

Bernhard-  
Salzmann-  
Klinik

## Konzept zur Behandlung von internetsüchtigen und medienabhängigen Patientinnen und Patienten



**Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh**  
**LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen**  
**Buxelstraße 50**  
**33334 Gütersloh**

**Institutionskennzeichen: 570570088**

**[www.bernhard-salzmann-klinik.de](http://www.bernhard-salzmann-klinik.de)**



**Träger: Landschaftsverband Westfalen-Lippe**

**Aufnahmebüro:** Senta Sagemüller  
M.A. Erziehungswissenschaftlerin  
Tel. 05241 502 2577  
[Aufnahme.BSK@lwl.org](mailto:Aufnahme.BSK@lwl.org)

**Chefarzt:** Dr. med. Ulrich Kemper  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Tel. 05241 502 2550  
[Ulrich.Kemper@lwl.org](mailto:Ulrich.Kemper@lwl.org)

**Leitende Therapeutin:** Ulrike Dickenhorst  
Dipl.-Sozialpädagogin, K.-J.-Psychotherapeutin  
Tel. 05241 502 2560  
[Ulrike.Dickenhorst@lwl.org](mailto:Ulrike.Dickenhorst@lwl.org)

**Dipl.-Sozialarbeiterin:** Jared Omundo  
Sozial- u. Suchttherap.  
Tel. 05241 502 2563  
[Jared.omundo@lwl.org](mailto:Jared.omundo@lwl.org)

**M. Sc. Psychologe:** Dennis Müller  
Tel. 05241 502 2525  
[Dennis.mueller@lwl.org](mailto:Dennis.mueller@lwl.org)

**Oberarzt:** Dr. Frank Jürgens  
Tel. 05241 502 2566

Frank.juergens@lwl.org

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Einführung</b> .....	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Diagnostik</b> .....	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Behandlungsmotivation</b> .....	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>Abstinenzbegriff</b> .....	<b>6</b>
<b>5.</b>	<b>Behandlung</b> .....	<b>7</b>
<b>6.</b>	<b>Entwicklung der Medienkompetenz</b> .....	<b>8</b>
<b>7.</b>	<b>Rückfallprävention</b> .....	<b>9</b>
<b>8.</b>	<b>Sport</b> .....	<b>9</b>
	<i>Muskelentspannung nach Jacobsen</i> .....	<i>11</i>
<b>9.</b>	<b>Arbeitstherapie</b> .....	<b>11</b>
<b>11.</b>	<b>Gestaltungstherapie</b> .....	<b>13</b>
<b>12.</b>	<b>Indikationsgruppen</b> .....	<b>15</b>
	<i>Gesundheitsvorträge</i> .....	<i>15</i>
<b>13.</b>	<b>Selbsthilfe/Nachsorge</b> .....	<b>17</b>
<b>14.</b>	<b>Wochenplan</b> .....	<b>18</b>
<b>15.</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>19</b>

## 1. Einführung

In der Bernhard-Salzmann-Klinik sind alle Patientinnen und Patienten mit Verhaltenssüchten in einer Wohngruppe untergebracht.

Das hier vorliegende Konzept ist ein Teil des Gesamtkonzeptes. Der gesamte Therapierahmen ist in dem Konzept für Verhaltenssucht / Pathologischem Glücksspiel beschrieben.

Zuweisende sind Suchtberatungsstellen, niedergelassene Ärzte, qualifizierte Entzugsstationen und ähnliche Institutionen.

In der stationären Suchtrehabilitation wird verstärkt das Phänomen der pathologischen PC/Internetnutzung und Medienabhängigkeit wahrgenommen.

Um die tatsächliche Häufigkeit der Symptomatik bei Patientinnen und Patienten in der Bernhard-Salzmann-Klinik zu erfassen, untersuchen wir seit September 2009 alle neue aufgenommenen Patientinnen und Patienten u. a. mit der OSVe-S (Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen, Wölfling, K., Müller, K. W. und Beutel, M. E., 2008).

Eine systematische Untersuchung dieser Fragestellung ist insofern von Bedeutung, da Patienten mit einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung (F10.x) oder pathologische Glücksspieler (F63.0) und einem pathologischen PC/Internetkonsum oder Medienabhängigkeit ergänzende Behandlungsprogramme benötigen.

Das Ergebnis einer mit 1826 Patienten durchgeführten Untersuchung (2011, unter Beteiligung von 15 Suchtkliniken, dem Bundesverband für stationäre Suchthilfe e. V. und der Uniklinik Mainz) zeigte, dass bei 4,1 % der untersuchten Patienten die Kriterien einer pathologischen Internetnutzung/Abhängigkeit erfüllt waren. Weitere 8,9 % konnten als riskante Nutzer klassifiziert werden.

Die betroffene Patientengruppe bestand aus 97,3 % männlicher Befragter, diese waren zu 45,3 % ledig. Mit einem Durchschnittsalter von 28,7 Jahren gehörten sie zur jüngeren Patientengruppe. Zur weiteren klinischen Charakterisierung wurden weitere testdiagnostische Instrumente eingesetzt. Dazu gehörten die SCL-90-R, der NEO-FFI, der BDI-II, dem Brief COPE MED, dem PHQ-D, der Perceived Stress Scale und der Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Im Ergebnis ist festzustellen, dass im Vergleich zur Normalbevölkerung ein deutlich erhöhter pathologischer PC/Internetgebrauch festzustellen ist. Gleichzeitig weist diese Gruppe eine deutlich höhere depressive Symptomatik auf und zeigt auch in ihrer Persönlichkeitsausprägung einen erhöhten Neurotizismus sowie Introversion und verminderte Gewissenhaftigkeit. Des Weiteren war eine erhöhte Prävalenz bei pathologischen Glücksspielern und Cannabiskonsumenten festzustellen. Gerade männliche Patienten mit jüngerem Lebensalter scheinen hier gefährdeter zu sein.

Vor diesem Hintergrund werden die betroffenen Patientinnen und Patienten, die mit dem OSVe-S positiv in der Bernhard-Salzmann-Klinik getestet werden und Patientinnen und Patienten die bereits mit einer Medienabhängigkeit in unsere Klinik vermittelt werden, mit dem im Folgenden beschriebenen Behandlungsansatz in der Bernhard-Salzmann-Klinik behandelt.



## **2. Diagnostik**

Weitergehende psychologische Testverfahren werden durchgeführt, dies sind u. a. ein Leistungstest, der MALT, ein Persönlichkeitstest, das Beck-Depressionsinventar II, die SCL-90-R und bei Bedarf weitere Tests um das Vorliegen weiterer komorbider Störungen zu erfassen.

Wird die Diagnose einer pathologischen Internetnutzung oder Medienabhängigkeit bestätigt, wird dieser Befund mit in die Therapieplanung aufgenommen.

Die spezifische anamnestische Befunderhebung einer exzessiven PC/Internetnutzung oder Medienabhängigkeit soll folgende Themen beinhalten:

- Wie die bisherigen Selbstkontrollversuche aussahen,
- die eigene Ursachenerklärung erfragen,
- die Funktionalität des PC-Konsums erfassen,
- welche PC-Angebote bevorzugt benutzt wurden,
- wann lebensgeschichtlich der Beginn der Nutzung war
- in welchen Phasen sich der Konsum gesteigert hatte,
- wie häufig, mit welcher Intensität und welcher Wirkung gespielt wurde.

## **3. Behandlungsmotivation**

Die Entwicklung einer Krankheitseinsicht und der Motivation zur Behandlung stellt eine besondere Herausforderung dar. Pathologische PC/Internetnutzer zeichnen sich in der Regel eher durch eine geringere Veränderungsmotivation und ein geringes Problembewusstsein aus, so dass die Entwicklung dieser Eigenschaften einer besonderen Beachtung bedarf. Der Zeitpunkt für den Einsatz von klärungsorientierten Interventionen und der Übergang zu handlungsorientierten Interventionen können ausschlaggebend für den Erfolg der Behandlung sein. Es scheint daher angezeigt, weitere spezifische Methoden zur Förderung der Therapiemotivation zu entwickeln und die Änderungsbereitschaft im Behandlungsverlauf regelmäßig zu überprüfen. Die Anwendung bekannter Methoden wie der motivierenden Gesprächsführung (Miller, W. R und Rollinck, S. 2004) bietet hierfür eine gute Basis.

Zur Prüfung der Behandlungsmotivation, bei Zweifel an der Rehafähigkeit oder zur Prüfung, ob das Reha-Setting für die Patientin/den Patienten erfolgsversprechend ist, kann es erforderlich sein, dass ein Vorstellungsgespräch von Nöten ist.

## **4. Abstinenzbegriff**

Bei der stoffgebundenen Abhängigkeit sind sich verlängernde Phasen der Abstinenz mit dem Übergang zur völligen Abstinenz Ziel der Behandlung.

Die völlige Abstinenz bei pathologischem Internetgebrauch und Medienabhängigkeit kann in der Regel nicht das Ziel der Behandlung sein. Vielmehr erscheint der Aufbau eines integrativen (nicht schädlichen) Medienkonsums als Behandlungsziel erstrebenswert. Im Rahmen der Behandlung soll die/der Betroffene lernen, Medien zweckgebunden und in einem festen Zeitrahmen zu nutzen sowie seinen Medienkonsum selbstständig zu kontrollieren.

Hierzu gehört auch die Fähigkeit, das Rückfallrisiko im Umgang mit den süchtigen Medieninhalten einschätzen zu können, die partielle Abstinenz ist das Ziel. Die pathologische PC/Internetnutzung kann sich auf sehr unterschiedliche Nutzungsmöglichkeiten und Inhalte beziehen. Geschult wird die erhöhte Sensibilität für den schädlichen Konsum und das Erkennen der bekannten Auslöser für das pathologische Verhalten.

## 5. Behandlung

Der therapeutische Kontakt zum Bezugstherapeuten dient vorerst zur Probleminventarisierung, dem Beziehungsaufbau und der Zielorientierung. Bzgl. einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung spielt die Nähe- und Distanzerprobung eine große Rolle. Der Patient reflektiert die eigenen Beziehungserfahrungen, dysfunktionale Strukturen können wahrgenommen und verändert werden.

Die Ressourcenanalyse von Resilienzfaktoren stellt einen zentralen Arbeitsschwerpunkt dar, um bereits vorhandene Fähigkeiten zur Konsumreduktion und Abstinenz zu aktivieren. Besonders die sensible Begleitung zur Loslösung aus der virtuellen Welt, fordert Empathie für die bisherigen Erfahrungen bzgl. der Projektionen-, Imaginations- und Identifikationsfaktoren, z. B. bzgl. der entwickelten virtuellen (Internet)Identität (Avatar). Die Therapeutin/der Therapeut haben Sachkenntnis über die von den Patientinnen und Patienten genutzten virtuellen Welten.

Die Behandlungsstrukturen für pathologische PC/Internetnutzer und Medienabhängigkeit müssten nicht prinzipiell neu entwickelt werden.

Das Modell der Rückfallprävention (Marlatt 2008) wird für die Patientengruppe adaptiert. Die vielfältigen Möglichkeiten und Erfahrungen der stationären Suchtrehabilitation können auch von pathologischen PC/Internetnutzer und Medienabhängige genutzt werden.

Wie in der Empfehlungsvereinbarung Sucht für pathologische Glücksspieler verankert ist, sollten die Betroffenen dieser Verhaltenssucht möglichst in einer Gruppe behandelt werden, in der sie nicht in der Minderheit sind. Falls im Ausnahmefall eine Patientin/ein Patient in einer anders ausgerichteten Basisgruppe aufgenommen wurde, nimmt er/sie an der spezifischen Indikationsgruppe teil.

Aufgrund der hohen Prävalenz komorbider Erkrankungen ist eine parallele Behandlung der verschiedenen Störungen (Depression, Ängste usw.) indiziert.

In der therapeutischen Basisgruppe ist eine vertrauensvolle Gruppenarbeit und ein vertrauensvolles Gruppenleben möglich, die Entwicklung einer Gruppenkohäsion (Yalom 2005) kann zur Selbstexploration einladen. Sowohl Selbstfürsorge als auch Gefühle der

Geborgenheit können aufgebaut werden und tragen zur Nachreifung der Beziehungserfahrungen und Persönlichkeitsentwicklung bei.

Die Empathie, Konflikt- und Kontaktfähigkeit kann gestärkt, das Risiko- und Selbstschutzverhalten erprobt, Mut zur Entscheidung gefördert und die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse entwickelt werden.

Die Teilnahme an einer Euthymtherapie kann ebenso verordnet werden, wie die Teilnahme am therapeutischen Bogenschießen.

Die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung ist therapieunterstützend und wird dringend empfohlen. Familien- und Paargespräche, Angehörigen- und Paarseminare sowie Kinder-Eltern-Seminare dienen sowohl der Beziehungsklärung, wie der Entwicklung kommunikativer Kompetenzen und Perspektiven.

Erlebnispädagogische Ansätze, wie z. B. mit der Gruppe eine Gruppensportart auszuüben oder das Kochtraining, therapeutisches Bogenschießen, Genusstraining zu besuchen unterstützt die Entwicklung einer alternativen Freizeitgestaltung, die Auseinandersetzungen mit der Geschlechtsidentifikation und spezifischen Rollenbildern.

Die Aufgabe der geschaffenen virtuellen Identität (Avatar) ist oft mit einem intensiven Trauerprozess verbunden, der eine sensible Begleitung benötigt.

Gegebenenfalls kann eine medikamentengestützte Behandlung bei starker depressiver Reaktion notwendig werden, bis eine ausreichende Stabilität erreicht ist.

Kunst- und/oder Gestaltungstherapie zur Förderung des nonverbalen Erlebens und Entspannungsverfahren sind integraler Bestandteil der Behandlung.

Da die Teilhabefähigkeiten der Patienten oft stark eingeschränkt sind, ist arbeitstherapeutisches Training und ggf. eine arbeitstherapeutische Belastungserprobung sinnvoll. Eine stabilisierende Tagesstruktur ist dafür Voraussetzung. Orientiert an den beruflichen Fähigkeiten und realistischen Wünschen findet ein in 4 Modulen konzipiertes Bewerbertraining statt. Die Unterstützung bei der Stellen- oder Ausbildungssuche ist obligatorisch. Weiter Seminare im Rahmen der Arbeitstherapie sind möglich. In Kooperation mit Jobcentern oder Berufsbildungswerken kann nahtlos eine tagesstrukturierende Maßnahme eingeleitet sein.

## **6. Entwicklung der Medienkompetenz**

Nach der detailliert erhobenen Konsumanamnese wird mit dem Patienten das Therapieziel thematisiert, abstinente von seinem süchtigen Spiel/Medium zu leben. Idealerweise wird der entsprechende Zugang des favorisierten Spiels, z. B. für WOW, abgemeldet oder gelöscht. Nach einer PC-abstinente Zeit - der Patient unterschreibt eine Verzichtserklärung - wird in Stufen der kontrollierte Konsum bisher nicht schädlich genutzter Bereiche (Exposition mit festgeschriebener Zeitbegrenzung) erprobt. Dabei wird das Ampelmodell (Schuhler 2010) praktiziert.



Internetbereiche die für die Patientinnen und Patienten kontrolliert nutzbar sind, wie z. B. Internetbanking, DB Fahrkarten Buchungen, Jobrecherchen, Suche einer nachbehandelnden Beratungsstelle usw. sind der erste Schritt des kontrollierenden Konsums.

Ein PC-Nutzungsbereich der möglicherweise Suchtdruck auslösend sein könnte (z. B. Kontakte zu Online-Communities, Einkaufen, das Nutzen von Chatrooms usw.) sollte mit in die Verzichtserklärung aufgenommen werden.

Die Patientin/der Patient lernt **nicht** gefährdende Medieninhalte von Risikobereichen zu diskriminieren. In einer Expositionsübung werden Nutzungsdauer, Inhalt, Ziel, emotionale, physische Reaktionen, Belohnung und Bewertungen geplant, erprobt und ausgewertete. Die unmittelbare Handlungserfahrung sollte die Patientin/der Patient in der Behandlung erprobt haben, besonders um die eigene zeitliche Begrenzung zu üben.

Ressourcen aus der virtuellen Welt werden identifiziert und ein Transfer in die reale Welt ermöglicht.

Auch die Arbeitssituation wird genau betrachtet. Wie viel arbeitet der Patient am PC? Steht ihm das Internet am Arbeitsplatz immer zur Verfügung? Sollte von dieser Möglichkeit ein Rückfallrisiko ausgehen, ist der Zugang zu sperren. Gibt es Spiele auf seinem/ihrer Rechner, die regelmäßig gespielt werden, welche anderen Risiken bestehen? Entscheidend sind hier alternative Verhaltenserprobungen.

## 7. Rückfallprävention

Während der Behandlung wird nach dem dynamischen Rückfallmodell nach Marlatt (2005) gearbeitet. Hochrisikosituationen erkennend, gearbeitet um alternative Coping-Strategien zu entwickeln. Diese werden handlungsorientiert während der stationären Rehabilitation erprobt. Es bietet sich das Erstellen einer Notfallkarte für risikoreiche Situationen an und die Vorbereitung eines nachsorgenden Unterstützungssystems. Die ambulante Suchthilfe stellt hier eine Schnittstelle zu den stationären Behandlungsangeboten da.

Bekannte Resilienzfaktoren, wie ein stabiler Selbstwert, eine positive Selbstwirksamkeitserwartung, eine robuste Stresstoleranz und eine emotionale Stabilität, sollten hier auch berücksichtigt werden. Nach Möglichkeit wird eine Unterstützung im sozialen System aufgebaut.

Strategien zur Rückfallprävention sollen sich auch darauf konzentrieren, Betroffene für ihre Mediennutzungsmuster zu sensibilisieren und das Risiko der alten „pathologischen“ Konsummuster realistisch einzuschätzen und somit zum Experten ihrer eigenen Mediensozialisation zu werden. Um das Rückfallrisiko weiter zu verringern, wird dem Betroffenen im Rahmen einer Behandlung die Nutzung von Stopp- und Kontrollprogrammen näher gebracht. Wie aus anderen Behandlungsprogrammen bekannt, könnten weitere Faktoren hilfreich sein, wie Belohnungsaufschub, Vermeidung riskanten Verhaltens.

## 8. Sport

Bei der Sport- und Bewegungstherapie handelt es sich um primär körperorientierte Therapieformen, die durch die verbale Begleitung wie Feedback (Auswertung der Selbst- und Fremdeinschätzung) zur vollen Wirkung gelangen.

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.

Über die sporttherapeutischen Inhalte wird Einfluss auf das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden genommen. 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. Insbesondere die Mannschaftsspiele, wie z. B. Volleyball, **regen zu heftigen Diskussionen in den Gesprächsgruppen an**. Dabei wird immer wieder deutlich, dass es einigen Spielerinnen und Spielern extrem schwerfällt, sich **in ein Mannschaftsspiel zu integrieren, zu verlieren und tolerant gegenüber schwächeren Spielerinnen und Spielern zu sein**. Eigene Fehler akzeptieren sie zu Therapiebeginn ebenso wenig, wie die von anderen und **kämpfen teilweise mit einer Verbissenheit, die sie nach einigem Nachdenken an ihr Verhalten während des Glücksspiels erinnert**. Im Gegensatz zum pathologischen Glücksspiel ist die Spieldauer jedoch zeitlich begrenzt, es treten **keine schädlichen psychischen und sozialen Folgen** auf, da dieses Verhalten verbal zu reflektieren ist.

Die Spielerin/der Spieler wird dadurch in die Lage versetzt, seine Selbsterfahrung zu vertiefen, neue Formen der Selbstkontrolle zu entwickeln und veränderte Einsichten und Bewertungen direkt in korrigiertes Handeln umzusetzen. Der Patient kommt zu realistischeren Einstellungen, erkennt, dass Verlieren zum Spiel gehört, übersteigerte perfektionistische Ansprüche schädlich sind und abzuwägen ist, wie viel Energie man in eine Sache investiert. **Den physiologischen Gegebenheiten des Belohnungssystems entsprechend, ist durchaus angeraten /Albrecht 2006, nach Meyer & Bachmann, 2011) sportlichen Wettkampf zu unterstützen**, der sich jedoch nicht extrem, sondern eingebettet in ein vielfältiges und differenziertes, vor allem auch sozial ausgerichtetes, Gesamtkonzept zu gestalten ist.

Im Freizeitbereich stehen der Fitnessraum und das Schwimmbad zu ausgewiesenen Zeiten zur Verfügung.

### Muskelentspannung nach Jacobsen

Viele unserer Patientinnen und Patienten haben ihr Suchtmittel zum Spannungsabbau eingesetzt. Die Kompetenzentwicklung, sich aus sich selbst heraus entspannen zu können, ist somit eine abstinenzstabilisierende Notwendigkeit.

Obligatorisch bieten wird für alle neu aufgenommenen Patientinnen und Patienten ab der zweiten Behandlungswoche ein Einführungsgespräch über die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen an. Das Verfahren selbst wird von unserem Diplom- Motologen durchgeführt. Ziel des Entspannungsverfahren ist es, dass es den Patientinnen und Patienten gelingt, auf der kognitiven, der psychischen und der physischen Ebene für ihre Entspannung zu sorgen, um Selbstsicherheit, Abstinenzfähigkeit und Belastbarkeit zu erhöhen.

## **9. Arbeitstherapie**

Zur **Arbeitstherapie** führt Zemlin (2008) aus, dass diese Therapieform bei Erkrankungen besonders angezeigt ist, die mehr als einige Wochen fortauern und bei denen der Patient aus seinem normalen Lebensrhythmus von Arbeit und häuslichen Pflichten herausgerissen ist.

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

Diese Therapieform findet montags, dienstags, donnerstags und freitags von 8.00 Uhr bis 9.30 Uhr und von 10.00 Uhr bis 11.30 Uhr statt.

Der handlungsorientierte Ansatz der Arbeitstherapie zielt über das allgemeine Rehabilitationsziel

### **– wesentliche Besserung bzw. Teilhabe am Arbeitsleben –**

hinaus auf die konkrete berufliche Eingliederung der Patientinnen und/oder auch die Vorbereitung auf eine nicht abzuwendenden Arbeitslosigkeit.

Hierzu bietet die Arbeitstherapie der Bernhard-Salzmann-Klinik 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**
- **PC – Kurs**

- **Bewerbungstraining als Kursangebot, Erstellung einer Bewerbungsmappe**
- **Anti-Mobbing-Gruppe / Selbstbehauptung und Motivation im Beruf**
- **Gruppe „Umgang mit Zeit“**
- **Konflikttraining**
- **Mentales Kognitionstraining CogPak®**
- **Direkte Hilfestellung bei der Arbeitsplatzsuche**

In der Arbeitstherapie soll eine Basismotivation erarbeitet werden, damit die Patientinnen und Patienten genügend emotionale und soziale Standfestigkeit gewinnen, um im alltäglichen Berufsleben existieren zu können.

Ziel ist eine Förderung in den Bereichen der menschlichen Existenz, 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

Die **Indikationsstellung** in der Arbeitstherapie erfolgt auf einer gesicherten diagnostischen Grundlage und berücksichtigt die individuellen Therapieziele der Patientinnen und Patienten:

- In der ärztlichen **Arbeitstherapieverordnung** werden mögliche körperliche Einschränkungen festgehalten (stehend / sitzend, leichter / mittlerer / starker körperlicher Einsatz) und erste Zielkriterien für die Behandlung festgelegt.
- Die Arbeitstherapeutinnen und -therapeuten erstellen eine ausführliche **Arbeits- und Berufsanamnese** sowie einen **arbeitstherapeutischen Erstbefund** der an das gesamte Behandlungsteam übermittelt wird.
- In der **AT - Infogruppe** erhalten die Patientinnen und Patienten einerseits Informationen über Sinn, Ziele, Inhalte und Möglichkeiten der Arbeitstherapie und lernen die Angebote sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und einzelnen Teilbereiche kennen.
- In der **AT - Zielexploration** werden im persönlichen Interview individuelle Therapieziele, vornehmlich in ihrer arbeits- und berufsrelevanten Bedeutung herausgestellt, um sie in den weiteren arbeitstherapeutischen Behandlungsverlauf

einzubetten. Hierbei wird u. a. auch auf Ergebnisse der vorangegangenen zweiwöchigen Gestaltungstherapie zurückgegriffen.

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).

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

Zusammengefasst wollen wir die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der **Arbeitstherapie** unterstützen bei Anliegen wie:

- Feststellung des Kenntnis- und Leistungspotentials
- Training von Basisqualifikationen und Arbeitsverhalten
- Arbeitserprobung in einer kontinuierlichen Tätigkeit, in mehreren voneinander verschiedenen oder aufeinander aufbauenden Tätigkeiten
- Erhöhung der Chancen, einen angemessenen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu erlangen
- Das Scheitern, bzw. die angedrohte oder bereits erfolgte Diskriminierung im Beruf verhindern oder umkehren
- Starthilfen ermitteln, wenn aufgrund längerfristiger Krankheitsverläufe im psychischen und / oder physischen Bereich die Belastung einer Berufsausbildung oder beruflichen Tätigkeit nicht oder noch nicht wieder erlangt wurde
- Vorbereitung der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme oder Umschulung, wenn wegen der besonderen Lebensumstände eine solche Hilfestellung erforderlich wird
- Vermittlung positiver Erfahrungen im geordneten Gemeinschaftsleben, im Umgang mit Vorstellungen und Ansprüchen anderer, in offenen Auseinandersetzungen in Gruppen
- Stabilisierung des Selbstvertrauens und der Zukunftsperspektive durch eigene, sichtbare Erfolgserlebnisse
- Arbeitsvoraussetzungen schaffen, wie Ausdauer und Geduld, Auffassungsvermögen, Belastbarkeit, konzentrierte Mitarbeit u. a. m.
- Vermittlung von Arbeitstugenden, wie Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Selbst- und Fremdkritik im Verhalten gegenüber Kunden, Kollegen und Vorgesetzten, Teamfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein und Aufgeschlossenheit gegenüber Neuem
- Sozio-emotionale Stützung, insbesondere wenn wiederholt Misserfolge bei der Stellensuche auftreten
- Bewerbertraining (Information, Rollenspiele ...) Wenn erforderlich, Entwicklung von Alternativen zur einkommensabhängigen Erwerbstätigkeit

## 11. Gestaltungstherapie

Internetsucht hat zur Folge, dass andere Interessen in starkem Maß verloren gehen und andere Aktivitäten absorbiert werden (Interessenabsorption). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar,

dass Spieler Möglichkeiten des kreativen Gestaltens teilweise mit anfänglichem Unbehagen und Widerständen annehmen. Es zeigt sich, dass Spieler die Möglichkeit des **kreativen Gestaltens** zunächst oft mit erheblichem Unbehagen wahrnehmen. Projektarbeiten zielen außerdem auf den Aufbau von Kontakt- und intensiverem Kommunikationsverhalten hin.

Gestaltung 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. Manche / Mancher entdeckt hierbei brachliegende oder verschüttete Erlebnispotenzen und eigene künstlerische Ausdrucksmöglichkeiten.

## 12. Indikationsgruppen

Gesamtverzeichnis der Indikationsgruppen, die **je nach individueller Therapieplanung** für die Glücksspieler Anwendung finden.

- Muskelentspannung nach Jacobsen
- Gesundheitsvorträge
- Selbstbewusstsein stärken /Ängste überwinden (Selbstsuggestion)
- Nikotinentwöhnung
- Motivationstraining
- Konfliktmanagement
- Anti-Mobbing-Gruppe
- Zeitmanagement
- Genusstraining
- Therapeutisches Bogenschießen
- Physiotherapie – Rückenschule
- Depression und Sucht
- Angst und Sucht
- Paarseminar/Angehörigengruppen/Eltern-Kind-Seminar
- Sicherheit finden

### Gesundheitsvorträge

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 stattfindende Vorträge an. Die Teilnahme ist verpflichtend. Die Vorträge werden von Fachärztin und Fachärzten, aber auch von Sozialarbeitern/-pädagoginnen und Sporttherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt. Inhaltlich werden den Patientinnen und Patienten Informationen zu folgenden Themenbereichen vermittelt:

- Rauchfrei ich?! - Informationen über Nikotinabhängigkeit
- Drogenkonsum und Hepatitisinfektion
- Internistische, psychiatrische, hirnorganische Folgeerkrankungen der Sucht
- Kinder von Abhängigkeitserkrankten
- Gesundheitssport und seine psycho-physischen Auswirkungen
- 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?
- Tabakabhängigkeit
- Abhängigkeit und Sexualität (Vortrag nur für Männer)

### **13. Selbsthilfe/Nachsorge**

Bisher sind kaum Initiativen zur Organisationen von Selbsthilfegruppen für Internetsüchtige und Medienabhängige zu verzeichnen. Alle Ansätze zur Gründung von Selbsthilfegruppen wurden bisher aus mangelnder Beteiligung nach kurzer Zeit aufgegeben. Der Aufbau von Selbsthilfegruppen ist ein wichtiger Schritt für die langfristige Unterstützung von Betroffenen.

Noch ist die Zuordnung der Problematik „Internetsucht“ anhand der geltenden Klassifikationssysteme ICD 10 und DSM 5 offen. Damit ist die Sicherung der Übernahme von Behandlungskosten noch nicht geregelt. Im Sinne der Patientinnen und Patienten ist es wünschenswert, dass das in Deutschland bestehende Suchthilfesystem hier ein erweitertes Angebot für betroffene Patientinnen und Patienten anbietet. Viele Suchtberatungsstellen bieten sich derzeit schon an, Beratungsangebote für Angehörige und Betroffene vorzuhalten.

## 14. 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 Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen 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 14:00 - 15:30 h.	Basisgruppe 14:00 - 15:30 h.	Basisgruppe 14:00 - 15:30 h.	Gestaltungstherapie 14:00 - 15:30 h.	Sport 14:00 - 15:30 h.	freies Werken Gestaltungstherapie 12:30 - 17:00 h.	
16:00	soziale Aktivitäten 16:00 - 17:30 h.	Selbsthilfegruppen Spielen Alkohol Drogen 16:00 - 17:30 h.	Sport 16:00 - 17:30 h.	Wochenrückblick 16:00 - 17:30 h.	Station- u. Zimmerreinigung 16.00-17.00 Uhr	Gestaltungstherapie für für alle neu aufgenommenen Patienten am 2. Samstag 14:00 - 17:00 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				

## 15. Literatur

- Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G. A. Marlatt & D.M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (pp. 1-44). New York: Guilford.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung* (2. Aufl.). Freiburg: Lambertus. (amerikanisches Original erschienen 2002)
- Petry, J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhler, P. (2008). Pathologischer PC-Gebrauch: Krankheitsbild, diagnostische und therapeutische Hinweise. *Sucht aktuell*, 15 (2), 36-40.
- Schuhler, P.; Vogelgesang, M. (2010). *Pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung*. Göttingen: Hogrefe
- Yalom, I. D. (2005). *Im Hier und Jetzt: Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. München: btb.
- Wöfling, Jo, Bengesser, Bunttel, Müller (2013). *Computerspiel- und Internetsucht. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual*. Stuttgart: Kohlhammer.