Therapiekonzept
der
salus klinik
Lindow

Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch

Verantwortlich: Schöneck, R., Cina, R. & Lindenmeyer, J.
Stand: Oktober 2023

salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow
www.salus-lindow.de
mail@salus-lindow.de

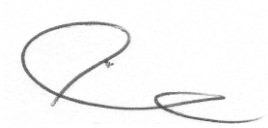
Änderungshistorie

Seite	Datum	Verantwortlicher
1	04.12.2014	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 7, 8, 9, 10, 11, 16	27.11.2015	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 3, 12, 21, 24, 31	20.11.2016	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 19, 31	02.11.2017	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 5, 27, 31, 32	08.11.2018	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 2, 13, 20	01.11.2019	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 2, 3, 20, 31, 32	02.11.2020	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 2, 31	04.11.2021	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 3, 18, 20, 23, 31	26.10.2022	Dipl.-Psych. R. Schöneck
3, 19	18.10.2023	Dipl.-Psych. R. Schöneck

Vorbemerkung

In der salus klinik Lindow werden pathologische Glücksspieler seit der Eröffnung im März 1997 sowohl in der Suchtabteilung als auch in der Psychosomatikabteilung behandelt. Im Verlauf der Jahre haben wir unser Behandlungsangebot für diese Patienten ständig erweitert und spezifiziert. Aufgrund einer zunehmenden Anzahl von Anfragen von Seiten von Betroffenen und Sozialleistungsträgern haben wir uns entschlossen, das Angebot dahingehend zu erweitern, dass wir künftig ein spezifisches und eigenständiges Behandlungsangebot von Menschen mit Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch vorhalten.

Das vorliegende Behandlungskonzept fußt auf unseren allgemeinen Behandlungskonzepten für Psychosomatik und Sucht (Schöneck & Cina, 2023; Schöneck & Cina, 2023), in denen die Ausstattung und Organisation der Klinik, alle Assessments und Behandlungsangebote (insbesondere die berufsorientierten Therapieangebote) sowie das Qualitätsmanagement dargestellt sind. Insbesondere haben wir die Erfahrungen unseres Behandlungskonzepts für Pathologisches Glücksspiel (Schöneck & Cina, 2023) und die Ergebnisse der Studie von Schuhler et al. (2012) berücksichtigt.



R. Schöneck
Direktor

R. Cina
Leitender Arzt

Gliederung

		Seite
1.	**Definition Subtypen, Differentialdiagnosen, Komorbidität und Epidemiologie**	**05**
2.	**Krankheitsmodell**	**08**
2.1	Krankheitsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung	08
2.2	Die ICF als Grundlage der Behandlung	10
2.3	Schlussfolgerungen für die Behandlung	11
3.	**Indikation und Kontraiindikation, Behandlungsdauer und Behandlungsziele**	**14**
3.1	Indikation und Kontraindikation	14
3.2	Behandlungsdauer	16
3.3	Behandlungsziel	17
4.	**Organisation und Module der Behandlung**	**18**
4.1	Einzeltherapie	21
4.2	Regeln und Kontrollen	22
4.3	Angehörigenarbeit	23
4.4	Gruppentherapiekonzept	23
5.	**Therapieablauf**	**26**
5.1	Diagnostik-Phase	26
5.2	Reflexionsphase	27
5.3	Veränderungsphase	28
5.4	Erprobungsphase	29
Literatur		**31**
Anlagen	Exemplarische Therapiepläne	

1. Definition, Subtypen, Differentialdiagnosen, Komorbidität und Epidemiologie

Aufgrund des Siegeszuges des PCs und der vielfältigen Möglichkeiten der Informationsbeschaffung, der Möglichkeit zu unbegrenztem Spielen und der sozialen Interaktionen durch das Internet sehen wir uns mit einem neuartigen Krankheitsphänomen konfrontiert, für das es bislang im noch gültigen ICD-10 keine eigenständige Diagnose gibt und das DSM-V lediglich eine Forschungsdiagnose vorgesehen hat: Der pathologische PC-/Internet-Gebrauch.

Eine allgemein gültige und akzeptierte *Definition* des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs existiert bislang nicht. In der nosologischen Beschreibung wurde der pathologische PC-/Internet-Gebrauch wiederholt als Verhaltenssucht gedeutet (Hahn & Jerusalem, 2001). Ähnlichkeiten zu substanzgebundenen Süchten ergeben sich demnach aufgrund:
- des beschriebenen ausgeprägten Wunsches nach Computer- oder Internetnutzung
- Kontrollverlust bezüglich Beginn und Beendigung der Computer- oder Internetnutzung
- „Entzugserscheinungen“ bei verhinderter oder reduzierter Computer- oder Internetnutzung: Nervosität, Unruhe etc.
- „Toleranzentwicklung“ im Sinne häufigerer und längerer Computer- oder Onlinezeiten im Verlauf
- Biopsychosoziale Beeinträchtigungen als Folge des PC-/Internet-Gebrauchs
- Fortführung des exzessiven PC-/Internet-Gebrauchs trotz der Beeinträchtigungen

Auf syndromaler Ebene werden zudem weitere Symptomkomplexe beschrieben und unterschiedlich gewichtet. So werden folgende Symptome mit dem pathologische PC-/Internet-Gebrauch in Verbindung gebracht (Petry, 2009):
- Immersion. Eintauchen in die virtuelle Welt, die der realen Welt vorgezogen wird
- Flow-Erleben. Ausgeprägte, anhaltende, positive Emotion mit Verlust von Zeitgefühl und Loslösung vom Realitätsbezug
- Identitätsdiffusion
- Ich-Syntonie
- Ausgeprägtes Kontrollgefühl im virtuellen sozialen Kontext mit der Möglichkeit der idealisierten Selbstdarstellung
- intermittierend verstärkte Erfolgserlebnisse (Kick-Erleben)

Während diese Symptome per se noch keine pathologische Qualität aufweisen, führen sie dennoch bei vulnerablen Personen zu:
- sozialen Defiziten und Teilhabestörungen in der realen Welt
- verminderter beruflicher Leistungsfähigkeit
- gestörter Affektregulation

- gestörter Selbststeuerung
- sekundär orthopädischen Beschwerden und Adipositas
- sekundär verminderter Selbstwertregulation in der realen Welt

Um dem Gesamtbild des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs gerecht zu werden und um zu betonen, dass es beim pathologischen PC-/Internet-Gebrauch neben dem suchtähnlichen Charakter darüber hinaus Affektregulations-, Impulsstörungen, fehlende soziale Kompetenzen, aber auch eine Dichotomisierung in eine virtuelle und eine reale Welt und deren negativen Folgen im Fokus stehen können, werden wir den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch unter dem Kapitel „sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-68.8)“ mit einer erklärenden Zusatzbezeichnung verschlüsseln.

Dabei ist zu beachten, dass es sich beim pathologischen PC-/Internet-Gebrauch um eine heterogene Gruppe handelt. Tatsächlich gibt es Betroffene, bei denen man erkennen kann, dass der pathologische PC-/Internet-Gebrauch lediglich eine untaugliche, verzweifelte oder autoaggressive Ersatzlösung für ein überwertiges Problem darstellt. In diesen Fällen kann man hoffen, dass sich der pathologische PC-/Internet-Gebrauch wieder legt, wenn die entsprechenden ursächlichen Probleme gelöst wurden. Bei vielen Betroffenen hat sich der pathologische PC-/Internet-Gebrauch dagegen vollkommen verselbstständigt und unterliegt nunmehr den gleichen, dem bewussten Willen nicht mehr uneingeschränkt unterliegenden Mechanismen, wie wir das bei Suchtmittelabhängigkeiten kennen. In diesem Fall ist eine unmittelbare Behandlung des Spielverhaltens als eigenständiges Problem erforderlich.

Aufbauend auf Shaw und Black (2008) unterscheiden wir, je nach Schwerpunkt des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs, folgende *Subtypen*:
1. pathologischer Gebrauch von Online-Pornographie (Anschauen, Herunterladen und Handeln, inkl. Rollenspiele in entsprechenden Chat-Räumen)
2. pathologischer Gebrauch von PC-Spielen (Konsolenspiele und/oder Online-Spiele [Mehrpersonen-Online-Rollenspiele, Shooter-Spiele, Browserspiele])
3. pathologischer Gebrauch von Internetchat (Kommunikation mit teilweise von der Realität abweichender Identität)
4. pathologischer Gebrauch von internetgestützter Suche nach Informationen (Surfen)

Differenzialdiagnostisch sollten folgende Störungen erwogen werden:
- Störung der Sexualpräferenz (nach ICD 10-F65)
- Gesteigertes sexuelles Verlangen (nach ICD 10- F52.7)
- pathologisches Glücksspiel im Internet (nach ICD 10-F63.0) und pathologisches Kaufverhalten im Internet (nach ICD 10-F63.9),

sowie eine PC/Internet-assoziierte Symptomatik im Rahmen von Zwangsstörungen (nach ICD 10-F42), affektiven Störungen, bsp. im Rahmen manischer Episoden (nach ICD 10-F3) und anderen psychischen Störung.

Der pathologische PC-/Internet-Gebrauch zeigt sehr häufig *komorbide Störungen*. Dabei ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar, ob komorbide psychische Störungen das Risiko für die Entwicklung eines pathologischen PC-/Internet-Gebrauch erhöhen oder aber diese komorbide Störung durch den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch mitbedingt ist oder gemeinsame Risikofaktoren für das Auftreten des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs und der komorbiden Störung verantwortlich sind. Zudem ist umstritten, ob der pathologische PC-/Internet-Gebrauch überhaupt ein eigenständiges Störungsbild darstellt.
Häufige komorbiden Störungen sind affektive Störungen (v.a. depressive Störungen), ADHS, soziale Phobie, Substanzmissbrauch, aber auch Persönlichkeitsstörungen (vornehmlich aus dem Cluster B, narzisstisch) und sekundär somatische Erkrankungen (v.a. der Adipositas).

Diverse *epidemiologische Untersuchungen* zum pathologischen PC-/Internet-Gebrauch zeigen ein heterogenes Bild, das eine hohe Prävalenzrate von bis zu 38% bei jungen Menschen aufzeigt, währenddessen Telefonbefragungen in den USA Prävalenzraten von bis zu 0.7% in der Allgemeinbevölkerung erbrachten. In Deutschland erbrachte eine im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführte Studie (Prävalenz der Internetabhängigkeit PINTA, 2011), dass nach Schätzungen rund 560.000 Menschen in Deutschland vom Internet abhängig seien. Etwa 1 % der 14- bis 64-Jährigen sei „internetabhängig“, weitere 4,6 % seien täglich mindestens 4 Stunden online, wobei von einer "problematischen Internetnutzung" ausgegangen wird. Dabei sind erwartungsgemäß v.a. junge Menschen „internetabhängig“ (2,4 % der 14- bis 24-Jährigen). Während männliche Benutzer insgesamt häufiger einen pathologischen PC-/Internet-Gebrauch zeigen, sind in der Altersgruppe der 14- bis 16-Jährigen Mädchen stärker gefährdet oder „abhängig“. In der Gruppe der bis 24-Jährigen ist das Verhältnis ausgeglichen. Während Mädchen und Frauen sich eher auf soziale Netzwerke konzentrieren, spielen Männer eher Computerspiele.

2. Das Krankheitsmodell

2.1. Krankheitsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von pathologischem PC-/Internet-Gebrauch

Gemäß der Heterogenität des Krankheitsbildes gibt es *verschiedene Krankheitsmodelle*. Diese werden entweder entwicklungs- resp. bindungstheoretisch hergeleitet, im Sinne einer „Verhaltenssucht“ begründet, als Impulskontrollstörung gedeutet, als ressourcenorientiertes dynamisches Störungsmodell (im Sinne einer sich dynamisch entwickelnden und möglicherweise zunehmend pathologischen Passung zwischen den individuellen Ressourcen und den Möglichkeiten des PCs/Internets) gesehen, als Beziehungs- und Verhaltensstörung aufgefasst oder schlichtweg als Symptom einer übergeordneten psychischen Erkrankung gesehen. Bis heute erlaubt die empirische Forschung nicht, die Angemessenheit bzw. Überlegenheit der verschiedenen Krankheitsmodelle abschließend zu bewerten, die genauen Ursachen für die pathologische Computer- und Internetnutzung sind noch weitgehend unbekannt.

Vor diesem Hintergrund haben wir uns für ein integratives Krankheitsmodell für pathologische Computer- und Internetnutzung auf der Grundlage der breit gefassten *Konsistenztheorie* (Grawe. 1998) entschieden. Danach können wir von 4 Grundbedürfnissen ausgehen: Bedürfnis nach Bindung, nach Lustgewinn resp. Unlustvermeidung, nach Kontrolle und nach Erhöhung des Selbstwertes. Bei inadäquater Befriedung dieser Grundbedürfnisse spricht Grawe von Inkongruenz. Abhängig von der entsprechenden Inkongruenz kann im Wechselspiel mit der Nutzerpersönlichkeit im Rahmen des PC-/Internetgebrauchs das entsprechende Bedürfnis gezielt befriedigt werden. Das Spezifische an dieser Art der Bedürfnisbefriedigung liegt darin, dass diese jederzeit gezielt, selektiv und kontrolliert geschehen kann. Falls vom Nutzer gewünscht, kann dies auch realitätsfern erfolgen. So können realitätsferne Eigenschaften im sozialen Austausch und im Spielen im virtuellen Raum angenommen, verschwiegen oder verworfen werden. Während positive Feedbacks ins Konzept der eigenen Persönlichkeit integriert werden können, bleiben negative Folgen der virtuellen Aktionen meist harmlos. Verhaltenstheoretisch kommt es zu häufigen, auf die momentanen Bedürfnisse abgestimmte, positiven Verstärkungen, seltener zu, in der Regel, wenig ausgeprägten aversiven Zuständen, die v.a. deshalb wenig ausgeprägt sind, weil sie die reale Welt nicht tangieren. In diesem Zusammenhang kann der PC-/Internet-Gebrauch eine höchst attraktive

Alternative zum realen Alltag werden und im Sinne einer negativen Verstärkung als oft dysfunktionale Problemlösestrategie angesehen werden. In diesem Zusammenhang kann die Immersion und das Flow-Erleben auch als Zustand der aktuellen Bedürfnisbefriedigung angesehen werden. Da die Bedürfnisbefriedigung aber in der Regel nur einseitig im virtuellen Raum erfahren wird, kann die Realität gegenüber der virtuellen Welt an Attraktivität verlieren, was wiederum dazu führt, dass der PC-/Internetnutzer dazu verleitet werden kann, dies durch den PC-/Internet-Gebrauch zu kompensieren.

Die in vielerlei Hinsicht vereinfachte Bedürfnisbefriedigung in der virtuellen Welt einerseits und die Auseinandersetzung mit der Realität andrerseits kann in der Folge den Drang nach Intensivierung des PC-/Internet-Gebrauchs fördern und bis hin zu einer Dichotomisierung in der sozialinteraktiven Handlungsfähigkeit, des Selbstwertes und der Affektregulation und der Handlungsmotorik führen.

Zusammenfassend kann der PC-/Internet-Gebrauch als Defizit kompensierende Tätigkeit einerseits und durch die zunehmende Realitätsentfremdung Defizit generierende Tätigkeit gesehen werden.

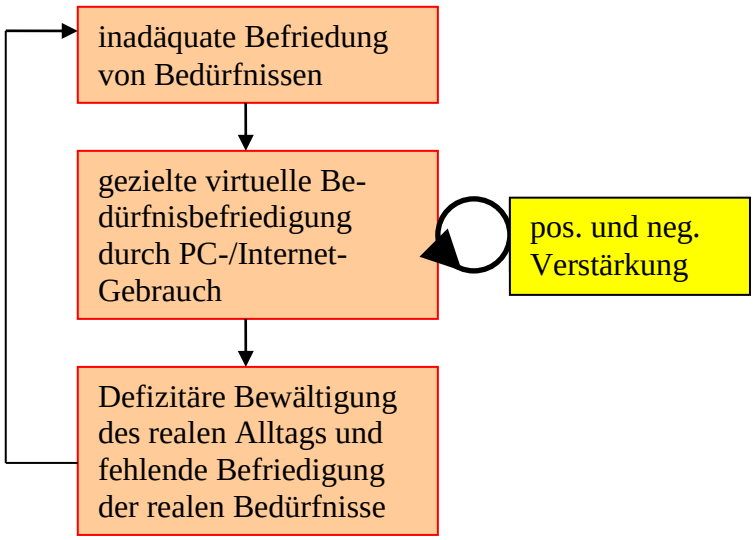


Abb. 1: Teufelskreismodell bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch

Entscheidend scheint die Frage, inwiefern der PC-/Internet-Benutzer diesen Teufelskreis nachvollziehen kann, ob er im Stande ist, die vielfältigen Folgeerscheinung seiner virtuellen Aktivitäten im korrekt einzuschätzen, ob er die nötigen Fähigkeiten entwickeln kann, der realen Welt die not-

wendige Attraktivität abzugewinnen und ob er im Sinne einer Selbstwirksamkeitserwartung sich zutraut, künftig adäquater mit dem PC-/Internet umzugehen. In Anlehnung an das „Transtheoretische Modell“ (Prochaska und DiClemente, 1986) kann von einem stufenweise geförderten Problembewusstsein ausgegangen werden, das in eine Entscheidungsbalance münden soll. Erst auf dem Hintergrund einer individuellen Bestimmung und Passung des im Einzelfall bei einem Patienten entwickelten Entstehungsmodells kann abgeleitet werden, was die strategischen Ansatzpunkte in der Behandlung (sog. Targets) sein können (Kanfer et al., 1996):

- Aufbau einer intrinsischen Veränderungsmotivation: Wofür lohnt es sich den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch aufzugeben?
- Überwindung von kognitiven Verzerrungen: Die Diskriminierung der realen und der virtuellen Welt herstellen.
- Rückfallprävention: Identifikation von teilweise unbewussten Auslösefaktoren für erneuten pathologischen PC-/Internet-Gebrauch . Einüben von Bewältigungsfertigkeiten in Risikosituationen. Aushalten von Frustration und Langeweile.
- Selbstwertproblematik: Aufbau von stabilen Quellen für ein positives Selbstwertgefühl. Erkennung und Akzeptanz von persönlichen Grenzen.
- Gefühlsregulation: Umgang mit Aktionsdrang und physiologischer Unruhe. Verbesserte Gefühlswahrnehmung und authentischer Gefühlsausdruck. Umgang mit Ärger und Aggression.
- Beziehungsstörung und Sozialverhalten: Aufbau tragfähiger, authentischer Beziehungen. Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten. Selbstfürsorglicher Umgang mit Vertrauen und Nähe.
- Behandlung komorbider psychischer Störungen.

2.2. Die ICF als Grundlage der Behandlung

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist die ICD-10 durch das internationale Klassifikationssystem of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO (deutsche Fassung 2005) ergänzt worden. Gegenstand der ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten „Körperfunktion“, „Struktur“ und „Aktivität“) sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente „Teilhabe“ an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer Behandlung nicht auf eine Normalisierung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs. Vielmehr richten sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch entstandenen Beeinträchtigungen des Betroffenen hinsichtlich seiner Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben (Hillert et al., 2009).

Zur Erfüllung dieser Aufgabe gilt es, die Heuristiken und Kategorien der auf dem bio-psycho-sozialen Störungsmodell basierenden ICF und nicht nur hinsichtlich der Diagnostik und sozialmedizinischen Stellungnahmen zu nutzen, sondern insbesondere hinsichtlich hilfreicher Interventionen mit Leben zu füllen. Die Besonderheit beim pathologischen PC-/Internet-Gebrauch liegt allerdings darin, dass die auf die Realität bezogenen Ressourcen der PC-/Internet-Nutzer oft verschüttet, nicht bewusst oder verkümmert sind. Soziale Fragen und Problembereiche – im Sinne der ICF „Kontextfaktoren"– sind deshalb in besonderer Weise zu beachten und zu würdigen:
Ein Teil der PC-/Internet-Nutzer sind durch den Rückzug in den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch beruflich und privat desintegriert. Demzufolge ist die schrittweise Wiederaufnahme sozialer Kontakte, in der Regel primär als Paar- oder Familiengesprächen anzustreben und in weiteren Schritten eine entsprechende Klärung und ggf. Lösung privater Probleme einzuleiten. Solche Gespräche bspw. mit Mitarbeitern der betrieblichen Sozialberatung oder Vorgesetzten könnten Entsprechendes für den beruflichen Bereich leisten.
Zur Klärung qualitativer und quantitativer sozialmedizinisch relevanter Leistungseinschränkungen dienen auch ergotherapeutische (z.B. MELBA), sporttherapeutische (z.B. Ausdauer, Beweglichkeit, EFL), psychologische (z.B. neuropsychologische Diagnostik) und psychotherapeutische (z.B. Interaktionsverhalten in Gruppensituationen) Angebote. Im Weiteren besteht die Möglichkeit externer Belastungserprobungen in benachbarten Betrieben sowie in Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Berlin. Die Kooperation unserer Sozialberatung mit den Beratern der Deutschen Rentenversicherung ist zur Klärung einer möglichen Einleitung berufsfördernder Maßnahmen sehr hilfreich.
Für pathologische PC-/Internet-Nutzer, die nach SGB III, teils nach SGB II als arbeitssuchend gelten, sind unsere Angebote (u.a. PC-Kurse, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, externe Arbeitserprobung) Hilfestellungen, damit die medizinische Rehabilitation auch zur Verbesserung der Vermittlungschancen beitragen kann.
Viele unserer PC-/Internet-Nutzer werden in absehbarer Zeit keinen Arbeitsplatz finden. Die subjektiv Sinn gebende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, trotz Arbeitslosigkeit, ist ein weiterer Aspekt der Rehabilitation, da ohne diese die Nachhaltigkeit der Rehabilitation – bis zur erhofften Wiederaufnahme einer Arbeit – erheblich eingeschränkt erscheint. Hierzu haben wir ebenfalls spezifische Behandlungsangebote geschaffen (IG Leben ohne Arbeit, Arbeitstherapie und externes Praktikum zur Steigerung der Motivation für Nachbarschaftshilfe und soziales Engagement).

2.3 Schlussfolgerungen für die Behandlung

Aus den dargestellten Störungsmodellen lassen sich mehrere Maxime für die medizinische Rehabilitationsbehandlung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs ableiten:

2.3.1 Veränderungsphasengerechte Differenzierung der Behandlung

Bei der Auswahl des Therapiesettings und der Therapieschwerpunkte sollte neben den individuellen Problembereichen eines Patienten immer auch die Veränderungsphase hinsichtlich seiner

Bewältigungsbemühungen (Prochaska und DiClemente, 1986) Berücksichtigung finden, so dass sich insgesamt ein zweidimensionales Modell der Therapieindividualisierung ergibt.

- Die Horizontale bestimmt die indizierten inhaltlichen Schwerpunkte der Behandlung und das hierfür erforderliche Therapiesetting.
- Die Senkrechte bestimmt dagegen die hierbei indizierte therapeutische Interaktionsform und das Behandlungssetting in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft eines Patienten: Bei Patienten mit großer Veränderungsambivalenz
  in der Precontemplationsphase, wie wir sie bei Patienten mit pathologischen PC-/Internet-Gebrauch erwarten, werden spezifischen Interaktionsstrategien mittels dosierter, das Selbstkonzept des Patienten nicht bedrohende Informationsvermittlung gemäß den Vorgaben des Motivational Interviews (Miller und Rollnick, 2015) eingesetzt, um reaktantes Verhalten bis hin zum Therapieabbruch auf Seiten des Patienten zu umgehen.

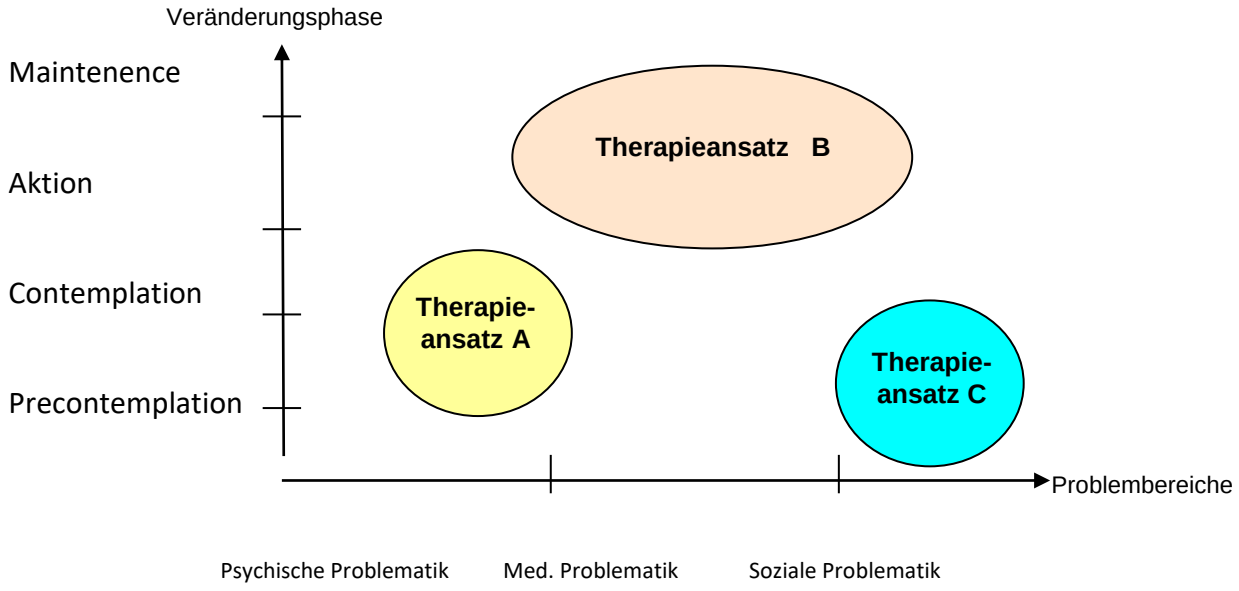


Abb. 4: Zweidimensionale Differenzierungsmöglichkeit von Therapieangeboten

Bei Patienten in der Phase von Contemplation ist ein sorgsamer Umgang mit Ambivalenz hinsichtlich einer Veränderung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs erforderlich. Hierbei soll der Behandler die Ambivalenz des Patienten von sich aus bewusst machen, anstatt sich mit angepassten Äußerungen des Patienten zufrieden zu geben. Am wirkungsvollsten wird es sein, wenn es dem Behandler gelingt, von sich aus mögliche Einwände und Härten der einzelnen Behandlungsvorschläge vorwegzunehmen, noch bevor der Patient sie ausgesprochen hat.
Dagegen erfordert die therapeutische Anleitung von änderungsbereiten Patienten in der Aktionphase ein eher direktives Therapeutenverhalten, um z.B. beim Kompetenztraining in Rollenspielen oder bei der Einstellungsveränderung durch kognitive Umstrukturierung einen möglichst deutlichen Erfolg zu erzielen.

Bei Patienten in der Maintenance-Phase ist v. a. die Förderung von Selbstwirksamkeitsüberzeugung entscheidend. Hier kommt es im Rahmen einer effektiven Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung (Rückfallprävention) darauf an, durch immer stärkere therapeutische Zurückhaltung bei immer schwereren Therapieaufgaben unter Alltagsbedingungen eine möglichst stabile internale Attribuierung der Veränderungserfolge durch den Patienten zu erzielen.

2.3.2 Realitäts- und Zukunftsorientierung

Die Therapieangebote dürfen sich nicht auf die Überwindung der körperlichen und psychischen Beschwerden beschränken. Vielmehr muss ein teilhabebezogener Ressourcenentwicklungsprozess angestoßen werden, der zeitlich weit über die stationäre Behandlung hinausreicht. Angesichts der beschränkten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen kann dies aber nur bedeuten, dass eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb des Therapieprozesses zu erfolgen hat (vgl. Abbildung 2).

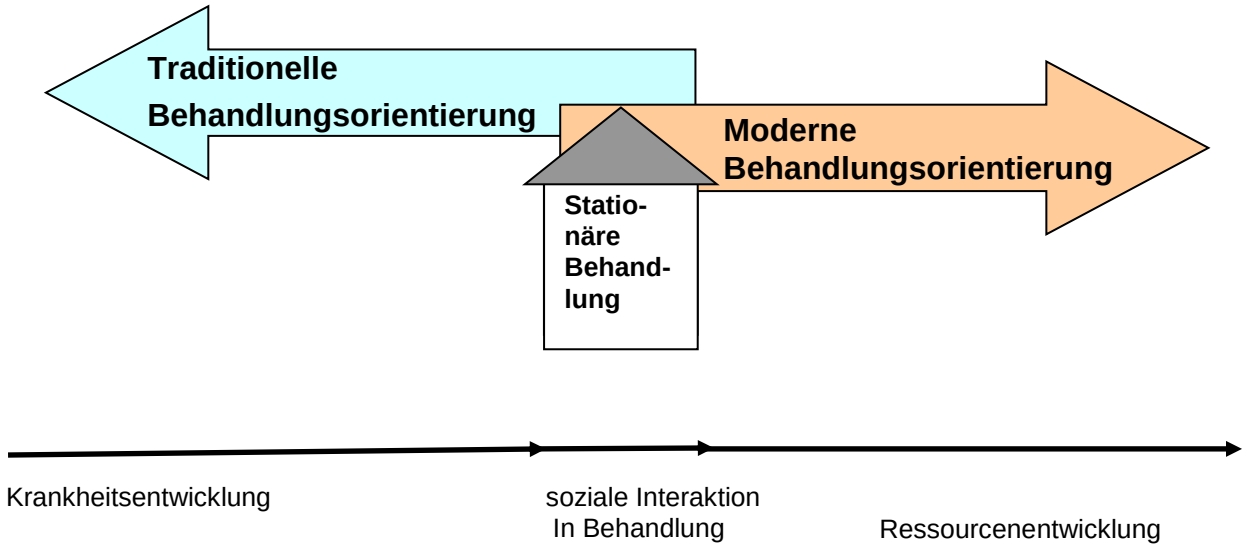


Abb. 2: Veränderte Behandlungsorientierung.

Konkret erfordert dies eine systematische Ausweitung der Kapazität von teilhabebezogenen und ressourcenorientierten Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeitstherapeutischem Schwerpunkt gegenüber rein psychotherapeutisch ausgerichteten Therapieangeboten (Hillert et al., 2009).

2.3.3 Nahtlosigkeit

Bei vielen Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch hängt der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme weniger von der Optimierung einzelner Behandlungsmodule als vielmehr von der

Nahtlosigkeit der einzelnen Therapie- und Nachsorgemaßnahmen sowie der sonstigen Unterstützungsangebote ab (vgl. Abbildung 3).

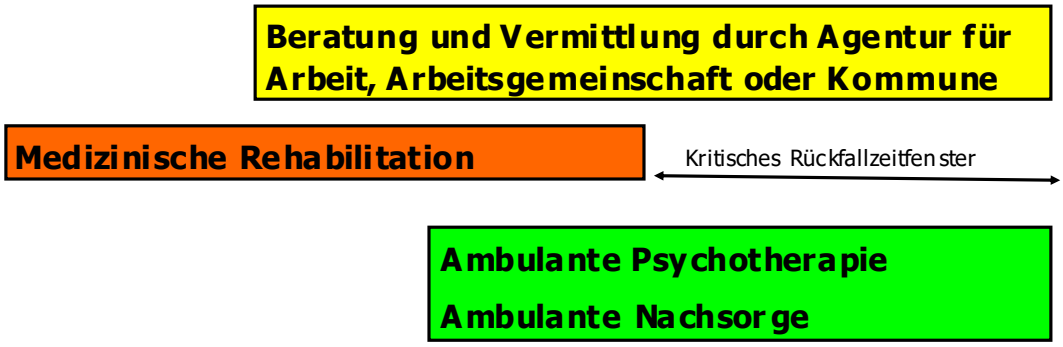


Abb. 3: Die erforderliche Überlappung der verschiedenen Therapie- und Unterstützungsangebote für Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch.

Beispielsweise ist bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung anzustreben, dass Vereinbarungen zur ambulanten Weiterbehandlung dadurch einen möglichst hohen Verbindlichkeitscharakter erhalten, dass sie frühzeitig beantragt und genehmigt werden und dass bereits aus der stationären Behandlung heraus erste ambulante Termine wahrgenommen werden können. Voraussetzung hierfür ist, dass regelhaft der Stand des Patienten durch Kontakte zum Vorbehandler eruiert wird. In diesem Sinn haben wir eine integrierte Kooperation mit der Arbeitsverwaltung im Landkreis Potsdam-Mittelmark mit Hilfe unserer 4 Beratungsstellen modellhaft verwirklicht.

3. Indikation und Kontraindikation, Behandlungsdauer und Behandlungsziele

Aufgrund der größenbedingten Vielfältigkeit der Therapieangebote der salus klinik Lindow kann ein weites Spektrum von körperlichen, psychischen und sozialen Beschwerden von Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch sachgerecht und individuell behandelt werden. Die Behandlungsdauer und die Behandlungsschwerpunkte werden entsprechend nach Indikation und entsprechend der im Vorfeld getroffenen Entscheidung in Form der Bewilligungsbescheide individuell vereinbart.

3.1 Indikation und Kontraindikation

Gerade bei Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch ist oftmals eine stationäre Reha-Behandlung eine Rahmenbedingung sine qua non, da die Betroffenen häufig unter psychischer und somatischer Komorbidität leiden, gleichzeitig die beruflich Leistungsfähigkeit gefährdet ist,

eine soziale Desintegration stattgefunden hat und die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen generell in Frage gestellt ist. Durch den stationären Rahmen können die Betroffenen in soziale Interaktion treten, gleichzeitig wird ein exzessiver PC-/Internet-Gebrauch durch die Klinikstruktur weitestgehend verhindert. Zudem hilft die intensivierte, individualisierte und zielgerichtete Herangehensweise im Rahmen der stationären Rehabilitation eine unmittelbare Entlastung von Alltagssorgen und -anforderungen. Damit haben die Betroffenen Freiräume über notwendige Veränderungen nachdenken und diese schrittweise in die Tat umsetzen. Je mehr Problembereiche vorliegen, desto dringlicher wird die Indikation zu einer stationären Therapie(phase), die mit einer hohen Dichte an verschiedenen Maßnahmen und mit stabilisierenden Rahmenbedingungen die notwendige Unterstützung gewährleistet. Dies gilt insbesondere, wenn:

- die Befreiung aus einer aktuell belastenden, schwer erträglichen oder gar pathogenen Lebenssituation nötig oder zumindest günstig ist (z.B. Gewalt, destruktive Beziehungen, Wohnungslosigkeit oder instabile Wohnsituation).
- der Genesungsprozess durch starke Befindlichkeitsschwankungen und häufige Krisen so erschwert wird, dass eine ambulante Therapie nicht regelmäßig stattfinden kann bzw. kein Einsatz am Arbeitsplatz möglich ist.
- die subjektive Sicherheit des Patienten bezüglich der Kontrolle des Problemverhaltens gering ist.
- die Bildung einer störungsspezifischen Behandlungsgruppe ambulant nicht möglich ist.
- mehrere spezifische Therapieangebote, die komplexe Probleme auf mehreren Ebenen gleichzeitig bearbeiten (z.B. bei Multimorbidität) erforderlich sind.
- viel Stützung und Sicherheit beim Experimentieren mit neuen, subjektiv ungewohnten Verhaltensweisen erforderlich ist.
- das soziale Umfeld so wenig unterstützende Funktion für Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen aufweist, dass dies durch ambulante Hilfen nicht kompensiert werden kann.
- es Schwierigkeiten in der Beurteilung und Diagnose gibt, denen nur durch die Möglichkeit zur zeitlich umfassenden und detaillierten Beobachtung und durch häufigen Kontakt begegnet werden kann.
- die Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens so beeinträchtigt sind, dass die Belastungen aus Beruf und Familie nicht kompensiert werden können.

In unserer Klinik aufgenommen werden volljährige Frauen und Männer mit vorliegendem Bewilligungsbescheid der Rentenversicherungsträger bzw. mit Kostenzusage oder als Privatzahler mit der Diagnose pathologischer PC-/Internet-Gebrauch. Voraussetzung für die Behandlung ist also die in der Regel durch den Leistungs- bzw. Kostenträger festgestellte Rehabedürftigkeit, Rehafähigkeit und eine ausreichend günstige Rehaprognose. Entsprechend ist die Behandlungsgrundlage entzogen, wenn sich im Verlauf der Behandlung Hinweise ergeben, die begründete Zweifel hieran aufkommen lassen. Eine fragliche Behandlungsindikation kann in Absprache mit dem Vorbehandler bzw. dem Leistungsträger durch ein Vorgespräch in der Klinik abgeklärt werden.

In der salus klinik Lindow stehen *2 Angebote* für die medizinische Rehabilitation von Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch zur Auswahl:

- den Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch ohne Komorbidität im Sinne einer substanzgebundenen Suchtmittelabhängigkeit empfehlen wir eine Behandlung in unserer Psychosomatikabteilung.
- Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch und einer Suchtmittelabhängigkeit empfehlen wir eine 3-monatige Behandlung in unserer Suchtabteilung.

3.2 Behandlungsdauer

- Den Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch ohne substanzgebundene Suchtmittelabhängigkeit empfehlen wir durchschnittlich eine 8-wöchige Behandlung in unserer Psychosomatikabteilung. Bei Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch und einer Persönlichkeitsstörung sollte die Behandlung in unserer Psychosomatikabteilung allerdings durchschnittlich 3 Monate betragen.
- Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch und einer Suchtmittelabhängigkeit empfehlen wir eine durchschnittlich 3-monatige Behandlung in unserer Suchtabteilung.

Diese Behandlungszeiten ergeben sich aus der besonderen Vielfältigkeit der Auswirkung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs. So benötigen die entsprechenden PC-/Internet-Nutzer neben der herkömmlich psychotherapeutischen Unterstützung in der Anfangsphase der Behandlung erzieherische Unterstützung, um die Teilnahme am Therapieprogramm überhaupt zu ermöglichen (Strukturierung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Körperpflege, Pünktlichkeit, etc.). In der Folge wird eine über das übliche Maß hinaus reichende ausgeprägte sozialtherapeutische Unterstützung durch unsere Sozialarbeiter notwendig werden, die den Boden für eine erfolgreiche Integration im realen Leben schafft (Vorbereitung auf Behördengänge, Verfassen von Behördenschreiben, Kontaktaufnahme zu Ämtern, Schuldnerberatung, Klärung der Wohnsituation nach der Behandlung, Vorbereiten von Bewerbungsunterlagen, (Wieder-)Aufnahme der Arbeit, etc.).
Hierbei sollte die Behandlungsdauer dem individuellen Behandlungsbedarf im Einzelfall angepasst werden. Bei Betroffenen sind hierbei v.a. die Dauer der Symptomatik sowie das Ausmaß an Komorbidität und Teilhabestörung zu berücksichtigen. Die Behandlungsdauer ist zunächst durch die Kostenzusage der Leistungsträger vorgegeben. Entsprechend den Regelungen der Leistungsträger kann die Behandlungsdauer im Verlauf der Behandlung dem tatsächlichen Behandlungsbedarf nach oben oder nach unten angepasst werden:

- Bei den meisten Leistungsträgern kann eine Verlängerung von bis zu 2 Wochen ohne Beantragung lediglich durch Anzeige erfolgen. In diesem Fall ist diese Verlängerung im Rahmen soge-

nannter Budgetreglungen durch entsprechende Behandlungsverkürzung bei anderen Patienten auszugleichen.
- Bei einigen Leistungsträgern und allen Kostenträgern ist eine Verlängerung schriftlich zu beantragen.

Gründe für eine Verkürzung der bewilligten Behandlung können darin liegen, dass:
- die Therapieziele des Patienten bereits ausreichend erreicht werden konnten,
- eine ambulante Weiterbehandlung ausreichend erscheint,
- keine Erwerbsfähigkeit erzielt werden kann,
- keine Veränderungsbereitschaft erzielt werden kann.

Folgende Gründe können dagegen eine Verlängerung der ursprünglich bewilligten Behandlungsdauer erforderlich machen:
- aufwändige Differentialdiagnostik zu Behandlungsbeginn,
- verzögerte Herstellung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung,
- verzögerter Aufbau von Veränderungsmotivation,
- Rückschläge bzw. Krisen im Behandlungsverlauf,
- verlangsamte Therapiefortschritte,
- Therapieausfall durch interkurrente Erkrankungen,
- schwerwiegende Veränderungen im sozialen Umfeld des Patienten (z.B. Trennung, Kündigung, Wohnungslosigkeit),
- keine ausreichende Stabilisierung von Behandlungsfortschritten.

3.3 Behandlungsziele

Um das *Hauptziel* der Behandlung, nämlich die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erreichen, wird bei Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch grundsätzlich ein Verzicht auf den jeweiligen pathologischen PC-/Internet-Gebrauch (pathologischer Gebrauch von Online-Pornographie, pathologischer Gebrauch von PC-Spielen, pathologischer Gebrauch von Internetchat oder pathologisches Surfen) angestrebt. Die Ausnahme bildet eine PC-/Internetnutzung im Ausbildungs- oder Berufskontext, sowie die zielgerichtete Nutzung des PCs resp. die zielgerichtete Nutzung von Informationen aus dem Internet (bspw. E-banking). Es bedarf also im Einzelfall einer sorgfältigen Abwägung inwieweit der PC-/Internet-Gebrauch einzuschränken ist und v.a. einer gemeinsamen Abstimmung mit dem Patienten, soll das Behandlungsziel später auch im Alltag Bestand haben.

Als *allgemeine Ziele* gelten

- das Erkennen der pathologischen PC-/Internetaktivität, speziell in Hinblick auf die diesbezügliche Affektregulation und das Selbsterleben
- die Gegenüberstellung der virtuellen und der realen Welt
- das Erkennen der kurz- und langfristigen Konsequenzen des exzessiven PC-/Internetgebrauchs
- das Erkennen von patienteneigenen (evt. brachliegenden oder defizitären) Ressourcen
- die Einteilung nach den 4 Kategorien pathologischer Gebrauch von Online-Pornographie, pathologischer Gebrauch von PC-Spielen, pathologischer Gebrauch von sozialen Netzwerken oder pathologisches Surfen
- das Erkennen motivationaler Konflikte und deren Einfluss auf die PC-/Internetaktivität
- das Erarbeiten eines individuellen Krankheitsmodells mit der entsprechenden Bedingungsanalyse und den negativen Konsequenzen der pathologischen PC-/Internetaktivität
- die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf einen künftigen gesunden Umgang mit dem PC resp. dem Internet
- das Ausformulieren eines gemeinsamen Ziels von Seiten des Patienten und des Behandlers
- die Einleitung einer Rückfallprophylaxe
- die Einleitung einer fortgesetzten psychosozialen Begleitung nach dem Rehabilitationsaufenthalt (bspw. Selbsthilfegruppe, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, psychotherapeutische Weiterbehandlung etc.)

Weitere Zielsetzungen hängen im Wesentlichen vom individuell erarbeiteten Krankheitsmodell und der ermittelten Teilhabestörungen unter Einbeziehung bisheriger Lösungsansätze und Ressourcen ab. Diese beinhalten bspw.

- die Förderung der Sozialkompetenz
- die Verbesserung der Affektregulation
- die Steigerung des Selbstwertes
- die Verbesserung der Genussfähigkeit im realen Leben
- die Einleitung einer aktiven Freizeitgestaltung
- der Abbau von Passivität
- die Tagesstrukturierung

Eine vollständige Auflistung der hierbei möglichen Behandlungsziele findet sich in unserem Therapiekonzept der Psychosomatikabteilung (Lindenmeyer und Kolling, 2012a).

4. Organisation und Module der Behandlung

Unser Behandlungsschwerpunkt für Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch umfasst für alle Betroffenen standardmäßig folgende Elemente:

- engmaschige Einzeltherapie (mind. 2 Termine pro Woche): Der Bezugstherapeut ist der Lotse im gesamten Behandlungsprozess. Schwerpunkte der Einzeltherapie sind der Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung, die Durchführung und gemeinsame Auswertung der Diagnostik, die Förderung der Selbsterkenntnis, die Entwicklung eines individuellen Störungsmodells, Förderung der Veränderungsmotivation, die Aufstellung und stetige Anpassung des individuellen Therapieplanes, die Einleitung der Nachsorge und die Bewältigung von Krisen bzw. Konflikten im Therapieverlauf.
- Indikative Gruppe „pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ (4 Termine pro Woche á 90 Minuten mit mind. 3 und max. 12 Teilnehmern): Inhaltliche Schwerpunkte sind die Differenzierung zwischen „normalem“, „riskanten“ und „pathologischen“ PC-/Internet-Gebrauch, der Aufbau eines Störungsverständnisses durch die eingehende Beschreibung der virtuellen und der realen Welt, die Selbstwertstabilisierung, Ressourcenmobilisierung, die Förderung der Veränderungsambivalenz, der Aufbau von angemessenem Sozial- und Konfliktverhalten, der Aufbau von funktionalen Alternativen zum pathologischen PC-/Internet-Gebrauch, die Entwicklung und Erprobung von störungsspezifischen Rückfallpräventionsstrategien und die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe. Als inhaltlicher Leitfaden dienen hierbei die in gedruckter Form vorliegenden Teilnehmermaterialien, mit deren Hilfe die Patienten die einzelnen Therapieinhalte schriftlich bearbeiten.
- Indikative Gruppe „Genussgruppe“ (4 Termine pro Woche á 90 Minuten mit max. 12 Teilnehmern): Inhaltlicher Schwerpunkt ist die Sensibilisierung und Aufmerksamkeitsfokussierung auf reale positive Reize. Dabei werden alle Sinne angesprochen. Zudem werden Verhaltensweisen eingeübt, die den Umgang mit positiven Stimuli fördern und hedonistische Regeln vermittelt. Die Mentalisierung soll durch Imaginationsübungen ausgebaut werden.
- Ausdauertraining „Nordic Walking“ (3 Termine pro Woche mit max. 12 Teilnehmern). Hier geht es vorrangig darum, der körperlich Passivität der pathologischen PC-/Internet-User entgegen zu wirken. Gleichzeitig sollen die Patienten die im Genusstraining erarbeiteten Strategien realitätsnah im Nordic Walking umsetzen.
- Arbeitstherapie (4-5 Termine pro Woche für mindestens 3 Wochen (PS) bzw. 4 Wochen (Sucht)). Aufgrund der häufigen Einschränkungen und Defizite im Bereich der Teilhabe, welche durch Fehlzeiten in der schulischen bzw. beruflichen Ausbildung oder aufgrund langanhaltender Krankschreibung oder Arbeitslosigkeit, soll die überwiegende Mehrheit der Patienten an einer arbeitstherapeutischen Maßnahme teilnehmen. Die Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag oder die Überwindung von Vermittlungshemmnissen soll schwerpunktmäßig bearbeitet und durch das entsprechende Teilnehmerheft konkretisiert werden.

Die Probleme bei Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch können allerdings im Einzelfall ganz unterschiedliche Formen und Ausmaße annehmen, außerdem kann der Zusammenhang mit weiteren Problemen unterschiedlich sein. Entsprechend haben wir keine Standardbehandlung, sondern erarbeiten gemeinsam mit den Patienten einen persönlichen Behandlungsplan. Wir verfügen dabei über mehr als 40 sog. indikative Therapieangebote (siehe Schöneck &

Cina, 2023; Schöneck & Cina, 2023). Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch werden besonders häufig folgende Angebote nutzen:

- Therapieangebote zum verbesserten Umgang mit sich selbst und anderen (z.B. Selbstsicherheitstraining, Umgang mit Ärger und Aggression, Frauengruppe)
- Körperorientierte Therapieangebote (z.B. Bogenschießen, Fitnesstraining, Tai Chi, Ernährungsgruppe, Adipositassport, Wassergymnastik, Entspannungstraining)
- Therapieangebote zur Förderung der Kreativität und aktiven Freizeitgestaltung (z.B. Maltherapie, Ergotherapie, Genusstraining)
- Therapieangebote zur sozialen Reintegration (z.B. Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, Stress am Arbeitsplatz)

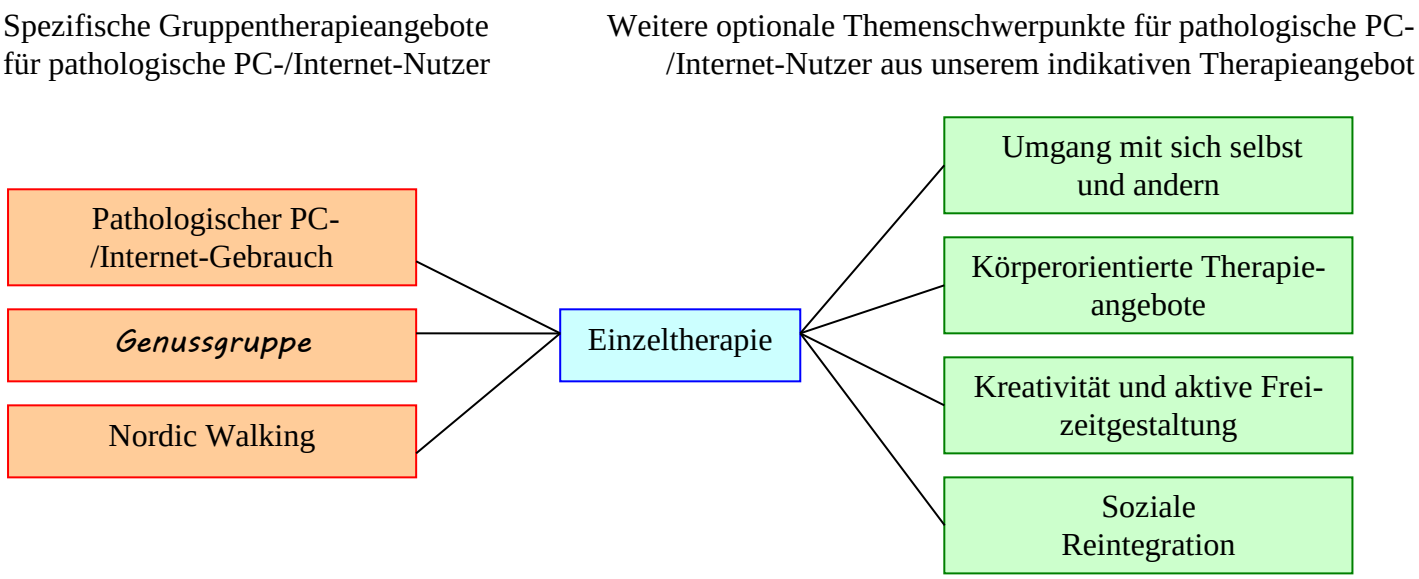


Abb. 5: Behandlungsangebote für pathologische PC-/Internet-Nutzer

Wesentlich für das Verständnis der Behandlungsplanung ist, dass die Rehabilitanden die gebotene Vielfalt nicht als „therapeutischen Supermarkt“ missverstehen, aus dem man so viel wie möglich kostenlos mitnimmt, sondern dass in der gemeinsamen Therapieplanung die Prioritäten so gesetzt werden, dass vor allem diejenigen Methoden in Anspruch genommen werden, die für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg notwendig und sinnvoll sind.

Um pathologischen PC-/Internet-Nutzern mit entsprechender Komorbidität eine geeignete Behandlung ihrer weiteren Störung zu ermöglichen, erfolgt je nach Kostenzusage ihre Integration in unsere Sucht- bzw. Psychosomatikabteilung.

- In der Suchtabteilung werden die pathologischen PC-/Internet-Nutzer mit komorbider substanzgebundener Sucht in der speziellen Bezugsgruppe „PC-/Internet-Gebrauch und Sucht“ aufgenommen. In dieser Gruppe haben alle Patienten beide Diagnosen. Bei spezieller Indikati-

on erfolgt eine Aufnahme in die Bezugsgruppen „Medikamentenabhängige“, „Führungskräfte“ oder „Polizisten“, um den Patienten die Identifikation mit Mitpatienten zu erleichtern.

- In der Psychosomatik ist je nach Indikation eine Zuteilung der Patienten in die täglich stattfindende störungsspezifische Therapiegruppe „Angststörungen“, „Depression“, „Persönlichkeitsstörung“, „Essstörung“ oder „Somatoforme Störung“ möglich.

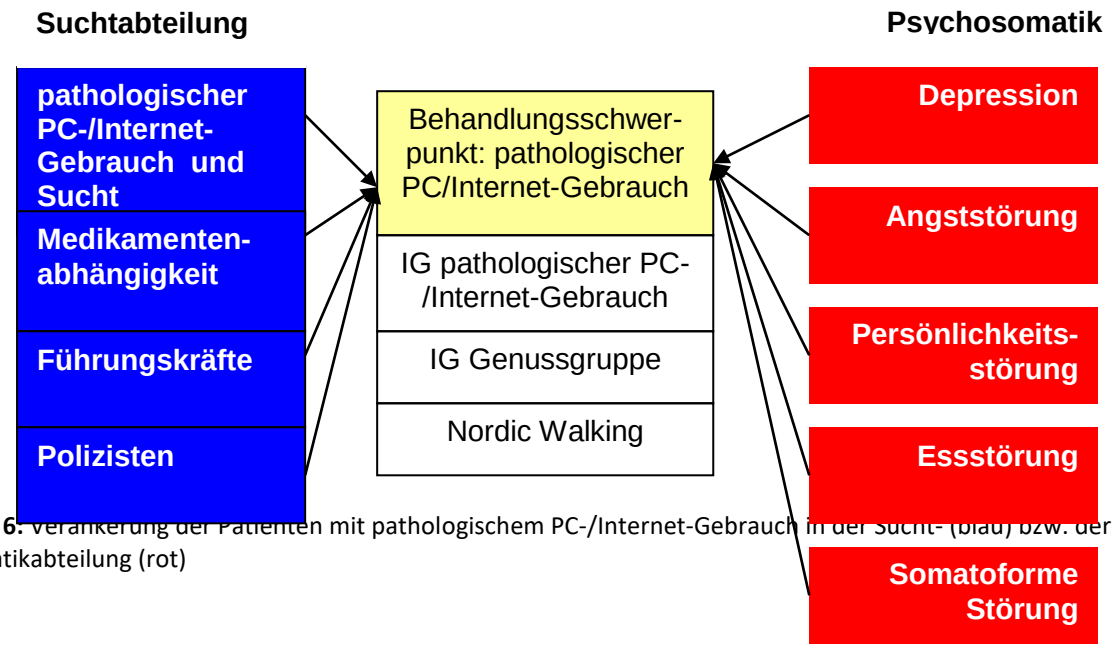


Abb. 6: Verankerung der Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch in der Sucht- (blau) bzw. der Psychosomatikabteilung (rot)

4.1 Einzeltherapie

Die engmaschige Einzeltherapie mit mindestens 2 Kontakten pro Woche dient v.a. dazu, die Therapiemaßnahmen und die Therapiedauer individuell auf die Problematik des einzelnen Patienten abzustimmen. Um allerdings einerseits angesichts der beschränkten zeitlichen Ressourcen der Behandler in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung zielgerichtet arbeiten zu können und andererseits zu verhindern, immer wieder durch Konflikte im Klinikalltag in einer kontinuierlichen Therapie unterbrochen zu werden, haben die Einzelgespräche folgende Ablaufstruktur:

- Begrüßung
- Gab es erneutes pathologischen PC-/Internet-Gebrauch oder Situationen mit entsprechendem Verlangen? (wenn ja, vorrangig bearbeiten)
- Gab es sog. "therapieschädigendes Verhalten" z.B. Nichtteilnahme, Nichterledigen von Aufgaben, Regelverstöße, negative Äußerungen über Therapie, kritische Rückmeldungen von therapeutischen Mitarbeitern? (wenn ja, vorrangig bearbeiten)
- Besprechung der Therapieaufgabe des Patienten aus der letzten Sitzung
- Thema der Stunde
- Erneute Therapieaufgabe bzw. Wochenplanung für den Patienten

Die Frequenz der Einzeltherapie richtet sich nach der individuellen Indikation jedes Patienten. Bei vielen Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch sind 2 Einzelgespräche pro Woche ausreichend. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung haben in der ersten Therapiehälfte täglich ein Einzelgespräch, um das selbstschädigende Verhalten bzw. ihr gestörtes Interaktionsverhalten nicht durch erst in der Folge vermehrt angesetzte Einzeltherapietermine ungewollt zu verstärken.

4.2 Regeln und Kontrollen

In der Behandlung von pathologischen PC-/Internet-Nutzern kann das Ziel nicht darin bestehen, die Betroffenen von jeglichem PC-/Internet-Gebrauch auszuschließen, denn dies wäre gleichbedeutend mit dem Verlust der unbestreitbaren Vorzüge dieses Mediums. Nichtsdestotrotz kann eine vereinbarte Karenzzeit helfen, den nötigen Abstand zum pathologischen PC-/Internet-Gebrauch zu gewinnen, um sich über die pathologischen Aspekte des PC-/Internet-Gebrauchs Klarheit zu verschaffen, den Abschied aus der virtuellen Welt mit der entsprechenden Trauer zu durchleben und eine Hierarchisierung, resp. Differenzierung zwischen pathologischem und zweckmäßigem PC-/Internet-Gebrauch zu erarbeiten. Entsprechend dem Selbstverständnis der Dialektischen Verhaltenstherapie sehen wir die Behandlung dabei immer in einer Balance zwischen den beiden Prinzipien Validierung und Veränderung (Miller und Rollnick, 2004):

- Das Prinzip Validation bedeutet, als Therapeut zunächst die „gute Absicht“ auch bei gestörtem Verhalten eines Patienten anzuerkennen und dem Patienten explizit zurückzumelden.
- Das Prinzip Veränderung bedeutet, dem Patienten zu einer Optimierung seines gestörten Verhaltens anzuhalten.

Entsprechend erfolgt bei pathologische PC-/Internet-Nutzern im Rahmen der Einzeltherapie die Aufstellung eines individuellen Therapievertrages, der eine Reihe spezifischer Regelungen enthält (siehe Anhang):

- welche Formen von PC-/Internet-Gebrauch sind während der Behandlung verboten,
- wie hat sich der Patient bei einem Rückfall zu verhalten, damit die Behandlung fortgesetzt werden kann,
- welche Grenzen und Einschränkungen gelten in der Nutzung von PCs und Internet

Die Aufstellung des individuellen Therapievertrages erfolgt unter Berücksichtigung der Vorstellungen von Vor- und Weiterbehandlern, um diesbezüglich ein Höchstmaß an Transparenz und Konstanz zu erzielen und Konzeptbrüche zu vermeiden.

Die Aufstellung von Verträgen ist nur sinnvoll, wenn deren Einhaltung auch seitens der Klinik kontrolliert werden kann. Von daher sind beispielsweise Atemalkoholkontrollen bei Suchtpatienten (Zufallsprinzip und bei Verdacht) sowie die tägliche Kontrolle des Ausgangsbuches selbstverständ-

lich. Von besonderer Bedeutung bei pathologische PC-/Internet-Nutzern ist die Überwachung der Internet-Nutzung. Letzteres geschieht durch obligatorische An- und Abmeldung im W-LAN-System der Klinik. Im begründeten Einzelfall kann auch vereinbart werden, dass der Betroffen vorübergehend die Verfügung über die PC-/Internetzugang abtritt, respektive seinen Rechner zur Verwahrung dem Bezugstherapeuten aushändigt und vom Therapeuten lediglich wöchentlich für einen gemeinsam bestimmten Zeitraum bekommt. Allerdings sollen diese Kontrollmaßnahmen nicht dazu führen, dass die Verantwortung der Überwachung ausschließlich auf die Klinik übergeht, ohne dass der Betroffene oder Mitpatienten Mitverantwortung tragen. Wir können seit vielen Jahren in unseren Qualitätsberichten nachweisen, dass die Hälfte aller Rückfälle im substanzgebundenen Bereich oder bei pathologischen Glücksspielern von unseren Patienten selbst bzw. von Mitpatienten gemeldet wird. Wir gehen davon aus, dass dies im Falle von unerlaubtem pathologischen PC-/Internet-Gebrauch auch so sein wird.

4.3 Angehörigenarbeit

Die wichtigsten Bezugspersonen der PatientInnen werden, wenn sie bei der Aufnahme nicht anwesend waren, durch die BezugstherapeutInnen in einem ausführlichen Brief über das Behandlungskonzept informiert und zu einer aktiven Beteiligung an der Behandlung eingeladen.

Für alle Angehörigen und Bekannten von Patient*innen findet abwechseln jeweils am Samstag für Patient*innen der Suchtabteilung und am darauffolgenden Samstag für Patient*innen der Psychosomatik eine Informationsveranstaltung in der Klinik statt. In ihr werden das Störungsmodell und das Behandlungskonzept der Klinik erläutert. Außerdem besteht die Möglichkeit, auf Fragen von Angehörigen einzugehen.

Die engsten Lebenspartner eines Patienten werden nach Möglichkeit an der Einzeltherapie in Form von Paargesprächen beteiligt.

4.4 Gruppentherapiekonzept

Bei allen Gruppentherapieangeboten der Klinik handelt sich um sogenannte „halboffene“ Gruppen, in denen ausscheidende Patienten durch neue Patienten ersetzt werden. Der Vorteil von halboffenen Gruppen gegenüber sog. „geschlossenen“ Gruppen besteht in der Möglichkeit einer individuell unterschiedlich langen Gruppenteilnahme in Abhängigkeit von der Problematik eines Patienten, sowie in einer erheblich besseren Auslastung der Behandlungsplätze. Aufgrund der ständigen Fluktuation der Patienten innerhalb halboffener Gruppen ist es allerdings nur bedingt möglich, die in den veröffentlichten Gruppentherapiemanualen dargestellte Abfolge von aufei-

nander aufbauenden Themen über einen längeren Zeitraum einzuhalten. Stattdessen wird für jeden einzelnen Patienten ein inhaltlicher Verlauf innerhalb der Gruppentherapie konzipiert, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden fortgeführt wird. In den einzelnen Gruppentherapiesitzungen stehen dadurch jeweils mehrere PatientInnen nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt (Lindenmeyer, 2010). Die Teilnehmerzahl beträgt mind. 6 und max. 12 Personen.

Anders als in einer Einzeltherapie ist die Teilnahme an einer Gruppentherapie für die PatientInnen niemals selbstverständlich. Entscheidend ist daher, dass der Patient sich zu jedem Zeitpunkt zumindest im Groben darüber im Klaren ist, wozu er an der Therapiegruppe teilnimmt. Entsprechend sollte der Patient vom Therapeuten immer wieder mit bestimmten Aufgaben innerhalb der Gruppentherapiesitzungen betraut werden, auf die er sich vorbereiten kann

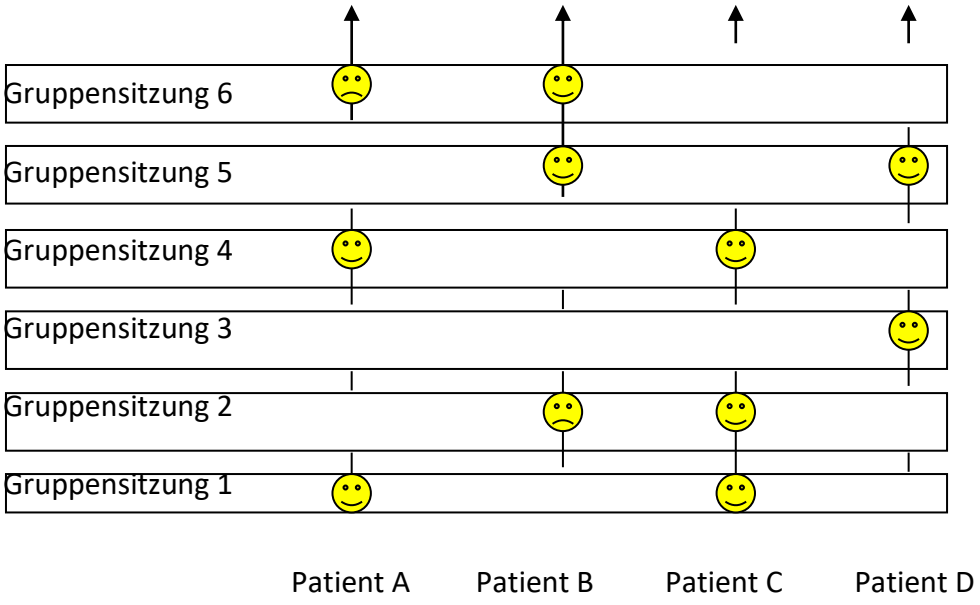


Abb. 7: Die Ablaufstruktur bei halboffenen Therapiegruppen

und die ein für ihn transparentes Ziel verfolgen. Entsprechend verfügt jedes Gruppentherapieangebot über Teilnehmermaterialien, deren Durcharbeitung für den Patienten sozusagen den „roten Faden“ seiner Behandlung bildet (Lindenmeyer, 2016; 2011). Für die Indikationsgruppe „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch wurde ein eigens Teilnehmerheft auf der Grundlage der Arbeiten von Schuhler und Vogelgesang (2011; 2012) entwickelt.

Der Schwerpunkt kann bei diesen Therapieaufgaben in der Gruppe für den betroffenen Patienten darauf liegen:

- von den Mitpatienten Rückmeldung zu erhalten,
- seine Überlegungen erstmals anderen Menschen anzuvertrauen,
- seine Selbstsicherheit und Selbstbehauptung zu erproben bzw. zu steigern,

- durch die Veröffentlichung eine erhöhte Selbstverpflichtung einzugehen,
- unmittelbare Unterstützung und Hilfe durch Mitpatienten zu erfahren.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht v.a. darin:
- neuen Patienten die Integration in die Therapiegruppe zu ermöglichen,
- für gute instrumentelle Gruppenbedingungen zu sorgen,
- der Gruppentherapie für jeden einzelnen Patienten inhaltlich einen roten Faden zu geben.

5. THERAPIEABLAUF

5.1 Diagnostik-Phase

Alle PatientInnen werden zunächst einem ein- bis dreitägigen Intensiv-Sceeningverfahren unterzogen. Um ihnen die Orientierung und das Einleben in der Klinik zu erleichtern werden allen neuen PatientInnen sog. „Patenpatienten“ zur Seite gestellt. Hierbei handelt es sich um einen Patienten, der schon länger im Haus ist, und dem Neuling freiwillig unterstützt.

Die ausführliche medizinisch-psychologische Untersuchung dient zur Abklärung der Notwendigkeit primärer medizinischer Behandlungen (z. B. medikamentöse Versorgung bzw. Einstellung) und sozialer Versorgung (beruflicher Integration, Schuldenregulierung), sowie der selektiven Indikationsstellung, der Anbahnung einer therapeutischen Beziehung und schließlich der ersten Information der Patienten über das weitere Vorgehen. Neben einer ersten Sichtung der individuellen Problematik jedes Patienten geht es vor allem darum festzustellen, in welcher Phase er sich hinsichtlich der Auseinandersetzung mit seinem pathologischen PC-/Internet-Gebrauch befindet.

Aus Sicht der Patienten stellt die Diagnostikphase sozusagen die „Visitenkarte“ der Klinik dar und soll damit eine günstige Motivationsgrundlage für weitere Therapieentscheidungen der Patienten schaffen helfen. Organisation und Inhalte der Diagnostikphase orientieren sich an der körperlichen und psychischen Verfassung der Patienten. Grundlegend sind Servicehaltung und Patientenorientierung der Therapeuten. Die Patienten werden ermutigt, wichtige Bezugspersonen zur Aufnahme mitzubringen.

Nach Abschluss aller Untersuchungen werden den Patienten im Rahmen eines ausführlichen Auswertungsgesprächs die Ergebnisse unmittelbar zurückgemeldet und in ein einfaches, plausibles Erklärungsmodell durch ihre Bezugstherapeuten zusammengefasst. Daraus werden die individuellen Behandlungsschwerpunkte, die in Frage kommenden Behandlungsmaßnahmen und die voraussichtliche Behandlungsdauer abgeleitet. Die Untersuchungsergebnisse werden außerdem in Beziehung gesetzt zu der Einschätzung durch Vorbehandler und Angehörige sowie zu den Erwartungen der Patienten selbst. Die Patienten haben Gelegenheit, Fragen hinsichtlich der weiteren Behandlung zu klären und eventuelle terminliche/organisatorische Probleme zu besprechen.

Schließlich entscheiden die Patienten, inwieweit sie der vorgeschlagenen Behandlungsform zustimmen können. Ambivalenz oder mangelnde Zustimmung der Patienten werden von therapeutischer Seite ausdrücklich entpathologisiert. In diesem Fall wird den Patienten empfohlen, im Verlauf der anschließenden Selbstreflexionsphase an speziellen Motivationsförderungsmaßnahmen teilzunehmen, um zu einer besseren Informationsgrundlage für eine endgültige Therapieent-

scheidung zu kommen. Leistungsträger und bei Einwilligung der Patienten die Vorbehandler (Hausärztin/arzt, Beratungsstelle, betriebliche SuchtkrankenhelferInnen) erhalten eine sofortige Rückmeldung über die Ergebnisse der Diagnostikphase und Therapievereinbarungen in Form eines Aufnahmeberichts. Auf dieser Grundlage wird Kontakt mit dem Vorbehandler aufgenommen, um den Stand der Patienten zu objektivieren und eine Abstimmung der therapeutischen Strategie vorzunehmen.

5.2 Reflexionsphase

Hier geht es darum, den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch der Patienten für die Betroffenen verständlich zu machen und die Zusammenhänge der einzelnen Symptome bzw. Problemverhaltensweisen zu der persönlichen Biografie und Alltagsrealität zu erhellen. Denn auch bei großem Leidensdruck sind viele PatientInnen hinsichtlich jeder Veränderung ambivalent, weil ihr Problemverhalten ursprünglich durchaus zur Bewältigung persönlicher Krisensituationen oder zur Befriedigung eigener Bedürfnisse geeignet war, den Normen ihrer Umgebung entspricht oder sogar zur Stabilisierung von persönlichen Beziehungen oder Familienstrukturen beiträgt. Hierbei zeigt der pathologische PC-/ Internet-Gebrauch häufig eine sehr spezielle Funktionalität in der Bewältigung von emotionalen Zuständen oder Alltagsproblemen. Je nach Einzelfall kann der Schwerpunkt der Reflexionsphase auf folgenden Inhalten liegen:

- genaue Analyse der körperlichen, psychischen und sozialen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen des individuellen pathologischen PC-/Internet-Gebrauch des Patienten,
- Darstellung der Diskrepanz zwischen virtueller und realer Welt, um das volle Ausmaß und die Folgen des eigenen Problemverhaltens für andere erkennen zu können,
- dosierte störungsspezifische Informationsvermittlung, um eine therapiegünstige Kausalattribuierung und Veränderungserwartung entwickeln sowie verstärkt Selbstverantwortung übernehmen zu können,
- Entwicklung persönlicher Veränderungsziele und einer realistischen Lebensperspektive.

Indikationsabhängig kann hierbei eine einzeltherapeutische Verhaltensanalyse oder die gemeinsame Auseinandersetzung innerhalb der Indikationsgruppe „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch “ im Vordergrund stehen. Außerdem nehmen die PatientInnen in der Regel bereits an den beiden Schwerpunktindikationsgruppen „Genusstraining“ und „Nordic Walking“ teil. Bei Einverständnis der PatientInnen erfolgt eine Einbeziehung relevanter Bezugspersonen (Angehörige, Arbeitskollegen oder Vorgesetzte), selbstverständlich unter Wahrung des Datenschutzes.

In der Suchtabteilung nehmen Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch zusätzlich 4x pro Woche an der Bezugsgruppe „Sucht und pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ teil. In der Psychosomatikabteilung nehmen PatientInnen mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch dage-

gen indikationsabhängig 5x pro Woche an einer der störungsspezifischen Gruppen „Depression“, „Angststörung“, „Essstörung“ oder „Persönlichkeitsstörung“ teil.

Während dieser Phase sollen die individuell mit den PatientInnen vereinbarten Rahmenbedingungen ihres Klinikaufenthalts (Ausgangsregelung, Besuchszeiten etc.) eine besondere Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst ohne Ablenkung oder Anforderungen von außen, einen gewissen Schutz vor Überforderung sowie einen Schonraum zur selbstkonzeptkonformen Änderung von Einstellungen und Sichtweisen ohne Druck durch Bezugspersonen ermöglichen.

Der Ausgang kann sich bis maximal 22.45 Uhr erstrecken und wird in der üblichen Weise über Ausgangsbücher und Stichproben kontrolliert. Sollte nach besonderer medizinischer bzw. therapeutischer Indikation im Einzelfall ein Ausgang nach 22.45 Uhr hinaus vereinbart werden, so muss sich der Patient in jedem Fall persönlich auf der medizinischen Aufnahmestation zurückmelden.

Zum Abschluss der Reflexionsphase werden die PatientInnen systematisch ermutigt, sich unter gründlicher Abwägung aller Vor- und Nachteile bzw. Kosten-Nutzen-Gesichtspunkte für oder gegen die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden. Falls erforderlich kann der Therapeut hier auch bei unterschiedlichen Auffassungen von Patienten und ihren Bezugspersonen vermitteln.

5.3 Veränderungsphase

Die vorgeschlagenen Behandlungsangebote sind in jedem Einzelfall unterschiedlich. Der „rote Faden“ der Gesamtbehandlung ist die kontinuierliche Betreuung der Patienten durch ihre Bezugsärzte bzw. Bezugstherapeuten im Rahmen einer engmaschigen Einzeltherapie und der Teilnahme an der Indikationsgruppe „pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“. Zur Bearbeitung spezifischer Problembereiche besuchen die Patienten zusätzlich einzelne indikative Therapieangebote aus dem psychotherapeutischen, sozialrehabilitativen und sporttherapeutischen Bereich. Das relative Ausmaß dieser inhaltlichen Bereiche innerhalb des Gesamtbehandlungsplans eines Patienten kann vollkommen unterschiedlich sein:

- bei sozial bzw. beruflich desintegrierten Patienten kann vorrangig eine soziale Reintegrationsbehandlung erfolgen,
- bei PatientInnen mit vorrangig psychischen Beschwerden kann der Behandlungsschwerpunkt auf eine psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlung gelegt werden,
- bei entsprechender Indikation (Adipositas, orthopädische Beschwerden) kann eine vorrangig physiotherapeutisch/medizinisch dominierte Behandlung erfolgen.

Alle adaptiven Indikationsstellungen und Korrekturen des Therapieplanes werden zwischen den Patienten und ihren Bezugsärzten bzw. Bezugstherapeuten vorgenommen. Auch die Einbeziehung

von Angehörigen erfolgt durch die Bezugstherapeuten, die dadurch auch für letztere zu festen Ansprechpartnern in der Klinik werden.

Die Therapiefortschritte und Zufriedenheit der PatientInnen und gegebenenfalls der Angehörigen mit dem Therapieverlauf werden regelmäßig durch das Ausfüllen kurzer Fragebögen und in bestimmten Abständen durch veränderungssensitive psychodiagnostische Erhebungsinstrumente erhoben und rückgemeldet.

5.4 Erprobungsphase

So früh wie möglich werden die Patienten ermutigt, sich direkt mit persönlich relevanten Problemsituationen in der Alltagsrealität zu konfrontieren, um so ihre Bewältigung ohne Symptom- oder Vermeidungsverhalten zu üben. Sie können dadurch Zugang zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten und mehr Selbstbewusstsein gewinnen. Gleichzeitig kann auf diese Weise eine schrittweise Verringerung der Angst und des Misstrauens von Angehörigen erzielt werden. Entsprechend findet in dieser Phase die Behandlung zunehmend auch außerhalb der Therapieeinrichtung statt. Gegen Ende der Behandlung wird die Intensität der Therapeutenkontakte systematisch ausgeschlichen. Die Interventionen beschränken sich zunehmend auf eine Vorbereitung und Auswertung entsprechender Therapieaufgaben. Die Patienten protokollieren ihre Aktivitäten kontinuierlich in entsprechenden Selbstbeobachtungsbögen und werten diese gemeinsam mit ihrem Bezugstherapeuten aus. Falls erforderlich kann der Therapeut Patienten auch bei Therapieaufgaben außerhalb der Einrichtung begleiten. Rückschläge oder Complianceprobleme können kurzfristig durch eine Intensivierung der therapeutischen Kontakte aufgefangen werden. Die Patienten und ihre Angehörigen lernen auf diese Weise systematisch, ungünstige Entwicklungsverläufe rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls kurzfristig zu korrigieren.

Je nach individueller Indikation werden die Patienten von ihren Bezugstherapeuten systematisch beim Anschluss an eine Selbsthilfegruppe, bei der Kontaktaufnahme zu einer Nachsorgeeinrichtung bzw. bei der Einleitung einer ambulanten Weiterbehandlung unterstützt und ermutigt. Nach Möglichkeit suchen die Patienten im Rahmen von Erprobungsheimfahrten bereits die vorgeschlagene Nachsorgeeinrichtung auf, um persönlichen Kontakt aufzunehmen und einen nahtlosen Termin nach Abschluss der Behandlung zu vereinbaren. Zur Erleichterung der beruflichen Wiedereingliederung sind außerdem gemeinsame Gespräche an der Arbeitsstelle der Patienten möglich.

Patienten und ihre Angehörigen markieren schließlich in einem Kalender, den sie in ihrer Wohnung aushängen werden, Rückfallrisiko- bzw. Belastungssituationen innerhalb der ersten 6 Monate nach Abschluss der stationären Behandlung. Sie vereinbaren außerdem ein individuelles Ausmaß an telefonischen Kontakten zu ihrem Bezugstherapeuten in dieser Zeit. Alle Patienten wer-

den darauf hingewiesen, dass für ehemalige Patienten eine Hotline eingerichtet wurde, bei der täglich in der Zeit von 19.00 – 21.00 Uhr der diensthabende Arzt bzw. Therapeut telefonisch erreicht werden kann. Die Patienten werden ermutigt, diese Unterstützungsmöglichkeit bei Krisen nach Abschluss der Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Unmittelbar vor Abschluss der stationären Behandlung füllen die Patienten fast alle Fragebögen der Eingangsdiagnostik erneut aus. Die Ergebnisse und insbesondere der Vergleich zu den Eingangswerten werden in einem ausführlichen Therapieabschlussgespräch zwischen Patienten und ihren Bezugstherapeuten erörtert.

Über den Leistungsträger hinaus erhalten mit Einverständnis der PatientInnen Vor- bzw. Nachbehandler einen ausführlichen Entlassungsbericht nach Abschluss der stationären Behandlung.

Literatur:

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), 2005. WHO, Genf.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2002). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Bern: Huber.

Falkai, P. (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5 ®. Göttingen; Bern; Wien [u.a.]: Hogrefe.

Grawe K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hahn, A., & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In: Raithel, J. (Hrsg.). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen, 2001.

Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., & Radoschewski, F.M. (2009). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Lindenmeyer, J. (2004). Vom allgemeinen Defizitmodell zum situationsspezifischen Rückfallrisiko. Anmerkungen zur Sucht-Neurose-Debatte bei Pathologischem Glücksspiel. Verhaltenstherapie, 14, 145-146.

Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2020). Therapie-Tools: Offene Gruppen 1. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2020). Therapie-Tools: Offene Gruppen 2. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. & Kolling, R. (2011). Jahresbericht der salus klinik Lindow 2010. Lindow: Eigenverlag.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2015). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

Petry, J. (2009). Im Spiel versunken und verloren: Normales, problematisches und pathologisches PC/Internet-Spielen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). Treating Addictive Behaviours: Processes of Change. New York: Plenum Press.

Rumpf H-J. et al. (2012). Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA): http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf

Schöneck, R. & Cina, R. (2023). Therapiekonzept der Suchtabteilung der salus klinik Lindow, Lindow: Eigenverlag.

Schöneck, R. & Cina, R. (2023). Therapiekonzept der Psychosomatikabteilung der salus klinik Lindow, Lindow: Eigenverlag.

Schöneck, R. & Cina, R. (2023). Therapiekonzept Pathologisches Glücksspiel der salus klinik Lindow, Lindow: Eigenverlag.

Schuhler, P., & Vogelgesang, M. (2011). Abschalten statt abdriften. Wege aus dem krankhaften Gebrauch von Computer und Internet. Weinheim: Beltz.

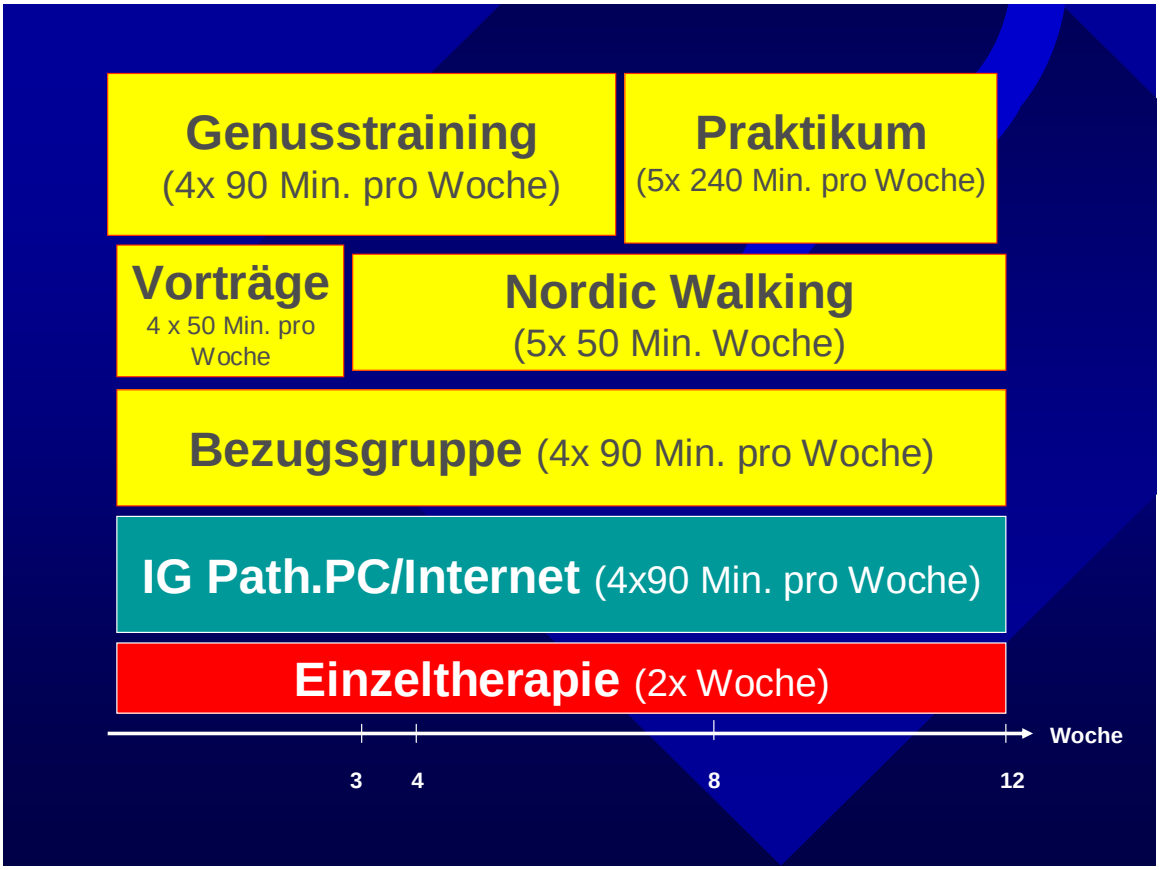
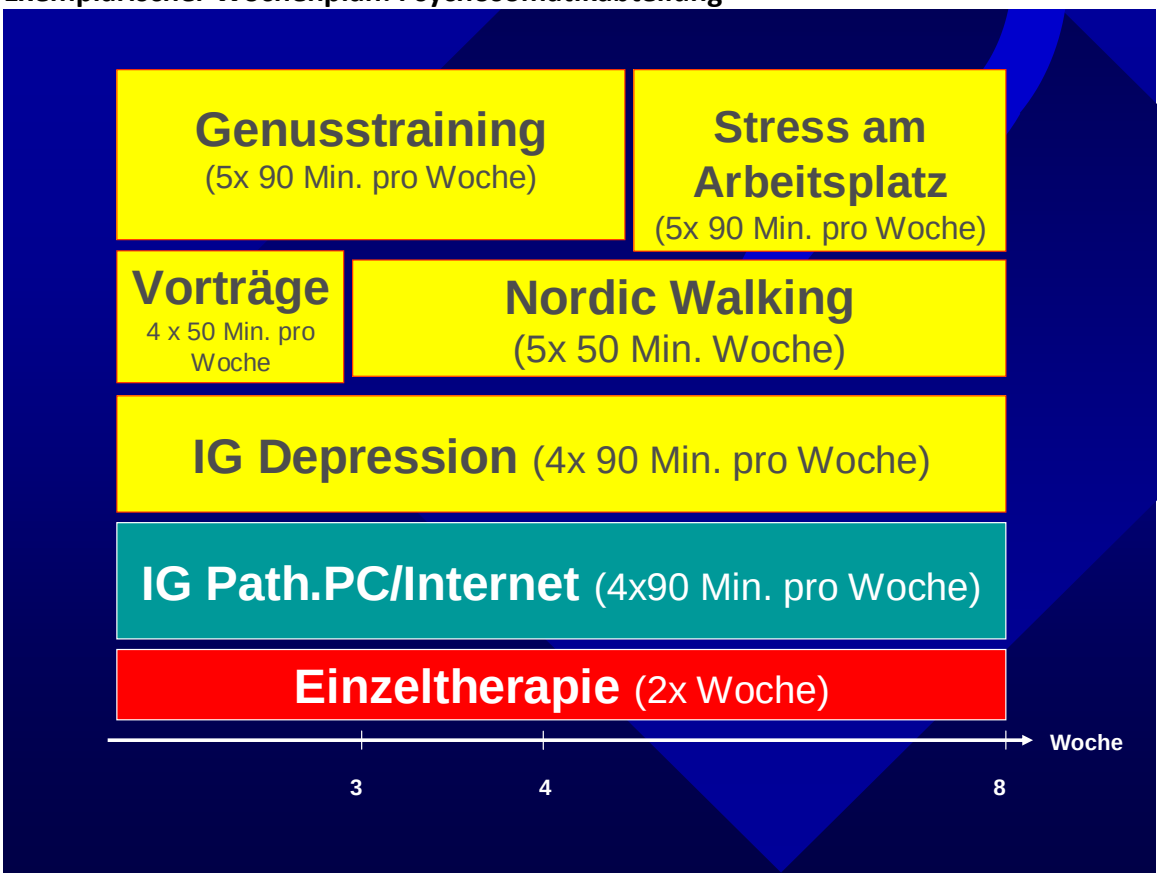
Schuhler, P., & Vogelgesang, M. (2012). Pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung. Göttingen: Hogrefe.

Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M., Fischer, T., Flatua, M., Schwarz, S. Brommundt, A., & Beyer, L. (2012). Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation. Abschlussbericht. Münchwies: Eigenverlag.

Shaw, M., & Black, D.W. (2008). Internet Addiction. Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management. CHS Drugs 22 (5): 353-365

Zielke, M. (2008). Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen. Praxis der Klinischen Verhaltenmedizin und Rehabilitation, 80, 143-160.

Exemplarischer Wochenplan: Suchtabteilung



Exemplarischer Wochenplan: Psychosomatikabteilung