachten, sind sie oft nicht der Lage eigene Interaktionsmuster zu erkennen. Diese Gruppe bietet die Möglichkeit zusammen mit Mitpatienten und Unterstützung der Therapeuten, sich selbst aus einer anderen Perspektive zu erleben und die eigenen Verhaltens- und Interaktionsstrategien zu analysieren. In Rollenspielen werden typische Situationen möglichst realitätsnah nachgespielt und gemeinsam reflektiert. Gemeinsam in der Gruppe benennen die Patienten mit Unterstützung der Therapeuten nun Auffälligkeiten in der Interaktion und dem Verhalten der Rollenspielteilnehmer. Dabei liegt der Fokus sowohl auf funktionalen, wie auch vermeintlich dysfunktionalen Interaktions- und Verhaltensmustern. Durch eine sich wiederholende Feedbackrunde an den gegebenen Stellen, bekommen die teilnehmenden Patienten eine ehrliche Fremdeinschätzung zu eigenen Verhaltensweisen. Mit den Therapeuten explorieren die Patienten die Ursachen und die Notwendigkeit dieser Strukturen und erarbeiten gegebenenfalls mögliche, alternative Strategien. Alleine diese Selbst- und Fremdwahrnehmung kann bereits einen gewünschten Veränderungsprozess beim Patienten anstoßen.

8.4.3 Gruppentraining sozialer Kompetenzen

Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen schließt für ausgewählte Patienten an die Gruppe der Selbst- und Fremderfahrung an. Innerhalb von Rollenspielen haben die Patienten hier die

Möglichkeit, soziale Kompetenzen/Fähigkeiten oder auch gewonnene, neue Interaktions- und Verhaltensstrategien zu trainieren. Neben individuellen Themen aus dem Leben unserer Patienten arbeiten wir in dieser Gruppe auch mit alt bewährten Themen wie Recht durchsetzen, Beziehungen/Gefühle äußern oder um Sympathie werben. Da gerade Glücksspielpatienten jedoch häufig sozial weniger ängstlich agieren und darüber hinaus meist eine grundlegende soziale Kompetenz mitbringen, arbeiten wir in diesem Kontext auch an den sozial unverträglicheren Interaktions- und Verhaltensstrukturen unserer Patienten. Auch diese sehen wir als Teil ihrer sozialen Kompetenz und somit als relevant.

8.4.4 Kick en

Kicks haben Glücksspieler in jüngster Vergangenheit meist nur noch durch das Glücksspielen oder Sexualität erlebt. Das Glücksspielen kann dabei vor dem Hintergrund der Krankheitsdynamik als dysfunktionaler bzw. schädlicher Kick interpretiert werden, daher gilt es für die Patienten wieder funktionale, nicht schädliche Kicks in ihrem Alltag einzubauen. Nicht selten gab es diese Kicks im Leben der Patienten bevor die Glücksspieldynamik einsetzte. Sport bietet eine gute Möglichkeit derartige Kicks wieder auf funktionale Art und Weise zu erleben. Da Fußball neben diesen Kicks ein Gemeinschaftsgefühl innerhalb der Gruppe stärken kann und unter den meisten Patienten eine gemeinsame Leidenschaft darstellt, haben wir mit unserer Indikationsgruppe „Kick-en“ ein Angebot geschaffen, das den Spaß an funktionalen Kicks in den Vordergrund stellt. Die Patienten sollen wieder Spaß an Sport entwickeln, sich für eine gemeinsame Sache begeistern und spüren, wie sich Erfolg und auch Misserfolg außerhalb des Glücksspielens anfühlt. Durch eine Anleitung des Therapeuten setzen sich die Teilnehmer anfangs kurz mit Themen wie: Gewinnen um jeden Preis, übertriebene Härte im Spiel und persönlichem Ehrgeiz auseinander. Ein gemeinsames Wärmemachen vor der IG fördert die Achtsamkeit für den eigenen Körper. Innerhalb des Fußballspiels sind alle Teilnehmer aufgerufen sowohl eigene Leistung für die Mannschaft zu investieren, wie auch die eigenen Mannschaftskollegen nach besten Möglichkeiten zu integrieren. Am Ende der IG gibt es stets ein faires Shake-Hands von allen Teilnehmern. Nicht selten wächst mit der Kicken IG eine Patientengruppe zusammen, die sich innerhalb der Therapie stützen und motivieren kann.

8.5 Zentraler Sozialdienst /Geldmanagement und Schuldenberatung

Für alle Belange der beruflichen und sozialen Sozialisierung (Umgang und Korrespondenz mit Behörden, Verschuldungsproblematiken, Unterhaltsfragen, sozialrechtlichen und arbeitsrechtlichen Fragen, Vermittlung von Eingliederungshilfen, Kontakt zu Wohnungsgesellschaften, usw.) besteht für die Glücksspielerinnen und Glücksspieler die Möglichkeit der sozialen Beratung und Unterstützung. Hierbei steht den Patientinnen und Patienten neben dem zentralen Sozialdienst auch die Vermittlung an fachspezifische Beratungsdienste (Schuldenberatung, Reha- oder Vermittlungsabteilung der Arbeitsämter, Rehafachberatung der DRV Bund und –Länder, Bewilligungshilfe, usw.) zur Verfügung. Ziel der Sozialberatung während der Entwöhnungstherapie ist die Sicherung und Entwicklung von

selbstverantwortlicher Handlungskompetenz, insbesondere im Umgang mit Geld und allgemeinen sozialen Belangen.

8.6 Sport – und Bewegungstherapie

Die neu aufgenommenen Patientinnen und Patienten nehmen nach einer Einführung an einem sporttherapeutischen Angebot (den individuellen Fertigkeiten angepasst) teil. Die Teilnahmemöglichkeiten an den verschiedenen Aktivitäten erfolgt nach ärztlicher Untersuchung.

Die Sport- und Bewegungstherapie folgt einem ganzheitlichen Ansatz, indem sie einerseits persönlichkeitsorientierte Ziele verfolgt und andererseits für die Patientinnen und Patienten Handlungs- und Regulationsmöglichkeiten im Sinne einer positiven Lebensgestaltung im sozialen Umfeld vermitteln soll.

Der Sport dient nicht nur zur Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit, sondern kann auch Affekt regulierend eingesetzt werden. In Mannschaftsspielen wird Wert auf soziale Kompetenz, Kompromissfähigkeit, aber auch Durchsetzungsfähigkeit und Interaktion gelegt. Entwöhnungssymptome wie „innere Leere“ und emotionale Labilität lassen sich auffangen und als positive Referenzerfahrungen erleben.

Die Maßnahmen reichen von einem gezielten physischen Aufbautraining mit Hilfe von Kraft – und Ausdauertrainingsgeräten bis hin zu wenig verletzungsanfälligen Gruppen- /Mannschaftsspielen, Schwimmen, Gymnastik, Lauftraining und Nordic-Walking.

8.7 Kunst- und Gestaltungstherapie

Die Gestaltungstherapie ist losgelöst von äußeren Verpflichtungen. Die eigene Kreativität dient primär nicht anderen, sondern dem Erlangen eigener innerer Befriedigung. In der Auseinandersetzung mit dem Material entwickeln die Patienten kreative Fähigkeiten und setzen sich intensiv mit sich selbst auseinander. In Abgrenzung zum Glücksspiel bleibt dieses aktive Gestalten näher an der Wirklichkeit orientiert. Die angebotenen Medien schaffen keine Phantasiewelten, sondern schließen immer ein wirkliches Eingehen auf das Material, Formen, Gestalten und Überlegen ein. Somit ist jede dieser Beschäftigungen konstruktiv und lässt wenig Raum für passives Konsumieren.

Durch kreative Prozesse können auf der Handlungsebene neue Lösungswege gefunden werden. Dabei geht es nicht in erster Linie um Übung von Fertigkeiten, sondern um Bewältigung von Emotionen. Im Gestaltungsprozess werden vielfältige Gefühle erlernbar, Stolz und Freude über die eigene Leistung ebenso wie Versagensängste, Neid und Eifersucht. Die Patientinnen und Patienten können lernen, aggressive Impulse wahrzunehmen und zu steuern, Misserfolge zu akzeptieren und zu analysieren und Anerkennung anzunehmen.

8.8 Arbeitstherapie

Um einen langfristigen Rehabilitationserfolg zu erzielen, ist eine differenzierte Erhebung der arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen bei der ärztlichen Aufnahmesituation zu erfassen und weiterführende Förderungen zur Teilhabe am Arbeitsleben frühzeitig einzuleiten. Dabei wird nach Patientin/en mit und ohne Arbeit unterschieden. Bei den Erstgenannten geht es im Rahmen der Behandlung um den Erhalt des Arbeitsplatzes und die konkrete berufliche Wiedereingliederung. In der zweiten Gruppe geht es um die Entwicklung einer allgemeinen erwerbsbezogenen Perspektive sowie das Training der entsprechenden Kompetenzen. Weiter wird geprüft, ob besondere erwerbsbezogene Problemlagen vorhanden sind.

Oberstes Ziel ist die Teilhabe am Arbeitsleben. In der Arbeitstherapie soll eine Basismotivation erarbeitet werden, damit die Patienten genügend emotionale und soziale Standfestigkeit gewinnen, um dem alltäglichen Berufsleben gewachsen zu sein.

Ziel ist eine Förderung in den Bereichen die durch die Suchterkrankung geschädigt wurden:

Physisch:

- Steigerung von Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit

Psychisch:

- Aufbau von Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Verantwortungsübernahme

Sozial:

- Entwicklung von Kontakt-, Konflikt-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit

Ab der dritten Behandlungswoche nehmen die Patientinnen und Patienten nach den Maßgaben der ärztlichen Indikation vormittags am arbeitstherapeutischen Angebot teil.

Um den Patientinnen und Patienten entsprechend der ermittelten Behandlungsziele den adäquaten Therapieplatz anbieten zu können, wurden alle Arbeitstherapieplätze hinsichtlich ihrer Anforderungen und Möglichkeiten analysiert und Anforderungsprofile erstellt (Kriterien nach MELBA, Mini ICF, AVEM).

Je nach individuellem Behandlungsplan können die Patientinnen und Patienten die verschiedenen Arbeitstherapiebereiche gegebenenfalls aufeinander aufbauend nutzen.

Hierzu gehören:

Hausdienst, Küchendienst, Restaurantdienst

Gärtnerei

Holzwerkstatt

Praktika

Die BSK bietet nicht nur ein differenziertes praktisches Übungsfeld an, sondern ergänzt dieses durch folgende Angebote:

- Beratung durch die Rehaberater/innen der örtlichen Arbeitsagentur. Hier erhalten die Patientinnen und Patienten Informationen über Fördermöglichkeiten der beruflichen

Rehabilitation, über Zuständigkeiten und Voraussetzungen. Ziel ist es abzuklären, ob Umschulungs- oder Fortbildungsmaßnahmen eingeleitet werden sollen oder ob Wiedereingliederungshilfen notwendig werden. Ein individueller Eingliederungsvorschlag wird erarbeitet.

- Kontinuierliche Beratung durch die Reha-Berater/innen der Leistungsträger
- Bewerbungstraining als Kursangebot, Erstellung einer Bewerbungsmappe
- Anti-Mobbing-Gruppe / Selbstbehauptung und Motivation im Beruf
- Gruppe „Umgang mit Zeit“
- Gruppe „Arbeit und Sucht“
- Konflikttraining
- Mentales Kognitionstraining CogPak®
- Direkte Hilfestellung bei der Arbeitsplatzsuche
- Workshop Lebensbilanz

8.9 Psychoedukation

Viele Patientinnen und Patienten haben ein ambivalentes Verhältnis zum eigenen Körper, insbesondere in der Wahrnehmung seiner Funktionen. Gesundheitliche Risikofaktoren werden oft nicht gekannt oder ignoriert. Eine umfassende suchttherapeutische Rehabilitationsbehandlung sollte auf mangelnde Selbstfürsorge und gesundheitliches Risikoverhalten eingehen.

Obligatorisch bieten wir für alle Patientinnen und Patienten 1x wöchentlich über die Hintergründe ihrer Suchterkrankung stattfindende Vorträge an. Die Teilnahme ist verpflichtend.

Dieses psychoedukative Therapieelement soll den Patienten die Möglichkeit bieten, die Entstehung und den Verlauf des eigenen Krankheitsbildes besser nachvollziehen zu können. Dabei ist es unser Bestreben, die Patienten ganzheitlich aufzuklären und sie somit zu Experten der eigenen Erkrankung zu machen. Die Themen beziehen sich daher sowohl auf die Behandlung und deren Wirksamkeit, wie auch die Entstehung, sowohl neuronal, wie auch bio-psychosozial. Auch das soziale Umfeld der Patienten, ihre Rolle in der Herkunftsfamilie sowie die Beziehung zu den eigenen Kindern werden in diesem Kontext thematisiert. Zu den regelmäßig stattfindenden Vorträgen gehören:

- Rauchfrei ich?! - Informationen über Nikotinabhängigkeit
- Drogenkonsum und Hepatitisinfektion
- Kinder von Abhängigkeitserkrankten
- Fahrerlaubnis und Sucht
- Geben Sie Ihrer Paarbeziehung eine Chance
- Starke Kinder – starke Eltern
- Ich bin okay – du bist okay
- Pathologisches Glücksspiel
- Wodurch wirkt die Suchtrehabilitation?
- Persönlichkeitsstile

- Sexualität und Sucht
- Verflixtes Gehirn
- Biographische Schemata
- Alkohol und Schwangerschaft

9. Weiterführende Behandlungen

Die Bernhard –Salzmann-Klinik ist maßgeblich und richtungsweisend personell in den führenden Fachverbänden im Bereich der Spielerbehandlung vertreten. Es besteht ein ausgebautes Netzwerk vor Ort, bundesweit mit Fachberatungsstellen, Tageskliniken und ambulanten Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen.

Wir beantragen grundsätzlich, sofern nicht ausdrücklich vom Patienten abgelehnt, eine ambulante Weiterbehandlung. Diese ist für den Patienten unbedingt notwendig, um die in der Therapie gelernten Strategien in den Alltag zu transferieren und somit die Abstinenzstabilität zu festigen.

Neben der amb. Nachsorge/Rehabilitation empfehlen wir unseren Patienten eine weiterführende, ambulante Psychotherapie sofern angezeigt. Eine Weitervermittlung in eine anschließende Tagesklinik ist auch möglich. Der Bezugstherapeut klärt dabei frühzeitig mit dem Patienten, welches Angebot indiziert ist und stellt den Antrag zeitnah, so dass ein nahtloser Übergang gewährleistet ist.

10. Literatur

- Bachmann, M. (1989) Spielsucht: Krankheitsmodell, Therapiekonzept und stationäre Behandlungsergebnisse. Suchtgefahren, 35,56-64.
- Bachmann M (2000) Therapie der Spielsucht. In: Poppelreuter S, Gross W (Hrsg) Nicht nur Drogen machen süchtig. Beltz, Weinheim, S 17-41
- Bachmann, M. (2004, a) Kinder von Spielsüchtigen Abhängigkeiten, 1/04, 50-62.
- Bachmann, M; El-Akhras, A. (2010) Glückspielfrei – Ein Therapiemanual bei Spielsucht
- Bischoff, A. (1992) Therapiekonzept für die Organisationseinheit Arbeitstherapie, unveröffentl. Manuskript Bernhard-Salzmann-Klinik, Gütersloh.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (2016) Katamnese Erhebung zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel./ Abschlussbericht
- Böning J, Grüsser-Sinopoli SM (2008) Wie kann Suchtverhalten entstehen? In: Gebhardt I, Grüsser-Sinopoli SM (Hrsg) Glücksspiel in Deutschland. De Gruyter, Berlin, S 575-595
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen- Jahrbuch Sucht 2018, Pabst Science Publishers, Lengerich
- Dilling, H. Momour, W. Schmidt, M.H. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) Klinischdiagnostische Leitlinien. Bern, Hans Huber.
- Dostojewski, F. (1866/1981) Der Spieler. Deutscher Taschenbuchverlag.
- Früsser-Sinopoli, SM, Albrecht U (2008) Glücksspielsucht: diagnostische und klinische Aspekte. In, Gebhardt I, Grüsser-Sinopoli SM (Hrsg) Glücksspiel in Deutschland. DeGruyter, Berlin, S538-560
- Haerlin, C. (1982) Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. In R. Bastine, P. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.) Grundbegriffe der Psychotherapie (S.32-34). Weinheim: Edition Psychologie.
- Lesieur, HR & Blume, SB (1996) Wenn die Glücksgöttin verliert: Frauen und „zwanghaftes Glücksspiel“, Sucht 42, 410-419.
- Marlatt GA (1979) A cognitive-behavioral model of the relapse process. In: Krasnegor N (ed) Behavioral analysis and treatment of substant abuse. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 25. Government Printing Office, Washington, DC pp 191.200
- Marlatt GA (1985) Relapse prevention: theoretical rational and overview of the model. In: Marlatt GA, Gordon JR (eds) Relapse prevention: Maintance strategies in the treatment of addictive behaviours. Guildford, New York, pp 3-70
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2005) Spielsucht – Ursachen und Therapie, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag.
- Meyer,G. & Bachmann, M. (2018) Spielsucht – Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten, Springer-Verlag
- Petry J (1996)Psychotherapie der Spielsucht. Beltz, Weinheim
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Hogrefe.
- Schuller, Alexander, (1997) Der Automaten Mann

Schwarz J, Lindner A (1990) Die stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler. Suchtgefahren, 36: 402-415

Weber, A. (1984) Laufen als Behandlungsmethode - eine experimentelle Untersuchung an Abhängigkeitskranken in der Klinik. Suchtgefahren, 30, 160-167.

11. Anlage

Therapievereinbarung

für Patienten mit den Diagnosen „Pathologisches Glücksspiel“
und/oder „Medienabhängigkeit“

Verzichtserklärung

Gemäß der therapeutischen Zielsetzung erkläre ich mich bereit, auf alle medialen und digitalen Zugänge zum Glücksspiel und Internetspiele während der Behandlung zu verzichten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, mein internetfähiges Smart-Phone in den ersten 14 Tagen der Behandlung abzugeben und eine weitere Nutzung im Therapieprozess mit meinem Bezugstherapeuten zu verabreden.

Gütersloh,

12. Anlage

Wochenplan

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
06:30		Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse		
07:00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
08:00	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie		Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Frühstück	Frühstück
08:00	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	ab 07:30 Uhr	ab 8:30 Uhr
08:00	Arbeitstherapie-Seminar	Arbeitstherapie-Seminar		Arbeitstherapie-Seminar	Arbeitstherapie-Seminar		Freizeitsport
08:00	Indikationsgruppen	Indikationsgruppen	Indikationsgruppen	Indikationsgruppen	Indikationsgruppen		
		Team: 10.30 - 12.00 h.	Einzelgespräche				09:00 - 11:30 h.
	Einzelgespräche		Gesundheitsvorträge 11:00 - 12:00 h.	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Besuchszeit 11:30 - 18:30 Uhr	Besuchszeit 11:30 - 18:30 Uhr
12:00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
12:30		Bücherei		Freizeitsport 12.30 - 13.30 h			
13:00		Freizeitsport 12.30 - 13.30 h			Großgruppe 13:00 - 14:00 h.	Stadtausgang für alle ausgangsberechtigten Patienten 11:30 - 18:30 h.	Stadtausgang für alle ausgangsberechtigten Patienten 11:30 - 18:30 h.
14:00	Basisgruppe	Basisgruppe	Basisgruppe	Gestaltungstherapie	Sport		
	14:00 - 15:30 h.	14:00 - 15:30 h.	14:00 - 15:30 h.	14:00 - 15:30 h.	14:00 - 15:30 h.	freies Werken Gestaltungstherapie 12:30 - 17:00 h.	
16:00	soziale Aktivitäten	Selbsthilfegruppen Spielen Alkohol Drogen	Sport	Wochenrückblick	Station- u. Zimmerreinigung 16.00-17.00 Uhr	Gestaltungstherapie für für alle neu aufgenommenen Patienten am 2. Samstag 14:00 - 17:00 h.	
	16:00 - 17:30 h.	16:00 - 17:30 h.	16:00 - 17:30 h.	16:00 - 17:30 h.			
18:15	Sauna 18:15 h.						
	Sport mit Anmeldung 18:15 - 19:15 h.		Sport mit Anmeldung 18:15 - 19:15 h.				
18:30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
19:00			SHG 1 x monatlich				