

Therapievereinbarung zwischen _____

und Herrn/Frau _____

Ich, Herr/Frau _____ habe ich mich für die ambulante Therapie
in _____ entschieden, um einen funktionalen Umgang mit dem PC zu erlernen.

Die Therapie erstreckt sich über 15 wöchentlich stattfindende Gruppensitzungen sowie 8 Einzelsitzungen, die alle 2 Wochen durchgeführt werden.

Ich weiß, dass für den Erfolg meines angestrebten Entwicklungsprozesses eine kontinuierliche Teilnahme an den Therapiesitzungen erforderlich ist und verpflichte mich, regelmäßig zu den Terminen zu erscheinen. Im Falle einer Verhinderung durch nicht beeinflussbare Gründe werde ich den Termin mindestens 24 Stunden vorher telefonisch absagen.

Mein(e) Therapeut(in) stellt sicher, dass die Sitzungen regelmäßig durchgeführt werden und wird mich im Falle einer Verhinderung umgehend informieren. Eine erfolgreiche Therapie setzt meine Mitarbeit und feste Entschlossenheit, dem Suchtverhalten aktiv entgegen zu wirken, voraus. Daher werde ich mich um Offenheit und Klarheit meinen Mitpatienten und Therapeuten gegenüber bemühen. Die Offenheit betrifft nicht nur vergangene Lebensereignisse, sondern auch aktuelle wie z.B. Spielverlangen, Rückfälle und aggressive Impulse gegen die eigene Person oder andere.

Auch ist mir bewusst, dass neben der regelmäßigen Teilnahme an den Therapiesitzungen meine Mitarbeit zwischen den Sitzungen einen wichtigen Bestandteil meiner Therapie darstellt. Ich werde mich in meinem Alltag um eine intensive Selbstbeobachtung bemühen sowie Aufgaben und Übungen, wie sie in der Therapie besprochen werden, durchführen.

Mein(e) Therapeut(in) bemüht sich über die gesamte Therapie hinweg um ein transparentes therapeutisches Vorgehen, welches sich an wissenschaftlich fundierten Behandlungsmethoden sowie speziell für Computerspiel-/Onlinesucht entwickelte Therapieinhalte, Aufgaben und Übungen orientiert.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass bei der Therapie von Computerspiel- bzw. Onlinesucht eine Abstinenz vom bevorzugten Spiel bzw. Onlineinhalt die erfolgversprechendste Behandlungsstrategie ist. Ein kontrollierter Umgang ist auf Dauer in der Regel unmöglich und führt zu Rückfällen ins alte Nutzungsverhalten. Das Rückfallrisiko ist auch in belastenden Situationen und Lebensumständen erhöht.

Persönliche Informationen über Mitpatienten, die mir im Rahmen der Therapie zur Kenntnis gelangen, werde ich – auch nach Beendigung der Therapie – vertraulich behandeln und nicht an Dritte weitergeben. Die anderen Gruppenmitglieder werde ich stets respektvoll behandeln.

Mein(e) Therapeut(in) unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und wird keine Informationen an Dritte außerhalb des Behandlungsteams weitergeben, außer ich stimme der Informationsweitergabe ausdrücklich zu oder es liegt eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung vor.

Verstöße gegen die Therapievereinbarung oder Zweifel an meiner Entschlossenheit und Mitarbeit, dem Suchtverhalten entgegen zu wirken, führen zu Krisengesprächen mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin. Dies gilt für unentschuldigtes Fehlen, unregelmäßige Teilnahme an den Therapiesitzungen, Verheimlichung von Rückfällen, Nichterledigen von Aufgaben oder Übungen, die in der Therapie besprochen wurden etc. Kann daraufhin keine positive Erfolgsprognose für die Fortsetzung der Therapie gestellt werden, wird die Therapie beendet.

Bei wiederholter Rückfälligkeit muss eine Fortsetzung der Therapie streng geprüft und evtl. eine andere Therapieform (z.B. stationäre Therapie) in Betracht gezogen werden.

Zu Zwecken der Supervision und Weiterentwicklung des therapeutischen Konzepts möchte mein Therapeut/meine Therapeutin Videoaufnahmen von den Gruppensitzungen erstellen. Das setzt voraus, dass alle Gruppenmitglieder mit den Videoaufnahmen einverstanden sind. Diesbezüglich wird mein Therapeut/meine Therapeutin noch einmal gesondert um meine Zustimmung bitten.

Zur Erfolgsbewertung und zur Überprüfung der langfristigen Stabilität des Therapieerfolges wird mir mein Therapeut/meine Therapeutin bei Abschluss der Therapie sowie 6 Monate später Fragebögen zukommen lassen.

Ich habe das Obenstehende gelesen. Das Angebot und die Erwartungen an mich habe ich verstanden.
Ich wünsche, an dem Therapieprogramm teilzunehmen.

_____ den _____

(Unterschrift Patient)

(Unterschrift Therapeut)

Therapieziele:
