

**- Bernhard-Salzmann-Klinik -
LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen
des LWL-Klinikums Gütersloh
Im Füchtei 150
33334 Gütersloh**

Telefon: 05241/502-0
/502-2551
Telefax: 05241/502-2601

Träger: Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Zertifiziert nach



DIN EN ISO 9001:2008

Konzept für die stationäre Behandlung pathologischen Glücksspiels

Anfragen sind zu richten an:

Christiane von Minckwitz
Aufnahmebüro
Tel.: 05241/502-2577
E-Mail: Bernhard-Salzmann-Klinik@wkp-lwl.org

Dr. phil. Meinolf Bachmann
Psychologischer Psychotherapeut
Tel. 05241/502-2563

Anita Obeloer
Diplom-Sozialarbeiterin
Tel. 05241/502-2598

Dr. med. Ulrich Kemper
Chefarzt
Tel. 05241/502-2551

Ulrike Dickenhorst
Therapeutische Leitung
Tel. 05241/502-2560

Stand: Dez. 2010

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Erscheinungsbild.....	3
3.	Voraussetzungen (Indikation) für eine stationäre Behandlung.....	4
4.	Therapeutische Rahmenbedingungen	7
5.	Therapievertrag.....	7
6.	Therapieangebot für Spieler.....	8
7.	Themen in der Spielertherapie	9
8.	Basis-Therapieprogramm.....	10
9.	Gruppenarbeit	10
10.	Einzeltherapie	11
11.	Familientherapie	12
12.	Rückfälligkeit.....	13
13.	Sport	14
14.	Arbeitstherapie.....	14
14.1	Zielsetzung und Indikationsstellung der Arbeitstherapie	15
15.	Gestaltungstherapie	17
15.1	Zielsetzung und Indikationsstellung der Gestaltungstherapie	17
15.2	Freizeitorientierte Ergotherapie	18
16.	Indikationsgruppen.....	18
16.1	Gesundheitsvorträge.....	18
16.2	Selbstbewusstsein stärken / Ängste überwinden	18
16.3	Gruppe für Frauen mit Gewalterfahrung	19
16.4	Raucherentwöhnung	19
17.	Zentraler Sozialdienst	19
18.	Ergebnisse aus bisherigen Untersuchungen.....	20
19.	Literatur.....	21
20.	Anlage 1	23
21.	Anlage 2.....	25
22.	Anlage 3.....	27
23.	Wochenplan	28

Vielleicht wurde meine Seele durch die vielen Empfindungen während des Glücksspiels nicht in stärkerem Maße befriedigt, sondern nur gereizt und verlangte nach immer stärkeren Empfindungen mehr und mehr, bis sie schließlich völlig erschöpft war (Fjodor Dostojewski, Der Spieler, 1867).

1. Einleitung

Dieses Zitat von Dostojewski beschreibt in anschaulicher Weise den Teufelskreis, in dem sich ein süchtiger Spieler befindet.

In der Bernhard-Salzman-Klinik sind seit 1985 ca. 1300 pathologische Glücksspieler behandelt worden. Das pathologische Glücksspielen wird in einigen westlichen Ländern bereits als das am schnellsten wachsende, aber am meisten ignorierte psychische Gesundheitsproblem betrachtet. Eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Suchtbehandlung des Glücksspielers ist es, dass sich neben der psychischen Gesundheit des pathologischen Glücksspielers das Familienleben wieder stabilisiert. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass auch die Kinder von Spielsüchtigen in vielfältiger Weise in ihrer emotionalen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt sind (vgl. Bachmann, 2004, a). Starke Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen und psychosomatische Probleme sind festzustellen. Praktische Schritte zum therapeutischen Vorgehen unter Einbeziehung der Kinder sind Teil einer modernen Therapie.

Jährlich sind es über 100, zum überwiegenden Teil männliche Glücksspieler, die in der Klinik behandelt werden, so dass sich im Durchschnitt ständig etwa 25 Spieler in Therapie befinden. Schon wenige Jahre nach dem Fall der Mauer kamen die ersten Spielabhängigen aus den neuen Bundesländern in unsere Klinik.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass der Anteil der Frauen unter den Betroffenen wesentlich größer ist, als dies die Therapienachfrage vermuten lässt. In den USA wird geschätzt, dass etwa ein Drittel der abhängigen Glücksspieler weiblich ist (auf die erwachsene Bevölkerung bezogen werden insgesamt 1,4 - 3,4 % Spielsüchtige vermutet). Erstaunlich ist, dass aber nur 2 - 7 % der Hilfesuchenden Frauen sind (vgl. Lesieur & Blume, 1996). Dies bedeutet eine **beträchtliche Unterversorgung** der Spielerinnen. Vermutet wird, dass es für Frauen einen größeren Makel darstellt, sich zu einer Spielproblematik zu bekennen. Spielerinnen sind zudem öfter ledig, getrennt oder geschieden, so dass weniger sozialer Druck ausgeübt wird, sich in eine Behandlung zu begeben. Dies bedeutet zudem, dass auch in der Therapie mit weniger sozialem Rückhalt zu rechnen ist. In unserer Klinik sind gerade deshalb Spielerinnen besonders willkommen, da wir spezielle Indikationsgruppen für Frauen anbieten.

2. Erscheinungsbild

Fallbeispiel: Der **am 28. 1. 1985 erste in der Bernhard-Salzman-Klinik aufgenommene Spieler** war ein 28-jähriger, verheirateter Polizeibeamter mit drei kleinen Kindern und über 100.000,- DM Schulden. Wegen einer kleineren finanziellen Unregelmäßigkeit war er vom Dienst suspendiert und ihm wurde dann, trotz vielfältiger Bemühungen, nach der Therapie gekündigt. Noch während der Therapie wurde die

Familie von Gläubigern bedrängt, gab es starke finanzielle Engpässe. Es ging so weit, dass das Geld für die notwendigen Lebensmittel fehlte.

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 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, ist oft ungeklärt häuslich 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 depressiven Verstimmungen, suizidalen Tendenzen und ist trotz der wachsenden Schwierigkeiten, wie z.B. Beschaffungskriminalität, nicht mehr dazu in der Lage, das 'unwiderstehliche Verlangen' zum Glücksspielen zu stoppen.

3. Voraussetzungen (Indikation) für eine stationäre Behandlung

Pathologisches Glücksspiel ist inzwischen als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt, eine Tatsache die zur Aufnahme dieses Krankheitsbildes in die gültigen Diagnoseschemata (s.u.) geführt hat:

Diagnose:

Mit Unterstützung der Fachleute vor Ort sollen die nachfolgend dargestellten Diagnosekriterien (DSM-IV) überprüft werden.

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 "hinterherjagen"),
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.

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

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.

Sind klare Symptome eines süchtigen Verhaltens (Kontrollverlust, Abstinenzunfähigkeit) festzustellen, sollte vorrangig geprüft werden, ob eine ambulante Behandlung ausreichend ist.

Haben SpielerInnen selbst oder mit Unterstützung eines Angehörigen, Kontakt zu einem Hausarzt, einer Suchtberatungsstelle, dem Gesundheitsamt oder einer anderen psycho-sozialen Einrichtung aufgenommen, sprechen folgende Kriterien für eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit einer stationären Einrichtung (vgl. Meyer & Bachmann, 2005):

1. der Umstand, dass dringend Hilfe benötigt wird, aber örtlich keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten gegeben sind,

2. dass alle ambulanten Versuche gescheitert sind, den Krankheitsverlauf zu stoppen,
3. dass ein „Schutzraum“ notwendig ist, um sich aus einem schwierigen sozialen Umfeld zu lösen,
4. dass starke psychische Schwierigkeiten, ausgeprägte neurotische Symptome wie Ängste, depressive Verstimmungen sowie starke soziale Notlagen, drohende Delinquenz, eine stationäre Behandlung erforderlich machen.

Der stationäre Aufenthalt ermöglicht durch eine zeitlich begrenzte freiwillige Fremdkontrolle, durch Ausgangsbeschränkungen, Geldmanagement, den Entzug des Suchtmittels, die Wiederverentwicklung der Kontrolle über sich selbst bzw. der Eigenverantwortlichkeit.

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. Erwünscht ist außerdem, dass bereits Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe aufgenommen werden, so dass schon die später erforderliche Nachsorge eingeleitet ist.

In den ambulanten Gesprächen, in die auch dieses Konzept einbezogen werden kann, ist die Motivation zu einer umfassenden Therapie zu fördern. Die PatientInnen 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. Die Elemente des Therapieprogramms, Psychotherapie, Sport, Kreatives Gestalten, werden unten weiter ausgeführt.

4. Therapeutische Rahmenbedingungen

Ein Leitgedanke bei der Erstellung dieser Regeln ist, dass die SpielerInnen in der Klinik lernen, **ohne das Medium Glücksspiel miteinander zu kommunizieren und Kontakte aufzunehmen**. Es wird erwartet, dass die PatientInnen 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.

1. Voraussetzung für die Spielertherapie: In der gesamten Klinik wird nicht um Geld gespielt.
1. Auf den Stationen, auf denen sich die SpielerInnen aufhalten, finden keine Gesellschaftsspiele statt.
2. Generell sind Spiele zu meiden, bei denen der Ausgang stark vom Zufall abhängig ist, bei denen Automaten bzw. Apparate zu betätigen sind und Geld für den Betrieb (z.B. Poolbillard, Dart, Flipperautomaten, Videospiele) einzusetzen ist.
3. Zusätzliche Einschränkungen, z. B. das Verbot des Schachspielens, können verabredet werden.
4. Alle SpielerInnen unterschreiben bei der Aufnahme folgende Vereinbarungen:

5. Therapievertrag

Ich erkläre mich hiermit dazu bereit, während der Therapiezeit zusätzlich zu der Abstinenz von Geld- und Automatenspielen auch auf Spiele mit Würfeln und Karten zu verzichten. Es hat sich gezeigt, dass Karten- und Würfelspiele auch ohne Einsatz ein hohes Rückfallrisiko in altes Glücksspielverhalten bedeuten.

Außerdem verzichte ich während der Behandlung, einschließlich Heimaturlaube, auf die Einnahme von Alkohol, nicht verordnete Medikamente und andere Drogen.

Ort

Datum

Unterschrift

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

Stadtausgang	nach ca. 4 Wochen
Nachturlaube in Gütersloh	nach ca. 4 Wochen
Heimaturlaube	nach ca. 6 Wochen
Kulturausgänge	nach ca. 6 Wochen

Besuche können am Wochenende und an Feiertagen nach ca. einer Woche Aufenthaltszeit empfangen werden.

6. Therapieangebot für SpielerInnen

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 beibehalten. Besonderer Wert wird in diesem Zusammenhang auf die Umsetzung und Verwirklichung guter Vorsätze schon in der Behandlung gelegt.

Neben dem grundlegenden Behandlungsangebot der Klinik (s.u.), gibt es eine Reihe von Maßnahmen, die speziell für die SpielerInnen eingerichtet wurden. Das Suchtverhalten des pathologischen Glücksspielers ist unmittelbar mit einem **problematischen Umgang** und einer **gestörten Beziehung zum Geld** verbunden.

Der **Wert des Geldes** reduziert sich auf „Spielgeld“ und alle Möglichkeiten, bis hin zur Beschaffungskriminalität, wurden ausgeschöpft, den ständig steigenden Bedarf zu decken. Die Schuldensituation zu Beginn der Therapie ist oft sehr unübersichtlich, und sie wurde häufig verdrängt. Diese Situation hatte mit zur Folge, dass der Spieler oder die Spielerin unter einem latenten psychischen Druck stand und ständig damit rechnen musste, von Gläubigern bedrängt zu werden. Vor diesen Konflikten wurde wiederum ins Glücksspielen geflüchtet, was den Teufelskreis perfekt machte. Um sich von diesen Anspannungen zu erleichtern und aufnahmefähig für eine umfassende Therapie zu sein, ist es unbedingt notwendig, sich völlige Klarheit über die finanzielle Situation zu verschaffen und konkrete Schuldenregulierungen zu vereinbaren.

Zum **Geldmanagement** gehören unter Einbeziehung von Fachleuten und **Schuldnerberatungsstellen** zunächst die beiden folgenden Maßnahmen:

1. genaue Auflistung aller Schulden
(s. Anlage 1: **Schuldenbilanz und Regulierung**).
2. Erstellung eines Haushaltsplans
(s. Anlage 2: **Monatshaushaltsplan**), in dem die monatlich zur Verfügung stehenden Einnahmen den zu tätigen Ausgaben, einschließlich der Schuldentrückzahlungen, gegenüber gestellt werden. Hierzu gehören die Planung des Taschengeldes und eine Entscheidung darüber, wie viel Geld etwa mitgeführt werden kann, ohne dass es zu einer Rückfallgefährdung kommt.

Nur wenn diese Maßnahmen nicht ausreichen, den Umgang mit dem Geld zu normalisieren, kann mit Hilfestellung und Überprüfung der Therapeuten die Regelung getroffen werden,

3. ein Tagebuch über die täglichen Geldausgaben zu führen
(s. Anhang 3: **Tagesausgabeprotokoll**),
4. die Verfügbarkeit des Geldes, das heißt den Kontozugang, soweit dies überhaupt möglich ist, zu kontrollieren.

Ein wichtiger Grundsatz in der Spielertherapie lautet, dass in hohem Maße die Eigenverantwortung gefördert wird und Kontrollen, auch diejenigen, die mit Familienmitgliedern vereinbart wurden, nur so lange durchgeführt werden, wie sie unbedingt erforderlich sind. In Teamgesprächen sind diese Maßnahmen deshalb immer wieder zu hinterfragen.

7. Themen in der Spielertherapie

Der Umgang mit Geld, jetzt und in der Zukunft.

Folgen und Begleiterscheinungen der Geldbeschaffung, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle in diesem Zusammenhang.

Weiterhin sind durch das Suchtverhalten abergläubische Ideen und Gedanken (irrationale Kognitionen) entstanden, die in Frage gestellt und zu verändern sind (kognitives Umstrukturieren). Es scheint besonders schwer zu sein, das Gefühl aufzugeben, in dem oft jahrelang, ja bis zur Selbstaufgabe ausgeübten Glücksspiel ein Experte zu sein. Die völlig oder stark vom Zufall abhängigen Spiele suggerieren oft sehr geschickt, dass man beim Spielen Kompetenzen erwirbt. Es scheint der menschlichen Natur zu widersprechen, nicht anzunehmen, man habe etwas gelernt, wenn jemand ein Verhalten so exzessiv ausübt.

Deshalb dauert es manchmal Wochen, sogar Monate, bevor ein Spieler irrationale Gedanken aufgibt, wie:

- Ich kann mit dem Spielen Geld verdienen.
- Ich muss spielen, um die Verluste wieder hereinzuholen.
- Ich kann den Zufall bzw. den Apparat überlisten.
- Mit einem bestimmten Gerät oder Glücksspiel komme ich besonders gut zurecht.
- Heute ist ein Glückstag.
- Spezielle Methoden des 'Drückens' werden angewandt.
- Das Gefühl, große Gewinne voraussehen zu können.

Ein anderer Themenbereich ist, welche Funktionen das Spiel hatte, was die Ursachen dafür waren, sich verstärkt für das Glücksspielen zu interessieren, es auszuüben:

- Wozu habe ich das Spielen eingesetzt?
- Bin ich durch das Spielen vor Konflikten in der Familie, bei der Arbeit geflüchtet?
- Habe ich soziale Kontakte vernachlässigt, mich immer mehr isoliert?
- War das Spielen ein wichtiges Mittel, um abzuschalten und zu entspannen?
- Kann ich positive und negative Gefühle adäquat ausdrücken und mitteilen?
- Sind die Gedanken wichtig gewesen, viel Geld haben zu wollen?
- Welchen Stellenwert haben Prestigekonsumgüter?

Als ein weiterer Schwerpunkt stellen sich Fragen, welche Alternativen es zum Glücksspielverhalten gibt und wie zukünftig die Freizeit gestaltet werden soll:

- Wie strukturiere ich zukünftig meinen Tagesablauf, gestalte meine Freizeit?
- Künftige Sozialkontakte?
- Wie verschaffe ich mir einen Ausgleich von psychischen Spannungen, Stressbewältigung?
- Wie sind meine familiären und beruflichen Perspektiven?
- Besuch der Selbsthilfegruppe.
- Therapeutische Nachsorge.

8. Basis-Therapieprogramm

Psychotherapeutisch wird ein **integrativer Ansatz** mit kognitiv verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt angewandt. Es wird lösungsorientiert vorgegangen und an vorhandenen Ressourcen angeknüpft. Was war anders, als man schwierigen Situationen noch besser bewältigte, lässt sich dieses Verhalten heute reaktivieren? Nicht der Patient soll der Methode, sondern die Methode dem Patienten angepasst sein. Die Patientinnen lernen, sich an realistischen längerfristigen Zielen zu orientieren und sie in kleinen Schritten zu verwirklichen. Die Folge ist, dass sie im Verlauf der Therapie von „alltäglichen“ Schwierigkeiten weniger zu beeindruckt sind, Enttäuschungen rascher und die Widrigkeiten des Lebens insgesamt besser bewältigen.

Die Therapie beginnt mit der **Aufnahmephase**: Hier werden die PatientInnen von der Klinikleitung willkommen geheißen. Eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung (wichtige persönliche Daten, die Familienbiographie und Suchtgeschichte werden erfasst) und die Durchführung der psychologischen Tests erfolgt. Erste Psychotherapiegespräche finden statt, in denen die augenblickliche Befindlichkeit, Heimwehgefühle, Entzugproblematik („innere Leere“) und Fragen der Eingewöhnung behandelt werden. Persönliche Zielsetzungen (Therapieplanung) für die Therapie konkretisieren sich.

In der Anlage 4 ist beispielhaft der Wochentherapieplan einer Therapiegruppe dargestellt.

Die **therapeutische Gemeinschaft der Gesprächsgruppen**: Die Therapie verbringen die SpielerInnen in einer (kleinen überschaubaren) Stations-Gemeinschaft von ca. 24 Patienten. Hieraus werden zwei Therapiegruppen gebildet der die PatientInnen fest zugeteilt sind. Jeder Neuankömmling bekommt gleich zu Beginn einen **Paten** (Mitpatienten), der ihn in der Anfangszeit hilfreich begleitet und für alle Fragen des Klinikalltags offen ist. Zugleich wird ihm sein **Bezugstherapeut** mitgeteilt. Das kann sein: eine SozialarbeiterIn, ein Diplom-Psychologe oder eine Sozial-PädagogIn. Diese/r ist für die Einzel- und Gruppentherapiegespräche zuständig und wichtigste/r Ansprechpartner für die gesamte Therapiezeit. Der Gruppenzugang in der Klinik ist offen, das heißt, es werden kontinuierlich neue PatientInnen aufgenommen und zur Entlassung anstehende Patientinnen verabschiedet, eine Tatsache die zu einem intensiven sozialen Lernen beiträgt.

9. Gruppenarbeit

Im **Zentrum des Therapiegeschehens** steht die **Gruppentherapie**. In der Solidarität mit anderen Abhängigen können sich die SpielerInnen 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. Die PatientInnen erkennen, dass es nicht sinnvoll ist, die Therapie nur auf äußeren Druck oder für andere zu machen, sondern dass es darauf ankommt, sie für sich selbst zu akzeptieren. **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. Die TherapeutInnen können dazu nur Hilfestellung geben, sie sind nicht dazu da, für die PatientInnen zu denken oder ihnen Ratschläge zu geben oder sie zu belehren, wie sie ihr Leben zu gestalten haben. Gegenseitige Verhaltensreflexionen führen dazu, dass der Patient ungünstiges Verhalten bewusster wahrnimmt, kontrolliert und verändert.

Zum Gruppenprogramm gehören außerdem: **Informationsstunden** und **Vorträge** zum Krankheitsbild stofflicher und nichtsubstanzgebundener Süchte. Außerdem wird eine **Frauengruppe** angeboten, in der **sexueller Missbrauch -und Gewalterfahrung** behandelt werden. In speziellen **Gruppen zur Erlangung sozialer Fertigkeiten** werden konkrete Verhaltensziele gesetzt, die einer Verselbständigung und umfassenden sozialen Integration des Patienten dienen. Hierzu gehören Behördenkontakte, Bewerbungstraining, Haushaltsplanung und Haushaltstechniken. In dieser Gruppenkonstellation finden Spiele statt, die weder zufallsabhängig noch erfolgsorientiert, sondern sozial integrativ und unterhaltend sind. Hierzu gehören z.B. **Rollenspiele** und kleine Theateraufführungen.

Etwa zur Hälfte der Therapiezeit findet eine **Therapiezwischenreflektion** statt.

10. Einzeltherapie

In den therapeutischen Einzelgesprächen werden die genannten Therapieziele:

- Förderung der Eigenmotivation ("Ich brauche Hilfe"),
- Festigung der Krankheitseinsicht ("Ich bin spielsüchtig"),
- Erforschung der Ursachen ("Welche Funktion hatte das Spielen?")

überprüft, vertieft und darüber hinaus **individuelle psychische Probleme** und **Krisen** aufgearbeitet. Häusliche Konflikte können sich während des Klinikaufenthalts zuspitzen, so dass Therapieabbrüche und Rückfälle drohen. Die BezugstherapeutInnen sind dann unmittelbare Ansprechpartner. **Missbrauchs- und Gewalterfahrungen** sowie **sexuelle Probleme** machen häufig zunächst eine Einzelintervention nötig. Eine **mangelnde Selbstsicherheit**, vor größeren Gruppen zu sprechen und **Hemmungen**, belastende Gefühle zu verbalisieren, können mit Hilfe des Einzelgesprächs abgebaut werden. Weitere Themen sind z. B. das Erleben eines dominanten Vaters, die Erfahrung hoher elterlicher Ansprüche und Erwartungen an den eigenen Werdegang, verbunden mit einem mangelnden Selbstvertrauen und einem Gefühl des eigenen Versagens.

Immer ist nach Wegen zu suchen, die MitpatientInnen in den individuellen Therapieprozess einzubeziehen und die Themen der Einzelgespräche später möglichst in die Gruppenstunden einzubringen.

11. Familientherapie

Bei jungen SpielerInnen sind familiäre Konflikte oft noch sehr aktuell. Starke Gefühlschwankungen lösen sich ab: "Ich will mit denen nichts mehr zu tun haben" und gleichzeitig: "Ich habe mich schon gewundert, dass sich niemand meldet." Vor allem die ständigen finanziellen Probleme und existentielle Gefährdung haben die Angehörigen in Mitleidenschaft gezogen, und es sind im Nachhinein noch erhebliche psychische Verletzungen vorhanden. Wir befürworten 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. Die ersten Besuche in der Klinik sollten genutzt werden, sich mit dem therapeutischen Personal bekannt zu machen und erste Kontakte zu knüpfen.

Inhaltliche Strukturierung: Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass die Angehörigen zunächst die Gelegenheit haben, unbefangen über ihre eigenen Empfindungen und Erlebnisse im Zusammenleben mit dem Suchtkranken zu reden. 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.

Ein zusätzlicher Leitfaden für die Angehörigenarbeit lässt sich parallel zur therapeutischen Arbeit der Patientinnen aufzeigen:

- Sind die Angehörigen zur Mitarbeit in der Therapie bereit (Motivation)?
- Können sie das Spielverhalten des Patienten als Krankheit akzeptieren (Krankheitsakzeptanz)?
- Sind sie bereit, Änderungen mitzutragen, damit zukünftig eine freie Entfaltung aller ohne Suchtmittel möglich ist (Bearbeitung der Ursachen)?

In den Familiengesprächen mit Kindern sind je nach Alter und individuellem Bedarf folgende Gesichtspunkte mit einzubeziehen (Bachmann 2004):

- **Informationen** über das Krankheitsbild vermitteln. Die leidvollen Erfahrungen können vom Kind so besser eingeordnet und das Verhalten des Vaters kann in einem anderen Zusammenhang bewertet und verstanden werden. Folge und Begleiterscheinungen des pathologischen Glücksspiels als Symptome einer Krankheit (das, was das Glücksspielen aus einem gemacht hat) und nicht als Persönlichkeitsschwäche zu sehen, lassen den Vater möglicherweise in einem anderen Licht erscheinen.

- Welche **Einstellungen** und **Erwartungen** haben die **Kinder** gegenüber der Therapie: Wie werden sie z.B. mit einem Klinikaufenthalt des Vaters fertig? Welche Verhaltensänderungen erwarten sie von ihm?
- **Verbalisierung von Emotionen** ermöglichen: Wie haben die Kinder das Verhalten des Vaters erlebt? Welche Ängste, Nöte und Sorgen haben sie sich gemacht? Gab es Ärger, Wut, Aggressionen ihm gegenüber? Haben die Kinder Scham- und Schuldgefühle erlebt? Kann diese Aussprache, und in welchem Rahmen, zu Hause weitergeführt werden?
- Der Patient macht seinen **Therapiefortgang transparent**: Was hat ihn letztlich dazu gebracht (Motivation) sich zu einer Behandlung zu entschließen? War es schwierig für ihn/sie, sich selbst als spielsüchtig zu akzeptieren (Krankheitseinsicht)? Welche Gründe sieht der Vater für die Entstehung der Spielsucht (Ursachenanalyse)?
- Gemeinsam **konkrete Verhaltensänderungen** planen: Wie lässt sich die Kommunikation und Konfliktbewältigung verbessern? Können bestimmte Zeiten festgelegt werden, zu denen die Kinder sich über ihre alltäglichen Nöte und Probleme mit den Eltern austauschen können? Ist es notwendig, Absprachen und Planungen schriftlich festzuhalten? Welche gemeinsamen Freizeitgestaltungen sind von Interesse? Wie können Aufgaben in der Familie besser verteilt werden? Wie kann die Eigenverantwortung und Selbständigkeit der Kinder gefördert werden? Wie können sie sich besser von den Belangen der Erwachsenen abgrenzen und falsches Rollenverhalten aufgeben?
- **Nachsorge** – die Familie bzw. die **Kinder** zukünftig therapeutisch begleiten: Sind wegen spezieller gesundheitlicher oder psychischer Probleme der Kinder intensivere therapeutische Interventionen nötig, die den Rahmen der Suchttherapie sprengen? Ist es sinnvoll die Kinder in die therapeutische Nachsorge der Suchtbehandlung mit einzubeziehen?

12. Rückfälligkeit

Von einem Rückfall wird gesprochen, wenn um Einsätze gespielt wird, bzw. Glücksspielautomaten betätigt werden. Bei einer zusätzlichen stoffgebundenen Problematik zudem, wenn Alkohol, Drogen oder nichtverordnete Medikamente eingenommen werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass **Programme zur Rückfallverhütung** den Therapieerfolg wesentlich steigern.

An Marlatt (1985) anknüpfend werden in der Bernhard-Salzmann-Klinik an Hand von **konkreten Arbeitsmaterialien, Informationen zur Rückfälligkeit, individuellen Rückfallgefahren** und deren **Bewältigungsstrategien** sowie **Notfallkärtchen** erarbeitet, auf denen steht, was in kritischen Situationen unmittelbar zu tun ist (s. Meyer & Bachmann, 2005, Anhang).

Konsequenzen: Ein Rückfall hat nicht zwangsläufig die Entlassung zur Folge. In Gesprächen und an Hand einer schriftlichen Stellungnahme (Besinnungstag) des Patienten wird die Motivation zu einer Weiterbehandlung geklärt. Individuell festgelegte Ausgangsbeschränkungen (Rahmen: eine Woche Verbleib auf der Station) dienen dazu, die Abstinenzfähigkeit wieder zu festigen.

Anderweitige Verstöße gegen die therapeutischen Rahmenbedingungen werden als Regelwidrigkeiten behandelt, die Gemeinschaftsdienste, Ausgangsbeschränkungen, ggf. disziplinarische Entlassung zur Folge haben.

13. 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 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 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 Gruppen-/Mannschaftsspielen, Schwimmen, Gymnastik, Lauftraining und Nordic-walking.

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

Muskelentspannung nach Jacobsen

Viele unserer PatientInnen 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 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 gelingt, auf der kognitiven, der psychischen und der physischen Ebene für ihre Entspannung zu sorgen, um Selbstsicherheit, Abstinenzfähigkeit und Belastbarkeit zu erhöhen.

14. Arbeitstherapie

Zur **Arbeitstherapie** führt Haerlin (1982) aus, dass diese Therapieform bei Erkrankungen besonders angezeigt ist, die mehr als einige Wochen fortdauern und bei denen der Patient aus seinem normalen Lebensrhythmus von Arbeit und häuslichen Pflichten herausgerissen ist. Die Arbeitseinteilungen erfolgen in Absprache mit dem therapeutischen Team, wobei zwischen Einsätzen unterschieden wird, die

- soziales Konfliktpotential und Durchsetzungsvermögen erfordern,
- körperlich unterschiedliche Anstrengungen verlangen,
- eher einzeln oder in der Gemeinschaft auszuüben sind,
- gestalterisches Geschick oder Reinlichkeit erfordern.

Es wird in der stationären Therapie immer im Auge behalten, dass die PatientInnen anschließend häufig ein großes tägliches Arbeitspensum erwartet, auf das sie psychisch und körperlich möglichst gut vorzubereiten sind.

14.1 Zielsetzung und Indikationsstellung der Arbeitstherapie

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

Diese Therapieform findet Montag bis Freitag zwischen 7.30 und 11.30 Uhr statt.

Der handlungsorientierte Ansatz der Arbeitstherapie zielt über das allgemeine Rehabilitationsziel

– wesentliche Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit –

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:

- **Vierwöchige Beratung durch die Rehaberater/innen der örtlichen Arbeitsagentur.** Hier erhalten die PatientInnen 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 Rehaberater/innen der Leistungsträger**
- **Betreuung von PatientInnen an externen Praktikumsplätzen**
- **PC – Kurs**
- **Bewerbungstraining als Kursangebot, Erstellung einer Bewerbungsmappe**
- **Anti – Mobbing – Gruppe / Selbstbehauptung und Motivation im Beruf**
- **Gruppe „Umgang mit Zeit“**
- **Mentales Kognitionstraining CogPak®**
- **Direkte Hilfestellung bei der Arbeitsplatzsuche**

In der Arbeitstherapie soll eine Basismotivation erarbeitet werden, damit die PatientInnen 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:

- 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 erstellen eine ausführliche **Arbeits- und Berufsanamnese**, sowie einen **arbeitstherapeutischen Erstbefund** der an das gesamte Behandlungsteam übermittelt wird.
- In der **AT - Infogruppe** erhalten die PatientInnen einerseits Informationen über Sinn, Ziele, Inhalte und Möglichkeiten der Arbeitstherapie und lernen die Angebote, sowie die MitarbeiterInnen 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 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 die verschiedenen Arbeitstherapiebereiche gegebenenfalls aufeinander aufbauend nutzen.

Zusammengefasst wollen wir die TeilnehmerInnen 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 noch 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

15. Gestaltungstherapie

Es zeigt sich, dass Spieler die Möglichkeit des **kreativen Gestaltens** zunächst oft mit erheblichem Unbehagen wahrnehmen. Das pathologische Glücksspiel hat eher ein materialistisches Denken gefördert, das stark von Nützlichkeitsvorstellungen geprägt ist. Dabei ist nicht zu vernachlässigen, dass es sich bei den Glücksspielen um äußerst monotone und sogar stumpfsinnige Verhaltensweisen handelt, die ihren Anreiz lediglich durch die Gewinn- und Verlustmöglichkeiten erzielen und Kompetenzen nur vortäuschen. Projektarbeiten zielen außerdem auf den Aufbau von Kontakt- und intensiverem Kommunikationsverhalten hin.

15.1 Zielsetzung und Indikationsstellung der Gestaltungstherapie

Als weitere Therapiemethode ist Gestaltungstherapie integraler Bestandteil des Gesamttherapiekonzeptes.

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 PatientInnen kreative Fähigkeiten und setzen sich intensiv mit sich selbst auseinander. In Abgrenzung zum Spiel bleibt dieses aktive Gestalten näher an der Wirklichkeit orientiert. Die angebotenen Medien schaffen keine Phantasiewelt, sondern schließen immer ein wirkliches Eingehen auf das Material, ein 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 erlebbar, Stolz und Freude über die eigene Leistung ebenso wie Versagensängste, Neid und Eifersucht. Die PatientInnen können lernen, aggressive Impulse wahrzunehmen und zu steuern, Misserfolge zu akzeptieren und zu analysieren und Anerkennung anzunehmen. Manche / Mancher entdeckt hierbei brachliegende oder verschüttete Erlebnispotenzien und eigene künstlerische Ausdrucksmöglichkeiten.

Zusammengefasst wollen wir den TeilnehmerInnen unserer **beschäftigungs-, gestaltungs- und weiteren kreativtherapeutischen Angeboten** hilfreich zur Seite stehen bei:

- Entwicklung von Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten, handlungsorientiert, verbal und nonverbal
- Abbau von Schwellenängsten gegenüber jedweder Art von Leistung und Belastung
- Abbau von einschränkenden Bedingungen in den Bereichen Selbstannahme, Selbständigkeit und Selbstwertgefühl
- Bewältigung von Emotionen
- Steigerung der persönlichen Verantwortungsbereitschaft
- Zurechtkommen mit sich selbst und innerhalb der sozialen Umgebung, ungeachtet von Misserfolgen und Verhaltens- und Unzulänglichkeitserlebnissen früherer Tage

- Sozio - emotionale Unterstützung, wenn erkennbar wird, dass an frühere Handlungs- und Leistungspotentiale nicht oder noch nicht wieder angeknüpft werden kann

15.2 Freizeitorientierte Gestaltungstherapie

An zwei Abenden innerhalb der Woche, sowie am Samstag in der Zeit von 12.30 bis 17.00 Uhr haben unsere PatientInnen die Möglichkeit die Räume der Gestaltungstherapie für eigene Projekte und Initiativen zu nutzen.

Ein Mitarbeiter/ eine Mitarbeiterin der Arbeits- oder Gestaltungstherapie steht zur evtl. nötigen Unterstützung zur Verfügung.

Zusammengefasst bieten wir die **freizeitorientierte Gestaltungstherapie** unter folgenden Aspekten an:

- Überwindung störender Einflüsse im Freizeitverhalten
- Erwerb emotionaler und sozialer Kompetenzen innerhalb von Gruppen und Gruppenstrukturen
- Vermittlung von Wahlmöglichkeiten, (Frei-) Zeit sinnvoll zu entwickeln und zu (er-) leben
- Ideen und Ressourcen entwickeln und fördern, um sich ins gesellschaftliche Leben vermehrt einzubringen
- Alternativen schaffen, die von jedem/jeder selbst initiiert, weiterverfolgt und erreicht werden können

16. Indikationsgruppen

16.1 Gesundheitsvorträge

Viele PatientInnen haben ein ambivalentes Verhältnis zum eigenen Körper, insbesondere in der Wahrnehmung seiner Funktionen. Gesundheitliche Risikofaktoren werden oft nicht gekannt oder ignoriert. Eine umfassende suchtherapeutische Rehabilitationsbehandlung muss solche Faktoren berücksichtigen und diesbezüglich Aufklärung betreiben mit der Motivierung der PatientInnen, solche Prozesse bei sich wahrzunehmen.

Obligatorisch bieten wir für alle PatientInnen stattfindende Vorträge an. Verpflichtend ist die Teilnahme an acht Vorträgen. Die Vorträge werden zum größten Teil von Fachärzten, aber auch von Sozialarbeitern/-pädagogen durchgeführt. Inhaltlich werden den PatientInnen Informationen zu folgenden Themenbereichen vermittelt:

- Tabakmissbrauch bzw. –abhängigkeit
- Schmerzursachen und Schmerzbewältigung
- Drogenkonsum und Hepatitisinfektion
- Persönlichkeit und Sucht
- Medikamentenabhängigkeit
- Risikofaktoren der Kreislauferkrankungen
- Kinder von Abhängigkeitserkrankten

16.2 Selbstbewusstsein stärken / Ängste überwinden

Das Angebot richtet sich an Patientinnen und Patienten in der Behandlungsmitte, die ihr Selbstbewusstsein stärken und Ängste reduzieren wollen. Die Teilnahme wird von den Bezugstherapeuten vorgeschlagen. Die Koordination und Durchführung der Indikationsgruppe erfolgt durch Suchtfachpflegekräfte. Die Induktion findet über eine Stereo-Tiefensuggestion statt. Das Verfahren verbindet Erkenntnisse aus dem Autogenen Training, der Hypnose- und Musiktherapie mit gleichzeitig geflüsterten und gesprochenen positiven Suggestionen. Neben Entspannung und Wohlbefinden will die-

se Methode helfen, die eigene Grundeinstellung zu sich selbst und zum Leben zu überdenken und zu ändern, indem sie den Glauben an die eigene Fähigkeit entwickelt und festigt. Beruhigende, aber auch anregende und ermutigende Worte dringen in die „tieferen, unbewussten Schichten“ der Persönlichkeit vor und üben dort eine intensive, positive Wirkung aus.

16.3 Gruppe für Frauen mit Gewalterfahrung

Das Angebot richtet sich an Frauen, die in ihrer Kindheit oder in Partnerbeziehungen (sexuelle) Gewalterfahrungen erlebt haben. Die Gesprächsgruppe findet einmal wöchentlich für 1,5 Stunden statt und wird von einer Psychotherapeutin geleitet. In einem Zyklus von fünf Wochen wird sie als geschlossene Gruppe geführt, um Konstanz für eine größere Vertrautheit zu ermöglichen. Zielsetzungen und Themen der Gesprächsgruppe sind:

- die Förderung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Wahrnehmung eigener Ressourcen, aber auch einschränkender Selbstüberzeugungen
- die Reflexion der aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen
- Minderung von Angst und Schamgefühlen
- Überwindung der Isolation und die Öffnung anderen gegenüber
- Wahrnehmung der Akzeptanz der eigenen Gefühle
- Förderung der Selbständigkeit und Übernahme von Verantwortung für die eigene Lebensgestaltung
- Reflexion der eigenen Rolle als Frau
- Erwartungen von anderen
- eigene Werte und Vorstellungen

Der Schwerpunkt der Gruppe liegt immer auf dem konkreten Verhalten und Erleben der Frauen in ihren heutigen aktuellen Lebensbezügen, um eine erneute Retraumatisierung zu verhindern.

16.4 Raucherentwöhnung

Seit 2001 bieten wir freiwillige Kurse zur Raucherentwöhnung an und seit Mai 2005 wird in unseren Klinikgebäuden nicht mehr geraucht. Das Angebot richtet sich an interessierte PatientInnen, die freiwillig mit dem Rauchen aufhören und/oder ihr Rauchverhalten selbst kontrollieren wollen. Das Programm (VT orientiert) wird von einer Sozial-Suchttherapeutin in zehn Gruppentreffen durchgeführt und ist für die teilnehmenden PatientInnen verbindlich.

Folgende Phasen werden in der Raucherentwöhnung durchlaufen:

- Das Rauchverhalten wird beobachtet und durch das Führen einer Rauchliste verändert
- Das Nichtraucherverhalten wird stabilisiert
- Aufrechterhaltung der Motivation
- Kontrolle der auslösenden Bedingungen
- Feinfühligkeit für Versuchungssituationen
- Ausarbeiten von Bewältigungsstrategien
- Aufbau von Alternativverhalten

17.Zentraler Sozialdienst

Für alle Belange der beruflichen und sozialen Sozialisierung (Umgang und Korrespondenz mit Behörden, Verschuldungsproblematiken, Unterhaltsfragen, sozialrechtlichen und arbeitsrechtliche Fragen, Vermittlung von Eingliederungshilfen, Kontakt zu Wohnungsgesellschaften, usw.) besteht die Möglichkeit der sozialen Beratung und

Unterstützung. Hierbei steht den PatientInnen 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 und -sicherheit der RehabilitantInnen in ihren sozialen Belangen.

Für Eltern, insbesondere Mütter, kommen noch zusätzliche Beratungsangebote hinzu.

- Hilfestellung bei der Geltendmachung von Ansprüchen wie Unterhaltszahlungen des Vaters, Leistungen nach BSHG usw.,
- Beratung und Unterstützung bei Sorgerechtsfragen, mit Einverständnis der Patienten in enger Zusammenarbeit mit den Jugendämtern,
- Abklärung der Möglichkeiten der Reintegration in das Erwerbsleben unter Berücksichtigung der familiären Situation,
- Zusammenarbeit mit Erziehungs- und Familienberatungsstellen, allgemeiner Sozialdienste u. a. und ggf. Einleitung von sozialpädagogischer Familienhilfe als Nachsorgemaßnahme.

18. Ergebnisse aus bisherigen Untersuchungen

Soziographische Daten:

Es wurden unterschiedliche Stichproben aus der Gesamtzahl der Spielerpopulation der Klinik gezogen und mit einer Kontrollgruppe verglichen.

Das Alter lag zwischen 17 und 57 Jahren und das Durchschnittsalter lag bei 30 Jahren.

Die Anzahl der Spielerinnen betrug nicht einmal 2%.

Der überwiegende Teil der SpielerInnen, 61,8% waren ledig, 26% verheiratet und 12,2% geschieden (Kontrollgruppe: 60,9% verh., 30,4% led., 8, 7% gesch.). 26,9% hatten ein oder mehrere Kinder (Kontrollgruppe: 65%).

Ein eher geringer Teil, 26,9%, hatte höhere Schulabschlüsse (Real-, Fachoberschule oder Gymnasium) und 33,6% hatten keine Berufsabschlüsse.

43,9% waren gleichzeitig abhängig von Alkohol und 3,1% von Medikamenten oder Drogen, so dass 47% eine zusätzliche Substanzabhängigkeit aufwiesen.

Eine hohe Zahl - 45,6% - der SpielerInnen berichtete von Gewalt und Missbrauchserfahrungen im Elternhaus.

Bei 42,2% der SpielerInnen war einer der Eltern selbst abhängigkeitskrank. Den größten Anteil davon bildeten 27,6% alkoholranke Väter.

Ergebnisse psychologischer Tests:

Während bei den SpielerInnen 43,8% eine leichte bis schwere Zukunftsangst aufwiesen, war dies nur bei 17,4% der Kontrollgruppe der Fall.

Angst als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal wurde bei 75,2% festgestellt (Kontrollgruppe, 34, 7%).

Mehr als die Hälfte der SpielerInnen hatte zudem hohe Depressionswerte (Kontrollgruppe weniger als 10%).

Bei einer Überprüfung mit dem Münchner Alkoholismustest (MALT) fielen 32,7% der SpielerInnen in den Bereich "sicher" (Alkoholismus) und 10,9% in den Bereich "fraglich", in dem jemand als suchtgefährdet gilt.

Auf Grund der Persönlichkeitsdiagnostik (16PF) zeigten die SpielerInnen in folgenden Bereichen Abweichungen von den Normwerten:

Emotionale Störbarkeit: Sie sind leichter zu beunruhigen, ärgern sich leichter über alltägliche Schwierigkeiten, bewältigen Enttäuschungen weniger rasch, empfinden Störungen bei der Arbeit stärker und neigen eher dazu, in kritischen Situationen aufzugeben.

Besorgtheit: Sie machen sich bei Schwierigkeiten leichter Sorgen, sind durch Misserfolge leichter zu entmutigen und prüfen intensiver, ob sie eine Aufgabe wirklich bewältigen können. Sie reagieren stärker auf die Anerkennung oder Kritik von anderen und fühlen sich für Missgeschicke leichter selbst verantwortlich.

Spontanität: SpielerInnen lassen sich eher von momentanen Einfällen leiten, richten ihr Verhalten weniger an langfristigen Zielen aus, lassen sich leichter von einer Sache abbringen, geben bei Schwierigkeiten schneller auf, bereiten sich weniger sorgfältig auf Arbeiten vor und vergessen unter Belastungen leichter, was sie eigentlich wollten.

Es bleibt offen, ob diese Persönlichkeitseigenschaften zur Entstehung der Suchterkrankung beigetragen haben und/oder ob sie eine Folge der Abhängigkeitserkrankung sind.

19.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. (2004, b) Therapie der Spielsucht. Psychomed, 16/3, 154-158.

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.

Böning J, Grüsser-Sinopoli SM (2008) Wie kann Suchtverhalten entstehen? In: Gebhardt I, Grüsser-Sinopoli SM (Hrsg) Glücksspiel in Deutschland. DeGruyter, Berlin, S 575-595

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 substance abuse. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 25. Government Printing Office, Washington, DC pp 191-200
- Marlatt GA (1985) Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt GA, Gordon JR (eds) Relapse prevention: Maintenance 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.
- 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.
- 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.

20.Anlage 1

Diese Aufstellung wird zur Erhebung der Sozialanamnese mitgebracht sowie zur Hälfte der Therapie (Therapierreflektion) und zum Ende (Abschlussgespräch) überprüft.

Schuldenbilanz und Regulierung

Name: _____ Datum: _____

alle Gläubiger Name/Institut	Schulden zum jetzigen Zeitpunkt	augenblickliche Regelung	neue Regelung	tatsächlich während des Klinikaufenthaltes gezahlte Monatsraten					
				Monat:	Monat;	Monat:	Monat:	Monat:	Rest Schuld
			gesamt						

21. Anlage 2

Monatshaushaltsplan

Einnahmen	Ausgaben
regelmäßig _____ € Übergangsgeld/Krankengeld/Sozialhilfe etc.	Familie: _____ € Versorgung, Unterhalt, Kinder
zusätzliche Einnahmen: _____ €	Miete/ Nebenkosten _____ € Versicherungen
	Beiträge, Vereine etc. _____ € Abzahlungen: Schulden, Kredite, Raten _____ €
monatliche Gesamteinnahmen: _____ €	feste monatliche Gesamtausgaben: _____ €

Gesamteinnahmen _____ €

./. Gesamtausgaben _____ €

Überschuss _____ €

monatliches Taschengeld _____ €

mit dem zuständigen Bezugstherapeuten abgesprochen

welchen Betrag _____ € kann man unbedenklich mit sich führen

22.Anlage 3

Tagesausgabenprotokoll

Name: _____

Datum: _____

Einnahmen	Ausgaben
Vorhandenes	Tabakwaren: _____ €
Taschengeld: _____ €	Kaffee: _____ €
	Lebensmittel: _____ €
	Essen gehen: _____ €
	Kino/Veranst.: _____ €
	Kleidung: _____ €
	Toilettenartikel: _____ €
heute	Zeitungen: _____ €
zusätzlich	Bücher: _____ €
eingenommen: _____ €	sonst. Anschaff. _____ €
	Sonstiges: _____ €
Gesamtsumme: _____ €	Gesamtsumme _____ €

Gesamtsumme: _____ €

./ . Ausgaben _____ €

Übertrag: _____ €

für nächsten Plan

23. Wochenplan

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
06:30	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse		
07:00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
08:00	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Frühstück ab 07:30 h.	Frühstück ab 08:30 h.
08:30	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie		
				Visite	Verabschiedung	10.00 - 11.00 h. Einführungsgruppe für alle neu aufgenommenen Patienten am 1. Wochenende	09:30 - 10:30 h. Schwimmen/ Sport
10:00	Treffen Patientendienst						
11:15							
11:15	Indikationsgruppen	Indikationsgruppen	Indikationsgruppen	Indikationsgr.	Team ab 11:00 h.	Begrüßungsrunde	
12:00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen		Mittagessen	Indikationsgruppen
	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause		
13:00	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Mittagessen 12:30 h.	Mittagessen
				Sport Einführung 14:00 - 15:00 Uhr		Mittagspause	Mittagspause
13:45				Gestaltungstherapie		Besuchszeit	Besuchszeit
14:00	Gesprächsgruppe Gruppe A und B 14:00 - 15:30 h.	Gesprächsgruppe Gruppe A und B 14:00 - 15:30 h.	Bewegungstherapie 14:30 - 15:30 h.	13:45 - 15:15 h.	Großgruppe 14:00 - 15:00 h.	11:30 - 18:30 Uhr	10:00 - 18:30 Uhr
16:00	Info -Gruppe 16:00 -17:00			Info -Gruppe 16:00 -17:00		Stadtausgang für alle ausgangsberechtigten Patienten bis 18:30 Uhr	Stadtausgang für alle ausgangsberechtigten Patienten bis 18:30 Uhr
16:00	soziale Aktivitäten 16:00 - 17:30 h.	Selbsthilfegruppen Spielen Alkohol Drogen 16:00 - 17:30 h.	Gruppe A Wochenrückblick Gruppe B Fr. Obeloer 16:00 - 17:30 h.	Gruppe A Hr. Dr. Bachmann Gruppe B Wochenrückblick 16:00 - 17:30 h.	Bewegungstherapie 15:00 - 16:00 h.		
17:15	Entspannungsgruppe	Entspannungsgruppe	Entspannungsgruppe	Entspannungsgruppe	Entspannungsgruppe	14:00 - 17:00 h. Gestaltungstherapie für für alle Patienten am 2.Samstag freies Werken 12:30 - 17:00 Uhr	
18:30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
	18:15 h. Sauna						
19:00	Sport mit Anmeldung	Ärztliche Vorträge	Sport mit Anmeldung	Sport mit Anmeldung			
	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 21:00 h.	Cafeteria bis 21:00 h.