



**Fachklinik Römerhaus
Jodbad Sulzbrunn
87477 Sulzberg**

Telefon: 08376 9204-0

Telefax: 08376 9204-88

E-Mail: info@roemerhaus-fk.de

Träger: DGD GmbH, 35037 Marburg

zertifiziert nach



DIN EN ISO 9001:2008

Stationäres Konzept für pathologisches Glücksspiel

**mit
Indikativangebot für Online-Spieler**

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	3
2.	Erscheinungsbild.....	4
3.	Voraussetzung (Indikation) für eine stationäre Behandlung.....	4
4.	Behandlungsdauer.....	6
5.	Therapeutische Rahmenbedingungen.....	7
6.	Therapievertrag.....	7
7.	Therapieangebot für Spieler.....	8
8.	Themen in der Spielertherapie.....	9
9.	Basis-Therapieprogramm.....	10
10.	Gruppenarbeit.....	11
11.	Einzeltherapie.....	12
12.	Familientherapie.....	13
13.	Rückfälligkeit.....	15
14.	Sport.....	15
14.1	Arbeitstherapie.....	16
15.	Zielsetzung und Indikationsstellung der Arbeitstherapie.....	16
15.1	Kreativtherapie.....	19
15.2	Zielsetzung und Indikationsstellung der Kreativtherapie.....	19
16.	Freizeitorientierte Ergotherapie.....	20
16.1	Indikationsgruppen.....	20
16.2	Entspannungsverfahren.....	20
16.3	Gesundheitsvorträge.....	21
16.4	Selbstbewusstsein stärken / Ängste überwinden.....	21
17.	Raucherentwöhnung.....	21
18.	Zentraler Sozialdienst/Schuldnerberatung.....	22
19.	Literatur.....	23
20.	Anlage 1.....	24
21.	Anlage 2.....	25
22.	Anlage 3.....	26
	Wochenplan.....	27

1. Einleitung

Glücksspiele haben in der Geschichte der Menschheit eine lange Tradition und gehören wahrscheinlich schon immer zur menschlichen Kultur.

Die Möglichkeit des Gewinnens, die Idee des plötzlichen Reichtums ohne Mühe und Anstrengungen, aber auch die Möglichkeit des Verlierens, bestimmen den Reiz des Spielens. Bereits im 19. Jahrhundert vergnügten sich die ärmeren Volksschichten vornehmlich mit Lotterien, während die wohlhabenden Kreise in den Residenz- und Badestädten sich am Roulettespiel zu begeistern wussten. Einzelne brachten sich dabei auch damals bereits um Hab und Gut.

Doch seit Beginn der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts sind es vermehrt die sog. Glücksspielautomaten, die für eine beachtliche Gruppe von Menschen (Männern) zum Problem werden. Die Folgen des Glücksspiels sind diesen Menschen über den Kopf gewachsen: hohe Verschuldung, zerrüttete Partnerschaften und Probleme in den sozialen Beziehungen.

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, 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 werden nachfolgend dargestellt.

Spielen scheint "exzessiven Verhaltensweisen" ähnliche neurophysiologische Prozesse in Gang zu setzen wie Alkohol und andere Drogen (Meyer & Bachmann, 2005, S. 86).

2. Erscheinungsbild

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" nach Glücksspielen zu stoppen.

3. Indikation für eine stationäre Behandlung

ICD Glücksspiel F.63.X

Pathologisches Glücksspiel ist inzwischen weitestgehend als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt, was sich in einer Aufnahme dieses Krankheitsbildes in die gültigen Diagnoseschemata (s.u.) niedergeschlagen hat:

Diagnose:

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

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

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 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 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, seinen Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren,

10. verlässt sich darauf, dass andere ihm 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 Richtlinien der ICD 10 Merkmale 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:

Es wäre ein großer Fehler, Patienten aufzunehmen, für deren Behandlung die Klinik nicht geeignet ist, so bei

- akuter Suizidgefährdung
- akuter Psychose.

Drohende Strafverfahren oder bereits angetretene Haftstrafen machen einen vorherigen Informationsaustausch notwendig.

Sind klare Symptome eines süchtigen Verhaltens (Kontrollverlust, Abstinenzunfähigkeit) festzustellen, werden die ambulanten und stationären Einrichtungen zur Therapie herangezogen, die auf Entwöhnungsbehandlungen spezialisiert sind. Haben Spieler 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 rechtzeitige stationäre Behandlung erforderlich machen.

Der stationäre Aufenthalt ermöglicht durch eine zeitlich begrenzte freiwillige Fremdkontrolle wie den Ausgangsbeschränkungen, dem Geldmanagement, dem Entzug des Suchtmittels, eine allmähliche Entwöhnung und Wiederentwicklung 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 Reha-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** 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 Patienten sind darauf vorzubereiten, dass ihnen möglicherweise eine **längere Abwesenheit von zu Hause** nicht leicht fällt, **Heimwehgefühle** und **Abbruchgedanken** entstehen können. Das therapeutische Personal und bereits erfahrenere Mitpatienten in der Klinik, die diese Eingewöhnungsphase schon überwunden haben, sind Ansprechpartner, solche Krisensituationen zu überwinden.

Die ersten Besuchsmöglichkeiten nach einer vierwöchigen "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. Behandlungsdauer

Regelbehandlung: 12 Wochen

5. Therapeutische Rahmenbedingungen

Ein Leitgedanke bei der Erstellung dieser Regeln ist, dass die Spieler in der Klinik lernen, **ohne das Medium Glücksspiel miteinander zu kommunizieren und Kontakte aufzunehmen**. Es wird erwartet, dass die Patienten konstruktiv bei der Einhaltung der Abstinenz und der Umsetzung der Vereinbarungen mitarbeiten. Spielen ist ein derartig vielfältiges und komplexes Verhalten, dass nur eine enge Kooperation zwischen allen Beteiligten garantiert, dass die therapeutischen Absichten und Ziele zu verwirklichen sind.

Voraussetzungen für die Spielertherapie:

1. In der gesamten Klinik wird nicht um Geld gespielt.
2. Generell sind Spiele zu meiden, bei denen der Ausgang stark vom Zufall abhängig ist, wo 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 Spieler unterschreiben bei der Aufnahme folgende Vereinbarungen:

6. 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 Spieler, die kein zusätzliches Medikamenten- oder Drogenproblem haben, gelten je nach Therapiedauer folgende **Ausgangsregelungen**:

Stadtausgang nach 4 Wochen

Heimaturlaube nach 6 Wochen

Besuche können am Wochenende und an Feiertagen nach **vier Wochen** Aufnahmezeit empfangen werden.

7. Therapieangebot für Spieler

Vorrangiges Therapieziel ist die Abstinenz von Glücksspielen. Allerdings steht dabei nicht das "Verzichten können" im Vordergrund des Bemühens, sondern vielfältige Alternativen zum Glücksspielen und 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 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 Spieler eingerichtet wurden. Das Suchtverhalten des pathologischen Glücksspielers ist unmittelbar mit einem **problematischen Umgang** und einer **gestörten Beziehung zum Geld** verbunden.

Der **Wert des Geldes** reduzierte 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 in Glücksspiele 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: **Tagesausgabenprotokoll**),
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. Kontrollen, auch diejenigen, die mit Familienmitgliedern vereinbart wurden, werden nur so lange durchgeführt, wie sie unbedingt erforderlich sind. In Teamgesprächen sind diese Maßnahmen deshalb immer wieder zu hinterfragen.

8. Themen in der Spielertherapie

Hierzu gehört zunächst die Beziehung zum Geld.

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 zu stellen 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 ein Verhalten so exzessiv ausübt wird.

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 vorausahnen 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 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 Prestige Konsumgüter?

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 und wie 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?

9. Basis-Therapieprogramm

Die theoretische Grundlage unseres Behandlungsangebotes stellt das Selbstmanagementmodell dar. So stellt das Selbstmanagement die aktive Einbeziehung der Patienten bei gleichzeitiger Förderung ihrer Selbstkontrollkompetenzen bzw. Entwicklung von aktiven und selbstbewältigenden Problemlösestrategien in den Mittelpunkt. Selbstmanagement ist inzwischen zu einem Sammelbegriff für verschiedene Therapieansätze geworden, die aber alle gemeinsam haben, dass der Klient befähigt werden soll, möglichst aktiv zur Bewältigung seiner Probleme beizutragen. Wenn dieser Lernprozess erfolgreich verläuft, ist der Patient wieder in der Lage, sein Leben ohne externe professionelle Hilfe seinen Zielen entsprechend zu gestalten.

Das Modell des Selbstmanagement hebt sich damit von einem klassisch-medizinischen Verständnis von Therapie (mit dem Therapeuten als alleinigen Experten) ebenso ab, wie von einem falsch verstandenen humanistischen Konzept, wonach der Klient allein aufgrund seiner Selbstheilungskräfte zu einer Veränderung seiner Probleme in der Lage ist (Kanfer et al., 1991).

Es wird eher lösungsorientiert vorgegangen und an vorhandenen Ressourcen angeknüpft. Was war anders, als man schwierige Situationen noch besser bewältigte, lässt sich dieses Verhalten heute reaktivieren? Nicht der Patient soll der Methode, sondern die Methode dem Patienten angepasst sein.

Die Patienten 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**:

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, Entzugsproblematik ("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 Gesprächsgruppe**: Die Therapie verbringen die Spieler in einer kleinen, überschaubaren Gemeinschaft von ca. zwölf Patienten. Die Gruppe wohnt und lebt zusammen und durchläuft wichtige therapeutische Aktivitäten gemeinsam. Durch diese Form der Therapieorganisation entsteht für die Patienten innerhalb der Klinik ein überschaubarer Bezugsrahmen, der das Entstehen einer vertrauensvollen Atmosphäre als Basis für die Therapie erleichtert. 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. Er ist für die Einzel- und Gruppentherapiegespräche zuständig und der wichtigste Ansprechpartner für die gesamte Therapiezeit. Der Gruppenzugang in der Klinik ist offen, das heißt, es werden kontinuierlich neue Patienten aufgenommen und zur Entlassung anstehende Patienten verabschiedet, was zu einem intensiven sozialen Lernen beiträgt.

10. Gruppenarbeit

Im **Zentrum des Therapiegeschehens** steht die **Gruppentherapie (min. 3 x wöchentlich)**. In der Solidarität mit anderen Abhängigen können sich die Spieler von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen befreien und lernen, sich offen mit ihrem Suchtverhalten auseinander zu setzen. Durch die Identifikation mit anderen

Abhängigkeitskranken wird die **Eigenmotivation** zur Behandlung gefördert. Die Patienten 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 Therapeuten können dazu nur Hilfestellung geben, sie sind nicht dazu da, für die Patienten zu denken, 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.

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.

Etwa nach einem Drittel der Therapiezeit findet das erste sog. Rehagespräch statt, nach dem zweiten Drittel das zweite Rehagespräch. In ihm werden die Therapieziele nochmals gemeinsam besprochen.

11. Einzeltherapie

In den therapeutischen Einzelgesprächen (mindestens ein Gespräch in der Woche) 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 Mitpatienten in den individuellen Therapieprozess einzubeziehen und die Themen der Einzelgespräche später möglichst in die Gruppenstunden einzubringen.

12. Familientherapie

Bei jungen Spielern sind familiäre Konflikte oft noch sehr aktuell. Starke Gefühlsschwankungen 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 **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 Patienten 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 in die Familientherapie 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, 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, wo die Kinder sich über ihre alltäglichen Nöte und Probleme mit den Eltern austauschen können? Ist es sinnvoll, wöchentlich eine «Familienkonferenz» abzuhalten, in der alle über ihre Empfindungen zum Ablauf der vergangenen Woche und Erwartungen für die nächste sprechen? 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?

13. Rückfälligkeit

Von einem Rückfall wird gesprochen, wenn um Einsätze gespielt wird, bzw. Glücksspielautomaten betätigt werden. Bei einer zusätzlichen stoffgebundenen Problematik außerdem, 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 Fachklinik Römerhaus an Hand von **konkreten Arbeitsmaterialien zu Informationen zur Rückfälligkeit, individuellen Rückfallgefahren** und deren **Bewältigungsstrategien** sowie **Notfallkärtchen** erarbeitet, 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, ebenfalls Ausgangsbeschränkungen, bis hin zur disziplinarischen Entlassung, nach sich ziehen können.

14. Sport

Bei diesen Methoden handelt es sich um nichtverbale Therapieformen, die erst durch verbale Begleitung zur vollen Wirkung gelangen (Haerlin, 1982).

Der **Sport** dient nicht nur der körperlichen Ertüchtigung, "Dampf" kann abgelassen und die Erfahrung gemacht werden, dass **"freiwillige" körperliche Anstrengung erheblich zu einer psychischen Ausgeglichenheit beiträgt** (vgl. Weber, 1984). In Mannschaftsspielen tritt das Bedürfnis zurück, gewinnen zu müssen. Teamgeist und Rücksichtnahme auf Schwächere werden eingeübt. Entwöhnungssymptome einer "inneren Leere" und emotionalen Labilität lassen sich so auffangen und es entstehen Anregungen, einen Teil der Freizeit damit auszufüllen, z.B. von sich aus den Krafraum aufzusuchen oder sich einer freiwilligen Laufgruppe oder "Nordic-walking" Gruppe anzuschließen. Es ist darauf zu achten, dass einzelne Sportarten nicht exzessiv ausgeübt werden und keine neuen Abhängigkeiten oder gesundheitliche Schäden entstehen.

Die Maßnahmen reichen von einer gezielten physiotherapeutischen Gymnastik bis zu Radfahren, Schwimmen und wenig verletzungsanfälligen Mannschaftsspielen. Es kann zunächst schwerfallen, sich in einer Mannschaft zu integrieren, eigene Fehler und die der anderen zu tolerieren und zu hohe Erwartungen abzulegen. Im Gegensatz zum pathologischen Glücksspiel ist die Spieldauer aber begrenzt, es treten keine schädlichen psychischen und sozialen Folgen auf, da Auffälligkeiten in den Gesprächen aufgearbeitet werden.

15. 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 mehr oder weniger

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

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

15.1 Zielsetzung und Indikationsstellung der Arbeitstherapie

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

Der handlungsorientierte Ansatz der Arbeitstherapie zielt über das allgemeine Rehabilitationsziel

- **wesentliche Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit** - hinaus auf die konkrete berufliche Eingliederung der Patienten und/oder auch die Vorbereitung auf eine nicht abzuwendende Arbeitslosigkeit.

Hierzu bietet die Arbeitstherapie der Fachklinik Römerhaus nicht nur ein differenziertes praktisches Übungsfeld an, sondern ergänzt dieses durch folgende Angebote:

- **Beratung durch die Rehaberater/innen der örtlichen Arbeitsagentur**

Hier erhalten die 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 Rehaberater/innen der Leistungsträger**
- **Betreuung von Patienten an externen Praktikumsplätzen**
- **PC-Kurs**
- **Bewerbungstraining als Kursangebot, Erstellung einer Bewerbungsmappe**
- **Selbstbehauptung und Motivation im Beruf**
- **Gruppe "Umgang mit Zeit"**
- **Mentales Kognitionstraining**
- **Direkte Hilfestellung bei der Arbeitsplatzsuche**

In der Arbeitstherapie soll eine Basismotivation erarbeitet werden, damit die Patienten genügend emotionale und soziale Standfestigkeit gewinnen, um im alltäglichen Berufsleben existieren zu können. Ziel ist die Förderung in allen Bereichen der menschlichen Existenz, die durch die Suchterkrankung geschädigt werden:

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 Patienten:

- In der ärztlichen **Arbeitstherapie-Verordnung** werden mögliche körperliche Einschränkungen diagnostiziert (stehend / sitzend, leichter / mittlerer / starker körperlicher Einsatz) und erste Zielkriterien festgelegt.
- Die Arbeitstherapeuten erstellen eine ausführliche **Arbeits- und Berufs-anamnese**, sowie einen **arbeitstherapeutischen Erstbefund**, der an das gesamte Behandlungsteam übermittelt wird.
- In der **AT-Infogruppe** erhalten die Patienten 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 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 Patienten die verschiedenen Arbeitstherapiebereiche gegebenenfalls aufeinander aufbauend nutzen.

Zusammengefasst wollen wir die 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 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

Neben den Seminarangeboten werden die Patienten in folgenden Bereichen der Arbeitstherapie eingesetzt:

- **Hausdienst**
- Küche**
- **Gartengruppe**
- Schreinerei**

Hausmeisterdienst

- PC-Kurs
- Besondere Formen der Arbeitstherapie/ Praktika/ Belastungserprobung
- Bewerbertraining
- Konfliktmanagement im Beruf
- Gruppe "Umgang mit Zeit"
- Mentales Kognitionstraining
- Verlaufskontrolle

16. Kreativtherapie

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.

16.1 Zielsetzung und Indikationsstellung der Kreativtherapie

Als weitere (teilweise auch nonverbale) Therapiemethode ist Kreativtherapie 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 Patienten 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 Patienten können lernen, aggressive Impulse wahrzunehmen und zu steuern, Misserfolge zu akzeptieren und zu analysieren und Anerkennung anzunehmen. Mancher entdeckt hierbei brachliegende oder verschüttete Erlebnispotenzien und eigene künstlerische Ausdrucksmöglichkeiten.

Zusammengefasst wollen wir den Teilnehmern unserer **beschäftigungs-, gestaltungs- und weiteren kreativtherapeutischen Angebote** 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

16.2 Freizeitorientierte Ergotherapie

Zusammengefasst bieten wir die **freizeitorientierte Ergotherapie** den Teilnehmern unseres Angebots 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 selbst initiiert, weiterverfolgt und erreicht werden können

In der therapiefreien Zeit haben unsere Patienten die Möglichkeit, die Werkräume zu nutzen.

17. Indikationsgruppen

17.1 Entspannungsverfahren

Viele unserer Patienten haben ihr Suchtmittel zum Spannungsabbau eingesetzt. Die Kompetenzentwicklung, aus sich selbst heraus entspannen zu können, ist somit eine abstinenzstabilisierende Notwendigkeit. Obligatorisch bieten wir für alle neu aufgenommenen Patienten ab der dritten Behandlungswoche zehn Sitzungen „Jacobsen Muskelentspannung“ an. Die Entspannungsverfahren werden von den Suchtfachpflegekräften durchgeführt. Ziel der Entspannungsverfahren ist es, dass es dem Patienten gelingt, auf der subjektiv-kognitiven, der psychischen und der motorischen Ebene für seine Entspannung zu sorgen, um Selbstsicherheit, Abstinenzfähigkeit und die Belastbarkeit zu erhöhen.

17.2 Gesundheitsvorträge

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

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

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

17.3 Selbstbewusstsein stärken / Ängste überwinden

Das Angebot richtet sich an 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.

Neben Entspannung und Wohlbefinden will diese 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.

17.4 Raucherentwöhnung

Seit Jahren bieten wir freiwillige Kurse zur Raucherentwöhnung an, und es wird in unseren Klinikgebäuden nicht geraucht. Patienten werden aufgefordert, die Pavillons vor den Häusern zu nutzen. Das Angebot richtet sich an interessierte Patienten, die freiwillig mit dem Rauchen aufhören und/oder ihr Rauchverhalten selbst kontrollieren wollen. Das Programm (VT orientiert) wird von einem/r Sozial-SuchttherapeutIn in zehn Gruppentreffen durchgeführt und ist für die teilnehmenden Patienten 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

18. Zentraler Sozialdienst / Schuldnerberatung

Die soziale Situation der Spieler ist oft durch spezifische Schwierigkeiten gekennzeichnet, insbesondere wenn sie getrennt lebend, geschieden oder alleinerziehend sind. Die sozialdienstliche Leistung umfasst:

- Hilfestellung bei der Geltendmachung von Ansprüchen, Leistungen nach SGB II bzw. XII 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

Daneben kümmert sich der Sozialdienst auch intensiv um die Schuldsituation der Klienten.

19. Literatur

- 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. (1989) Spielsucht: Krankheitsmodell, Therapiekonzept und stationäre Behandlungsergebnisse. *Suchtgefahren*, 35, 56-64
- Bischoff, A. (1992) Therapiekonzept für die Organisationseinheit Arbeitstherapie, unveröffentl. Manuskript Bernhard-Salzman-Klinik, Gütersloh
- Dilling, H. Mommour, W. Schmidt, M.H. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) Klinischdiagnostische Leitlinien. Bern, Hans Huber
- Dostojewsky, F. (1866/1981) *Der Spieler*. Deutscher Taschenbuchverlag
- 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
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2005) *Spielsucht - Ursachen und Therapie*, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996) *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen, Hogrefe
- Weber, A. (1984) Laufen als Behandlungsmethode - eine experimentelle Untersuchung an Abhängigkeitskranken in der Klinik. *Suchtgefahren*, 30, 160-167

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 Taschengeld: _____ €	Tabakwaren: _____ €
	Kaffee: _____ €
	Lebensmittel: _____ €
	Essen gehen: _____ €
Heute zusätzlich eingonnen: _____ €	Kino/Veranstalt.: _____ €
	Kleidung: _____ €
	Toilettenartikel: _____ €
	Zeitungen: _____ €
	Bücher: _____ €
	Sonst. Anschaff.: _____ €
	Sonstiges: _____ €
Gesamtsumme: _____ €	Gesamtsumme: _____ €

Gesamtsumme: _____ €

./.. Ausgaben _____ €

Übertrag: _____ €
für nächsten Plan

22. Wochenplan**Gruppe D**

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7.00 Frühstück				
8.00 bis 9.30 Spielergruppe	8.00 bis 10.15 Arbeitstherapie	8.00 bis 9.30 Gruppe	8.00 bis 11.45 Arbeitstherapie	8.00 bis 9.30 Spielergruppe
9.45 bis 11.45 Arbeitstherapie				9.45 bis 11.45 Arbeitstherapie
Indikativ: 10.15 bis 11.45 Kreativtherapie				10.30 bis 11.45 Spielergruppe
12.00 Mittagessen				
13.30 bis 16.00 Arbeitstherapie	13.30 bis 14.30 Unterricht	14.00 bis 15.30 Indikationsgruppe	14.00 bis 15.00 Sozialberatung	Freizeitgestaltung, Angehörigen- gespräche
	16.30 bis 18.00 Gruppe		14.30 bis 17.30 Schwimmen	
16.45 – 18.00 Sportunterricht		17.30 bis 18.00 Hausgruppe		
18.20 Abendessen				
		19.00 Sauna	19.30 Indikationsgruppe Glaube und Leben	19.20 Hydrotherapie

Startphase D

gerade KW

Datum					
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
7.00 Frühstück					Offenes Frühstück 7.30 bis 9.00
8.00 bis 9.30 Spielergruppe Lug ins Land	8.00 bis 9.15 Unterricht Haupthaus	8.00 bis 9.30 Gruppe Römerhaus, Aufenthaltsraum,	8.00 bis 9.30 Arbeitstherapie	8.00 bis 9.30 Spielergruppe Lug ins Land	
9.45 bis 11.45 Arbeitstherapie	10.30 bis 11.45 Spielergruppe Lug ins Land	danach: Arbeitstherapie bis 11.45 nach Ansage: 11.30 Test	9.45 bis 11.45 Beschäftigungstherapie Raum vor der Turnhalle rechts	9.45 bis 11.45 Arbeitstherapie	10.00 Orientierungsgruppe Freizeit/Hausordnung Römerhaus Küche, 1. Stock
12.00 Mittagessen					12.45 Mittagessen
13.30 bis 16.00 Arbeitstherapie	Nach Ansage: Einführung Hauswirtschaft Haupthaus Foyer		14.00 bis 15.00 Beschäftigungstherapie Raum vor der Turnhalle rechts	13.00 bis 14.30 Kreativtherapie im Raum vor der Turnhalle rechts	Zeit für persönliche Ordnung und Fragebogen
16.30 bis 18.00 Gruppe Römerhaus Aufenthaltsraum	13.30 bis 14.30 Unterricht		16.45 bis 18.00 Sport	17.30 bis 18.00 Hausgruppe Wohnhaus	
	14.30 bis 17.30 Schwimmen				
18.20 Abendessen					17.30 Abendessen
19.20 Hydrotherapie		19.00 Sauna		19.20 Hydrotherapie	

Startphase D

ungerade KW

Datum					
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
7.00 Frühstück					Offenes Frühstück 7.30 bis 9.00
8.00 bis 9.30 Spielergruppe	8.00 bis 9.15 Unterricht Haupthaus	8.00 bis 9.30 Gruppe Römerhaus, Aufenthaltsraum. danach: Arbeitstherapie bis 11.45 nach Ansage: 11.30 Test	8.00 bis 9.30 Arbeitstherapie	8.00 bis 9.30 Spielergruppe	
9.45 bis 11.45 Arbeitstherapie	10.30 bis 11.45 Spielergruppe		9.45 bis 11.45 Beschäftigungstherapie Raum vor der Turnhalle rechts	9.45 bis 11.45 Arbeitstherapie	10.00 Orientierungsgruppe „Hygiene“ Römerhaus Küche, 1. Stock
12.00 Mittagessen					12.45 Mittagessen
13.30 bis 16.00 Arbeitstherapie	Nach Ansage: Einführung Hauswirtschaft Haupthaus Foyer	13.30 bis 14.45 Orientierungsgruppe II Römerhaus Küche 1. Stock	14.00 bis 15.00 Beschäftigungstherapie Raum vor der Turnhalle rechts	13.00 bis 14.30 Kreativtherapie im Raum vor der Turnhalle rechts	Zeit für persönliche Ordnung und Fragebogen
	13.30 bis 14.30 Unterricht				
16.30 bis 18.00 Gruppe Römerhaus Aufenthaltsraum	14.30 bis 17.30 Schwimmen				
18.20 Abendessen					17.30 Abendessen
19.20 Hydrotherapie		19.00 Sauna		19.20 Hydrotherapie	