



Themenschwerpunkt:

Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch Internet Gaming Disorder

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
michael.musalek@api.or.at
Univ.-Doz. Dr. Martin Poltrum
martin.poltrum@api.or.at
Dr. Oliver Scheibenbogen
oliver.scheibenbogen@api.or.at

Chefredakteurin

Mag. Irene Schmutterer
irene.schmutterer@api.or.at

Redakteur

Mag. Thomas Ballhausen
t.ballhausen@gmail.com

Verlag

Pabst Science Publishers
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
www.pabst-publishers.de
www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst
wp@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammert
haarlammert@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit dem im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

haarlammert@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234
Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Titelbild: Das Cover dieser Ausgabe zeigt einen Ausschnitt aus Arbeiten von Studenten der Academy of Visual Arts Frankfurt am Main, die das Thema PC-Abhängigkeit auf einem Plakat zur Bewerbung des Herolymps des Drogenreferates der Stadt Frankfurt am Main gestalteten.

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

3. Jahrgang · Heft 3/4-2014

Themenschwerpunkt:

Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch – Internet Gaming Disorder

Gastherausgeber:

Peter Missel, Petra Schuhler

Inhalt

- 159 Dank an engagierte Gäste und Ausblick auf ein neues Jahr
Martin Poltrum
- 160 Editorial
Peter Missel, Petra Schuhler
- 162 Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch –
Krankheitsbild, konzeptuelle und diagnostische Einordnung
Petra Schuhler
- 169 Der „Pathologische PC-/Internet-Gebrauch“ als eigenständige
Erkrankung – nosologische Überlegungen
Jörg Petry
- 176 Stationäre Psychotherapie und Arbeitsweltbezug
bei Pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch
Petra Schuhler
- 195 Patienten mit PC-Abhängigkeit und Internetsucht:
Behandlung im Anton-Proksch-Institut
Birgit Oitzinger & Michael Peter
- 202 www.herolymp.de – Der Internetfriedhof für Avatare
Regina Ernst & Renate Lind-Krämer
- 205 Bildstrecke: „HEROLYMP“
- 209 Das klinische Bindungsinterview bei pathologischem Computer-/
Internet-Gebrauch: Implikationen für das psychotherapeutische
Vorgehen
Petra Schuhler
- 220 Fragebogen bei Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch:
Vergleich der Testgütekriterien des KPC und der CIUS
Susanne Schwarz, Jörg Petry, Marco Flatau & Luzi Beyer
- 227 Komorbidität bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch: Fallvignetten
Holger Feindel
- 233 Falldokumentation Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch
Ursula Joas
- 239 Neurobiologie der Internetabhängigkeit
Nina Romanczuk-Seiferth
- 245 Die Bebilderung der Zukunft. Zu Geschichte und Kontexten
des österreichischen Science-Fiction-Films
Thomas Ballhausen
- 250 Bildstrecke: Die Bebilderung der Zukunft
- 253 Nachrichten (Übersicht auf Seite 158)

Fachverband Medienabhängigkeit e.V.

Let's Play –

Methoden zur Prävention von Medienabhängigkeit



Aus dem Inhalt:

Grußwort Mechthild Dyckmans, MdB

Vorwort

Spielanleitung

Ein bisschen Theorie

Was ist Medienabhängigkeit? · Was ist Medienkompetenz

Was ist Suchtprävention?

Modul 1: Einlogger

Medienreise · Stehogramm

Modul 2: Playtime

Faszination · Juniorforscher · Software-Entwickler · Standpunkte

Suchtverlauf · Medientabu · Lebensbalken · Rollenspiel

Fotostory · Glück

Modul 3: Auslogger

Reloaded · Talkshow

Literaturempfehlung

54 Seiten · ISBN 978-3-89967-845-1 · Preis: 10,- Euro



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550

pabst.publishers@t-online.de

www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

Nachrichtenübersicht

- 253 Cannabis-Freigabe
Weniger Opioid-Tote in den USA?
Rauchen führt zum Verlust des Y-Chromosoms
- 254 Prostatakrebs
Zigaretten ebnet aggressiven Tumoren den Weg
- 255 Magersucht und Fressattacken:
Sind Bakterien schuld an Essstörungen?
- 256 Jugendliche zeigen häufig Symptome
von Depersonalisation
- 257 Schon ein Bier verschlechtert die
Nachtsicht
- 258 Nalmefen bei Alkoholabhängigkeit:
Zusatznutzen ist nicht belegt
- 259 Tabakalternative E-Zigarette
Religion für häretische Raucher

Dank an engagierte Gäste und Ausblick auf ein neues Jahr

Martin Poltrum

Das zweite Mal seit dem Erscheinen von **rausch** haben wir nun ein Schwerpunktheft vor uns liegen, das durch großes Engagement von Gastherausgebern entstanden ist. Herzlichen Dank an Sie, Peter Missel, und an Sie, Petra Schuhler, für die Ausgabe mit dem Themenschwerpunkt „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“.

Zu unserem Konzept, den interdisziplinären und kontroversiell geführten Suchtdiskurs im deutschsprachigen Raum zu fördern, gehört auch die Idee, immer wieder in die Rolle des Gastgebers zu schlüpfen und Experten der Suchtforschung und Suchtbehandlung eine Plattform zur Verbreitung ihrer Erfahrungen und Forschungsergebnisse zur Verfügung zu stellen.

Mit Peter Missel und Petra Schuhler haben wir wieder einen Glücksfall zu verzeichnen und Gäste eingeladen, die besondere Gastgeschenke mitgebracht haben. Zunächst sollte das Heft „PC-Abhängigkeit und Internetsucht“ heißen. Irgendwann im Laufe der Fertigstellung kam der Wunsch auf, das Schwerpunktheft doch anders zu benennen – und zwar: „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ (Internet Gaming Disorder). Warum der Suchtbegriff im Titel verschwand, welche Überlegungen dahinter stehen, wie und warum das thematisierte Phänomen möglicherweise anders besser bezeichnet werden kann, um was für eine Störung es sich beim pathologischen PC-/Internet-Gebrauch eigentlich handelt, wie man diese Störung behandelt und Vieles mehr lässt sich in dieser Doppelnummer 3/4-2014 nachlesen.

Ein gesonderter Dank gilt nochmals Ihnen, Peter Missel! Nicht nur für diese **rausch**-

Ausgabe und weitere gemeinsame Aktivitäten, sondern auch ganz besonders dafür, dass Sie auch die nächste Nummer als Gastherausgeber betreuen.

Damit sind wir beim Blick ins nächste Jahr. Wir planen:

- 1-2015 Depression und Sucht
(Gastherausgeber: Peter Missel),
- 2-2015 Alkoholsuchtprävention
(Gastherausgeber: Artur Schroers,
wissenschaftlicher Leiter des Instituts
für Suchtprävention der Stadt Wien),
- 3-2015 Psychosoziale und sozialarbeiterische
Aspekte der Sucht,
- 4-2015 Literatur und Sucht.

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern, Autorinnen und Autoren, der **rausch**-Gemeinde viel Freude zum Weihnachtsfest und zum neuen Jahr.

Martin Poltrum



Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

als Herausgeber dieser Ausgabe von **rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie** bedanken wir uns bei Herrn Martin Poltrum für die Möglichkeit, als Gastherausgeber zu firmieren.

Der Themenschwerpunkt „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch – Internet Gaming Disorder“ versammelt Beiträge zum Krankheitsbild, zu dessen konzeptioneller und diagnostischer Einordnung wie nosologischen Überlegungen zur Frage einer eigenständigen Erkrankung, Beiträge zu spezifischen Fragebogen und zum klinischen Bindungsinterview, Fallvignetten und Falldokumentationen, die Darstellung der stationären Psychotherapie sowie einen grundlagenwissenschaftlichen Beitrag aus neurobiologischer Perspektive. Ergänzt wird der Themenschwerpunkt dieser Ausgabe durch die Bebilderung und Thematisierung eines Friedhofs für Avatare und Bildern und eines Textes zum österreichischen Science-Fiction-Film.

Die Herausgeber verstehen den „Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch“ als eine Beziehungs- und Verhaltensstörung im Indikationsgebiet „Psychosomatik“, die unser Ansicht nach nicht in das Spektrum der Suchterkrankung gehört. Wir schlagen vor, dass im gängigen klinischen Glossar ICD-10, das die Störung noch nicht als eigenständige Erkrankung auffasst, diese am ehesten in die Diagnoseklasse ICD-10 F68.8 als „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ eingeordnet werden kann. Auf dieser Basis aus gehen wir von diagnostischen Kriterien aus, die dichotomes Erleben in der Selbstwert- und Affektregulation sowie in der Handlungsmotivation und der sozialinteraktiven Handlungsfähigkeit in den Mittelpunkt rücken.

Wie Heinz und Friedel (2014) ausführen, sind im neuen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) zwei wesentliche Änderungen festzustellen, die den Suchtbereich betreffen: Zum einen die Aufhebung der Unterscheidung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeitserkrankungen,

bezogen auf die stoffgebundenen Suchterkrankungen. Zum anderen wird das pathologische Glücksspielen erstmals unter die Suchterkrankungen eingeordnet. Vor diesem Hintergrund erscheint im DSM-5 die diagnostische Kategorie für alle Abhängigkeitserkrankungen letztlich nicht mehr als die der „substance related disorder“ (substanzbezogene Störungen), sondern als die der „addiction and related disorders“. Damit, so schlussfolgern die Autoren, werde an Stelle des Begriffs der Abhängigkeitserkrankung der Suchtbegriff betont.

Würden nun die sog. „Verhaltenssüchte“ unter „addiction related disorders“ eingeordnet, wären einer inadäquaten Pathologisierung vieler gesellschaftlich unliebsamer Verhaltensweisen der Weg geebnet. Inadäquat deshalb, weil Toleranzentwicklung und körperliche Entzugssymptomatik zwar bei Suchterkrankungen diagnostische Kernmerkmale darstellen, im Falle der „Verhaltenssüchte“ aber doch nur analogisierend angenommen werden könnten.

Im Eckpunktepapier der DGPPN zu „Verhaltenssüchten und ihren Folgen – Prävention, Diagnostik und Therapie“ (2013) führen die Autoren aus, dass zu empfehlen sei, pathologisches Glücksspielen und exzessiven Computer- und Internet-Gebrauch (insbesondere das Internet-Gaming) als „Süchte“ zu behandeln. Sie beziehen sich darauf, dass im DSM-5 eine Reklassifikation des „Pathologischen Spielens“ in die Kategorie „Substance Use and Behavioral Disorders“ erfolgt sei, und dass die Computerspielabhängigkeit (Internet Gaming Disorder) als Forschungsdiagnose in den Anhang des DSM-5 aufgenommen worden sei. Es sei zu vermuten, dass die WHO in der ICD-11 2015 einen Schritt weiter gehen und neben „Glücksspielsucht“ eine Sammelkategorie „Weitere Verhaltenssüchte“ einführen werde. Dort würde vermütlich auch „Internet Gaming Addiction“ aufgenommen. Aber auch diese Autoren problematisieren die Gefahr der nicht angemessenen Pathologisierung von Verhaltensweisen, die eigentlich im Belieben der einzelnen Individuen stehen sollten, und betonen, dass nicht

stoffgebundene Suchterkrankungen vor allem auf motivationale Systeme einwirken, so dass hier neuroadaptive Veränderungen und Entzugssymptome in aller Regel milder verlaufen würden.

Auf dem Hintergrund dieser kontroversen Diskussion haben wir zum einen als Herausgeber unsere eigene diagnostische Einordnung des Krankheitsbildes als „Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch“ expliziert, verweisen aber zum anderen darauf, dass einzelne Beiträge in diesem Heft auch von einer diagnostischen Einordnung der Störung als „Nicht stoffgebundene Suchterkrankung“ bzw. „Internetabhängigkeit“ ausgehen.

Petra Schuhler nimmt in ihrem Beitrag zu *Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch – Krankheitsbild, konzeptuelle und diagnostische Einordnung* mit Beispielen aus der klinischen Praxis zu Erscheinungsformen, konzeptuellen Grundlagen und diagnostischen Kriterien Stellung. Jörg Petry reflektiert in *Der Pathologische PC-/Internet-Gebrauch als eigenständige Erkrankung – nosologische Überlegungen* kritisch den Suchtdiskurs und entwirft ein klinisch-heuristisches Störungsmodell zu Ätiologie, Pathogenese und Chronifizierung, Nosologie sowie Typologie und pathoplastischen Faktoren. Erneut Petra Schuhler zeigt in *Stationäre Psychotherapie und Arbeitsweltbezug bei Pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch* ein stationäres psychotherapeutisches Programm einschließlich der Skizzierung des konkreten therapeutischen Vorgehens aus der Perspektive der Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit in der stationären Rehabilitation.

Birgit Oitzinger und Michael Peter skizzieren in *Patienten mit PC-Abhängigkeit und Internetsucht: Behandlung im Anton-Proksch-Institut* die konkrete Vorgehensweise bei der Behandlung der von ihnen als PC- und Internetsucht eingeordneten Störung.

Regina Ernst und Renate Lind-Krämer skizzieren in *www.herolymp.de – Der Internetfriedhof für Avatare. Anregungen zum Ausstieg aus dem exzessiven Computerspielen* eindrucksvoll das entsprechende Projekt des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main. Ein besonderer Dank gilt der Möglichkeit, die entsprechende Bildstrecke „Herolymp“ in dieser Ausgabe zu präsentieren.

Petra Schuhler zeigt in *Das klinische Bindungsinterview bei pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch: Implikation für das psychotherapeutische Vorgehen* auf, wie diese Explorationstechnik in Interviewführung und -auswertung für den therapeutischen Zugang nutzbar gemacht werden kann. Susanne Schwarz, Jörg Petry, Marco Flatau und Luzi Beyer stellen in *Fragebogen bei pa-*

thologischem PC-/Internet-Gebrauch: Vergleich der Testgütekriterien des KPC und der CIUS dar, dass der Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC) wie die Compulsive Internet Use Scale (CIUS) Verfahren mit befriedigenden testkonstruktiven Merkmalen sind und diese sich als reliable und valide Screeninginstrumente in der klinischen Praxis anbieten.

Holger Feindel zeigt mit Fallvignetten in *Komorbidität bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch: Fallvignetten*, dass Patienten mit dieser Störung im klinischen Setting erhebliche psychische und somatische Komorbiditäten aufweisen, denen bei einer erfolversprechenden Therapie Rechnung getragen werden muss. Ursula Joas zeigt in *Falldokumentation pathologische PC-/Internet-Gebrauch* ein konkretes verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei der Behandlung eines Patienten.

Nina Romaczuk-Seiferth von der Charité – Universitätsmedizin Berlin gibt in *Neurobiologie der Internetabhängigkeit* einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschungen im Bereich der neurobiologischen Grundlagen der so genannten Internetsucht mit Hilfe funktionell bildgebender Verfahren.

Ergänzt werden die Beiträge zum Thema des Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs durch einen Text und eine Bildstrecke von Thomas Ballhausen mit dem Titel: *Die Bebilderung der Zukunft. Zu Geschichte und Kontexten des österreichischen Science-Fiction-Films*.

Als Herausgeber möchten wir uns neben Herrn Martin Poltrum bei Pabst Science Publishers besonders herzlich bedanken.

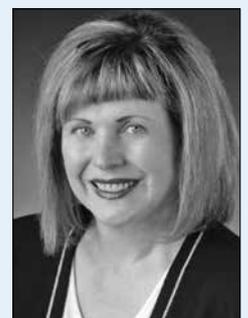
Ein besonderer Dank geht an Frau Stefanie Bick, M.A., die durch ihre redaktionelle Unterstützung erst die Herausgabe dieser Ausgabe ermöglicht hat.

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern Neugierde, Erkenntnisse und fachliche Anregungen bei der Lektüre.

**Peter Missel,
Petra Schuhler**



Peter Missel
Dipl.-Psychologe,
Psychologischer
Psychotherapeut
Ltd. Psychologe der
AHG Kliniken Daun –
Am Rosenberg
AHG Kliniken Daun
Verhaltensmedizinisches
Zentrum für Seelische
Gesundheit
Am Rosenberg
Schulstraße 6
D-54550 Daun
pmissel@ahg.de



Dr. phil. Petra Schuhler
Psychologische
Psychotherapeutin
Ltd. Psychologin
AHG Klinik Münchwies
Turmstraße 50-58
D-66540 Neunkirchen-
Münchwies
pschuhler@ahg.de

Literatur

- DGPPN (2013). *Eckpunktepapier Nr. 2, 27.02.2013, Verhaltenssuchte und ihre Folgen – Prävention, Diagnostik und Therapie*.
- Heinz, A., Friedel, E. (2014). DSM-5: Wichtige Änderungen im Bereich der Suchterkrankungen. *Der Nervenarzt*, 5, 571-582.

Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch – Krankheitsbild, konzeptuelle und diagnostische Einordnung

Petra Schuhler

Wann macht der Umgang mit dem faszinierenden neuen Medium krank? Die Antwort lautet: wenn sich aus einer unproblematischen konstruktiven Versunkenheit in den medialen Möglichkeiten der Spiele, Chats und Surfdomänen ein Verlorensein in der virtuellen Welt entwickelt (Döring, 2003; Kratzer, 2006; Petry, 2010). Aus medienpsychologischer Sicht können vor allem zwei, mit einander verbundene Wirkfaktoren, die dem Medium eigen sind, unterschieden werden: Zum einen die Telepräsenz, d.h. das subjektive Empfinden, ganz und gar dort in der virtuellen Welt zu sein. Telepräsenz: Damit ist gemeint, dass der Computer-User in der virtuellen Welt eine deutliche raum-zeitliche Präsenz erlebt in dem Sinn, dass das Hier-und-Jetzt in der Computer-Aktivität angesiedelt zu sein scheint, während die reale Gegenwart im subjektiven Erleben unwirklich wird. Zwei Wesensmerkmale der Computerangebote spielen dabei eine entscheidende Rolle: Die Technik ermöglicht den scheinbar unabwiesbaren Eindruck von Lebendigkeit und Echtheit durch zum einen die Kombination mehrerer Sinnesmodalitäten (sehen und hören) sowie deren hohen Differenzierungsgrad. Zum andern eignen den Computerangeboten die sonst im Medienbereich nirgendwo mögliche Interaktivität, die den User in die Rolle des Gestaltenden und schöpferisch Tätigen gleiten lässt, was vor allem das Empfinden „mein Ich ist nur in der Computerwelt wirklich und eigentlich“ hervorrufen kann. Eine entscheidende Rolle für die Stärke dieser Empfindung spielt die Schwierigkeit der Aufgaben, die im Computer bewältigt werden, und die Leichtigkeit, mit der dies gelingt. Dies trifft vor allem für das Gaming zu. Beim Chatting wirkt dagegen eher die Unmittelbarkeit und suggerierte Intimität der Chat-Interaktion mit einer bestimmten Person, der dann in der Realität gar nicht begegnet werden muss. Oft wird ein realer Kontakt sogar gefürchtet. Im Zuge einer solchen Entwicklung verliert die Wirklichkeit in der persönlichen Werteskala an Bedeutung, während die virtuelle Welt immer wichtiger wird – mit beträchtlichen negativen

Folgen für die Selbstwert-, Motivations- und Affektregulation in der Wirklichkeit, sowie in Bezug auf den realen zwischenmenschlichen Kontakt. Darunter leiden dann nicht nur soziale Beziehungen und Freizeitverhalten, sondern auch das Selbstwerterleben wird in Mitleidschaft gezogen, ebenso wie die Handlungsmotivation in der realen Welt und arbeitsrelevante Funktionen wie Durchhaltevermögen, Konzentrations- und Reaktionsvermögen, Frustrationstoleranz und soziale Kompetenz im beruflichen Alltag (s. auch Schuhler, in diesem Heft).

Bis zu Beginn des Jahrtausends war diese psychische Störung nahezu unbekannt. Die erste nosologische Einordnung mit Falldarstellung im deutschsprachigen Raum wurde von Petry (2003) bereitgestellt. Von Keyserlingk (2004) dokumentierte als einer der ersten Autoren den stationären Behandlungsverlauf eines Patienten. Heute liegen bereits ausgearbeitete Diagnose- und Therapiemodelle vor (Petry, 2010; Schuhler & Vogelgesang, 2012; Sobottka, 2010), die in diesem Beitrag und weiteren in diesem Heft beschrieben werden.

Auf der Basis unserer klinischen wie empirischen Studienerfahrung (Schuhler & Vogelgesang, 2012; Schuhler et al., 2013) ordnen wir das Phänomen als eine eigenständige krankhafte Störung ein: Dabei wird der pathologische Umgang mit dem Medium PC/Internet nicht als einfaches dysfunktionales Reiz-Reaktionsmuster verstanden, sondern als eine tiefgreifende Störung der Beziehungs- und Selbstregulation, die im krankhaften Gebrauch der PC-/Internet-Angebote ihren Ausdruck findet und durch diesen weiter negativ dynamisiert wird. Seit 2006 verzeichnen wir in der Münchwieser Klinik eine steigende Zahl vornehmlich betroffener Patienten und weit weniger Patientinnen, für die eine Behandlungsnotwendigkeit besteht. Krankheitsverständnis, Behandlungsstrategie und ein Therapiebegleitbuch für Betroffene wurden hier erarbeitet und in ersten Schritten evaluiert (Schuhler & Vogelgesang, 2011; 2012; Sobottka, 2010). Bislang wird das neue Krank-

heitsbild allgemein aber noch inadäquat wenig in der ambulanten und stationären Psychotherapie berücksichtigt. Im stationären Bereich in Deutschland bieten u.a. die AHG Kliniken Münchwies und Schweriner See spezifische Behandlungsprogramme an. Die hier dargestellte diagnostische Vorgehensweise folgt einer ausführlichen Beschreibung bei Schuhler & Vogelgesang (2012).

1 Erscheinungsformen

Ausgangspunkt ist die Unterscheidung zwischen normalem, problematischem und pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch in den folgenden Erscheinungsformen:

- Als Gaming, vornehmlich Mehrpersonen-Online-Rollenspiele, Ego-Shooter, aber auch unverbundene Konsolen-Spiele,
- als Chatting, v.a. in sozialen Netzwerken,
- als Surfing, dem ziellosen Sammeln von zum Beispiel Musikdateien oder Filmen.

Das Angebot in den Online-Rollenspielen, den Chatrooms und Internetforen kann bei vulnerablen Persönlichkeiten zu psychischen und körperlichen Erkrankungen führen: Betroffene weisen im Zuge dieser Entwicklung häufig schwerwiegende Störungen im Alltag und in der beruflichen Leistungsfähigkeit auf. Einem solchen pathologischen Computer-/Internet-Gebrauch liegt immer eine individuelle Entstehungsgeschichte und Psychopathologie zu Grunde. Häufig beschreiben die Betroffenen dabei bereits prämorbid Selbstwert- und Beziehungsprobleme, die in der virtuellen Computerwelt ihre belastende Bedeutung verlieren.

Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, den pathologischen Computer-/Internet-Gebrauch als Verhaltens- und Beziehungsstörung aufzufassen, die sowohl Ursache als auch Folge weitgehender Defizite in der Selbstwert-, Affekt- und Handlungsmotivationsregulation, sowie der sozialen Interaktionsfähigkeit ist. Damit verbunden sind körperliche Erkrankungen, sowie langfristige negative Folgen für die berufliche Leistungsfähigkeit, die soziale Einbindung und Alltagsbewältigungskompetenz.

Der pathologische Computer-/Internet-Gebrauch tritt bei den Betroffenen auch bezogen auf psychische Erkrankungen selten isoliert auf. In der Regel liegen weitere komorbide psychische Störungen vor, die eine Mitbehandlung erforderlich machen, wobei die Computer-/Internet-Pathologie im Mittelpunkt der Behandlung steht und spezifische Methoden und Techniken verlangt, die über die herkömmliche Behandlung psychosomatischer oder Suchterkrankungen hinausgeht. Das folgende Beispiel

aus der klinischen Praxis ist der Therapieanlei- tung bei Schuhler & Vogelgesang (2012) entnommen.

Beispiel aus der klinischen Praxis

Herr B. ist ein 23-jähriger Studienabbrecher, der zu Therapiebeginn keine berufliche Perspektive hat und nur mühsam den Alltag bewältigt. Er berichtet, dass er sich überhaupt nicht mehr im Studienalltag zurechtgefunden habe, schließlich nicht mehr zur Uni gegangen sei und sich ganz einem PC-Spiel im Internet, dem Ego-Shooter-Spiel „Counterstrike“, gewidmet habe. In der psychotherapeutischen Arbeit wird der Bezug zur biografischen Entwicklung und insbesondere die Zusammenhänge mit der belasteten Vaterbeziehung klar. Offenbar hat der Vater, der für sich einen akademischen Beruf anstrebte, aber nicht erreichte, großen Erwartungsdruck auf den Patienten ausgeübt in dem Sinn, dass unausgesprochen die eigenen nicht realisierten Ideale auf den Sohn übertragen worden sind, damit dieser quasi stellvertretend seinen Traum lebe. Der Patient erzählte: „Mein Vater hat mich immer drangsaliert, nicht mit Schlägen oder so, sondern mit Ansprüchen, was ein guter Sohn alles zu tun hat, was er nicht machen darf, aber tun soll. Alles so freudlose, strenge Sätze: Ich würde ja schon sehen, was aus mir wird, wenn ich mich nicht anstrengte. Er wäre froh gewesen, hätte man ihm das geboten, was ich bekomme. Ich wäre undankbar.“ – Der Patient war ein guter Schüler, aber das hat dem Vater offenbar nicht genügt. Er wollte „stolz auf seinen Nachfolger und Erben“ sein und verlangte perfekte Leistungen. Die Mutter, die nie beruflich gearbeitet habe, sei auch heute noch sehr fürsorglich. In der Familie habe sich immer alles an dem Vater orientiert. Der Patient hatte, wenn er aus der virtuellen Welt auftauchte, große Schuldgefühle und Versagensängste in der Realität, die sich immer mehr ausbreiteten. Deutlich wurde in der Therapie, dass der Patient sich über seinen Vater zwar kritisch äußerte, dies aber ohne spürbare emotionale Beteiligung. Der aufgestaute Aggressionsdruck fand offenbar in dem oft mehr als achtstündigen Ego-Shooter-Spiel ein Ventil, das sein Leben völlig bestimmte und die Realität zu einem einerseits unattraktiven, aber auch gefürchteten Ort hatte werden lassen. Er zeigte in der Behandlung große Angst vor den Mitpatienten, scheute den direkten Kontakt, war aber bemüht, sich der Therapeutin anzupassen. Gleichzeitig machte er es ihr aber auch schwer, weil er sich nur sehr zögerlich einbrachte, schwer auf einer emotionalen Ebene zu erreichen war und besondere Zuwendung hinsichtlich des Aufbaus von Therapiemotivation brauchte. Deutlich wurde immer wieder das Bedürfnis, sich doch nicht den Anforderungen der Realität stellen zu müssen und zurückzuziehen in die vertraute virtuelle Welt, die scheinbar Anerken-

nung, Erfolg, stolze Freude einerseits und die Abfuhr aggressiver Impulse andererseits gefahrlos erlaubte: Denn die aggressiven Regungen dem Vater gegenüber, die im realen Kontakt unerträgliche Spannung hervorgerufen hätten und unterdrückt werden mussten, konnten im Spiel immer und immer wieder ausgelebt werden. Gleichzeitig gelangen dort die Erfolge, die ihm in der Realität versagt blieben. Im „World of Warcraft“-Spiel, das er ebenfalls spielte, da „war ich sehr schnell, da habe ich Anerkennung gefunden. Da wurde ich bewundert für meine Leistungen und Schnelligkeit. Damit habe ich den Sieg errungen, oft und oft. Ich will immer sehr viel, sehr schnell erreichen. Im Spiel gelingt mir das.“

Weitere ausführliche Falldarstellungen finden sich in diesem Heft.

2 Konzeptuelle Grundlagen

Wir verstehen den krankhaften Umgang mit dem PC und dem Internet als eine gravierende seelische Erkrankung, die die intrapsychische und interaktionelle Regulierungsfähigkeit weitgehend beeinträchtigt. Aus diesem Blickwinkel werden zum Verständnis des Krankheitsbilds aktuelle Entwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Modellbildung, die Arbeiten der Dritten Welle der Verhaltenstherapie, herangezogen, sowie Ansätze zum Mentalisierungsniveau und Bindungsfähigkeit.

Kompetenzorientierung statt Pathologisierung

Wird die Entwicklung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs unter funktionalem Aspekt gesehen, eröffnet sich die Frage, inwiefern die pathologischen Erlebens- und Verhaltensstrategien, die von der Flucht in virtuelle Räume geprägt sind, in einer früheren Entwicklungsphase einmal die bestmögliche Schutzreaktion auf schwierige Beziehungserfahrungen gewesen sind, gewissermaßen als deren nicht-bewusste, bestmögliche „Rettungsstrategien“ in der Selbststeuerung und dem sozialen Interaktionsverhalten. Diese Selbstheilungsversuche, die damals das Maximum an Bewältigungskompetenz bedeuteten, mündeten aber in einen partiellen inneren Entwicklungsstillstand, der eng mit dem pathologischen PC-/Internet-Gebrauch verknüpft war und ist. Als effektive therapeutische Methode hat es sich dabei bewährt, im therapeutischen Prozess nach der interaktiven und inneren Funktionalität zu suchen, den die heute pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen im Entwicklungsverlauf einmal bereitgestellt haben (Schmitz et

al., 2008). Dies fördert die gerade bei der Computer-/Internet-Pathologie schwer zu erreichende Behandlungsmotivation und stärkt die therapeutische Arbeitsbeziehung durch den akzeptierenden und ermutigenden Blick auf die Problematik. Deshalb ist z.B. nicht von „Persönlichkeitsstörung“, sondern von „Persönlichkeitsstil“ die Rede, dessen Stärken in der ersten Therapiephase herausgehoben werden, bevor zur Erörterung der Risiken und Pathologie im fortgeschrittenen Therapieverlauf übergegangen wird. Die Kompetenzorientierung, die durch das dimensionale Verständnis der Persönlichkeitsstörung eröffnet wird, ermöglicht eine weitgehende Transparenz hinsichtlich der Diagnosestellung und im therapeutischen Vorgehen.

Beziehungserfahrungen

Gerade im Fall des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs ist es unverzichtbar die Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend für die Genese und Psychotherapie der Erkrankung zu berücksichtigen, die sich vornehmlich in der pathogenen Art und Weise manifestiert, in der Beziehungen zu anderen gestaltet werden. Diese Schwerpunktsetzung weist darüber hinaus auch auf die besondere Bedeutung der therapeutischen Beziehung hin und der Aufarbeitung der dort auftretenden Konflikte. Unter dem Blickwinkel der Bindungsqualität können Beziehungserfahrungen im Entwicklungsverlauf erkundet und Schlussfolgerungen für den therapeutischen Zugang gezogen werden.

Bindungsorganisation

Nach Bowlby (1969) stellt das Bindungssystem ein primäres, genetisch verankertes motivationales System dar, das zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling nach der Geburt aktiviert wird und das überlebenssichernde Funktion hat. Ein solches subjektives Arbeitsmodell ist am Anfang noch labil, im Entwicklungsverlauf wird es aber zunehmend stabiler und zu einer psychischen Repräsentanz, der Bindungsrepräsentation, die weiter wirkt über die Kindheit hinaus bis ins Erwachsenenalter. Dem Bindungsbedürfnis steht das Explorationsbedürfnis gegenüber, das als starkes antagonistisches motivationales System konzeptualisiert wurde. Ungünstige Bindungserfahrungen tragen wesentlich zu Defiziten im Interaktionsverhalten und der Selbststeuerung bei, die den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch prägen. Wir nutzen die Analyse

der Bindungserfahrungen in einem klinischen Bindungsinterview (Schuhler & Vogelgesang, 2012), um die Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend zu explorieren und auf dieser Basis individuelle Therapieziele abzuleiten (Schuhler, in diesem Heft)

Mentalisierungsfähigkeit

Damit ist sowohl die „Empathie für das eigene Selbst“ gemeint (Allen & Fonagy, 2009; Bolm, 2009) als auch die Fähigkeit, sich emotional, nicht nur rationalisierend in den anderen hineinversetzen zu können. Insofern entscheidet die Mentalisierungsreife wesentlich über die Angemessenheit unserer Beziehungsfähigkeit. Eine nur gering entwickelte Mentalisierungsfähigkeit führt zu Defiziten in der Regulierung der Affekte, der Selbststeuerung und der interpersonellen Beziehungsgestaltung, die bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch im Zentrum stehen.

Erlebensaktivierung

Um das emotional getragene Erleben im Hier-und-Jetzt der Therapiesituation, eine intensive Beschäftigung mit den therapeutischen Themen (Lammers, 2011), und auf dieser Basis eine reifere Mentalisierungsfähigkeit zu erzielen, hat sich der Einsatz von Narrativen und Metaphern sowie szenischen Darstellungen bewährt (Schuhler, in diesem Heft; Schuhler & Vogelgesang, 2012). Dadurch werden wichtige Zusammenhänge zum Erleben gebracht, anstatt dass diese nur verbal beschrieben werden. Vor dem Hintergrund der Ich-Syntonie, von der der pathologische Umgang mit dem neuen Medium geprägt ist, wird dadurch die therapeutische Arbeit erleichtert und Blockaden im therapeutischen Prozess schneller überwunden. Es bedarf nämlich besonderer therapeutischer Anstrengungen, um Therapiemotivation, therapeutische Arbeitsbeziehung, Problembewusstsein und Entwicklungsimpulse aufzubauen: Ein bewährter Ansatz liegt in der narrativen Methode, die mit Geschichten (Schuhler, 2007; Schuhler & Vogelgesang, 2012) arbeitet, in denen im Erleben und Verhalten der Hauptfigur paradigmatisch zentrale Probleme deutlich gemacht werden. Dem Narrativ nah verwandt sind Metaphern als Bilder oder Symbole, beispielsweise ein gegenwärtig mutloses Lebensgefühl durch ein verwickeltes Wollknäuel symbolisiert – und ein solches gezeigt – wobei im Gegensatz dazu das Therapieziel mit einem schön gestrickten Wollstrumpf veranschaulicht wird. Szenische

Darstellungen erweitern darüber hinaus die emotionale Erlebensfähigkeit und den inneren assoziativen Raum.

Selbststeuerung

Die PC-/Internet-Pathologie ist an der Grenze zwischen Innen- und Außenwahrnehmung angesiedelt und führt zu folgenden Defiziten in der Selbststeuerung: inkohärente und unrealistische Selbstwahrnehmung, defizitäre Differenzierung in der Fähigkeit, sich in den anderen hineinzuversetzen und insbesondere das Unvermögen zur selbstreflexiven Perspektivenkoordination, die erst erlaubt, das Selbst aus der Sicht des anderen zu sehen. Im ungünstigen Fall ist für eine gelingende Sicht auf das eigene Selbst (und davon abweichend auf den anderen, sowie als weitere Schleife auf den womöglich davon wieder abweichenden Blick des anderen auf das Ich) kaum Raum. Die Fantasie wird leicht zur Realität und umgekehrt, d.h. zwischen Fantasie als subjektiver Annahme einerseits und der Realität andererseits kann nicht sicher unterschieden werden. Daraus resultiert eine hohe Projektionsbereitschaft, die zu vielfältigen inadäquaten Schlussfolgerungen, sowohl im inneren wie im äußeren Raum führt. Die Folge sind große Probleme in der Selbststeuerung, vor allem hinsichtlich der Selbstwahrnehmung, Nähe-Distanz-Regulierung, der Affektwahrnehmung und -regulation, der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und dem Verständnis für andere, sowohl in der realen wie in der virtuellen Welt. Dabei wird das Selbst in der Realität entwertet, depotenziert und geschwächt, während in der virtuellen Welt in dichotomer Weise ein grobes Selbstideal immer größeren Auftrieb erfährt.

Sozial-interaktive Strategie

Dabei wird davon ausgegangen, dass die sozial-interaktiven Strategien nicht bewusst ablaufen, sondern verdeckt und automatisiert als eine Art Heuristik ebenfalls nicht bewusst, überdauernder innerer Einstellungen oder Grundannahmen fungieren. Obwohl nicht bewusst eingesetzt, ist es möglich, diese sozial-interaktiven Heuristiken zu identifizieren und zu verändern. Diese geben im Fall der die Realität ängstlich-vermeidenden PC-/Internet-Pathologie die Impulse für das Rückzugsverhalten mit der Folge, die innere und äußere Realität immer mehr zu fürchten und das virtuelle Geschehen zunehmend zu idealisieren, was dann häufig zu sozial-phobischen oder depressiven Sympto-

Kasten 1

Selbst- und
sozial-interaktive
Strategie

Ängstlich-vermeidende Selbst- und sozial-interaktive Strategie und maladaptiver Kompensationsversuch in der PC-/Internet-Aktivität

Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend:

Das Kind war oft der Kritik, Ablehnung und Kränkung durch die Eltern ausgesetzt und hat dies auch weiter in der Gleichaltrigengruppe erfahren. Dies führt zur großen Angst vor Zurückweisung durch andere, die zur Abschottung führt, obwohl die Nähe zu anderen durchaus gewünscht wird.

Überdauernde innere Einstellung oder Grundannahme:

„Ich taue in der Wirklichkeit überhaupt nichts, ich bin überhaupt nicht liebenswert. Andere in der Realität sehen immer sofort, was mit mir los ist, deshalb werde ich dort auch immer abgelehnt und zurückgewiesen. – Ganz anders ist das im Computerspiel oder Chat. Dort bin ich stark, mächtig, schnell und ein Sieger. Dort erlange ich Anerkennung und habe Spitzenerfolge. Dort ist mein wahres Ich. Dort will ich immer sein.“

Sozial-interaktive und Selbststrategie:

„Wenn ich meine Interessen und Bedürfnisse in der Realität immer ganz zurückstelle und mich möglichst unsichtbar mache, hilft mir das dort noch am ehesten. Wenn ich mich im Spiel oder Chat immer mehr vervollkomme und mich so viel wie nur möglich dort aufhalte, wo ich fast unbesiegt und äußerst attraktiv bin, bleibe ich stolz und glücklich.“

men führt, ohne dass der Patient den Ursache-Folge-Zusammenhang verstehen könnte.

Klinische Beispiele aus der Praxis

Anton C. spielt „Supreme Commander“ – einzigartig unter den Spielen, wie er findet. Es handelt sich um ein Strategiespiel zum Ländererobern. Dieses Spiel bringe seine Fähigkeiten erst zur Geltung, er habe nämlich einen IQ von 169, meint der durchschnittlich begabte Patient. Kein Wunder, dass „alle nur mit mir spielen wollen. Ich bin so eine Art Lichtgestalt“. Er sei als Adoptivkind sehr behütet und rundum versorgt aufgewachsen. Für seine leiblichen Eltern habe er sich nie interessiert. Er habe mal ein Foto gesehen von deren Wohnung, aus der er geholt worden sei. Das habe ihm gereicht. Mehr wollte er dann nicht wissen. Als „Dicker“ sei er in der Schule gehänselt und gemobbt worden. Da habe er aber drüber gestanden. Gescheitert sei er nur an den hohen Erwartungen, die er an sich selbst habe. Nur im Spiel könne er seine wahre Größe zeigen. Ihm ist nicht klar, wie es auf andere wirkt, wenn er sich überlegen dünkt und andere abschätzig behandelt.

Ein tatsächlich hochbegabter Patient, Herr E., spielt „Age of Conan“ so besessen, dass er seine Post nicht mehr öffnet, keine Miete mehr zahlt und seine Wohnung zwangsgeräumt wird. Der tiefen Depression in der realen Welt steht ein enormer Antrieb in der virtuellen Welt gegenüber. Er kann sich und anderen keinen Aufschluss geben, aus welchen inneren Gründen er diese Entwicklung genommen hat.

Hubert N. spielt das Ego-Shooter-Spiel „Counterstrike“, „weil es sonst nichts Sinnvolles im Leben gibt“. Der 25-Jährige hat große Angst vor der Arbeit und der Lehre. Mit 12 Jahren habe er die ersten Mobbing-Erfahrungen gemacht. Er habe damals keine Hilfe erhalten, auch nicht von den Eltern, denen er sich anvertraut habe. Die hätten nur gesagt: „Du wirst schon Deinen Teil dazu beigetragen haben, fass’ Dich mal an deine eigene Nase.“ Er hätte dann nichts mehr gesagt und sich auch nie gewehrt. Wenn die Mobbing-Täter „mich sehen könnten im Spiel, da würden die erkennen, dass ich was drauf habe und ich würde anerkannt“, tröstet er sich mit seinen Ego-Shooter-Kompetenzen von heute für das Leiden von damals.

Negative psychosoziale Folgen

Da die reale Welt in den Hintergrund rückt, leiden die nahen Beziehungen zum Partner, zu Kindern, im Freundes- und Kollegenkreis. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bzw. die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz wird beeinträchtigt mit allen negativen Folgen, die bis zur misslingenden Integration ins Erwerbsleben oder zum Arbeitsplatzverlust führen können. Zudem entwickeln sich starke Gefühle der Einsamkeit und depressives Erleben nach dem „Wiederauftauchen“ in der Realität und der Erkenntnis, dass die Erfolge und das Glück in der PC-/Internet-Welt nicht hinüber gerettet werden können, sondern die Wirklichkeit immer unangenehmer und unattraktiver wird.

Das eigene Ich in der verlockenden Maske des „Avatars“ oder in der attraktiven Chat-Person darzustellen – dieser Wunsch kann übermächtig werden. Besonders dann, wenn die Realität von vielen Problemen bestimmt ist, Ängste vorherrschen und Misserfolge verkraftet werden müssen. Im Spiel und im Chat gelingen die Träume vom Sieg, der Macht, Kontrolle und der vollkommenen Liebe. Offenbar ist die Computer-/Internet-Aktivität geeignet, Ängste und Unsicherheitsgefühle, die in der Wirklichkeit angesiedelt sind, vorübergehend zu beschwichtigen. Weil diese Wirkung aber flüchtig ist, wird immer wieder die kompensatorische Wirkung in der virtuellen Welt gesucht. Im Fall des krankhaften Umgangs mit Computer und Internet muss ein hoher Preis gezahlt wer-

den: Risiken für die eigene Entwicklung sowie Nachteile in der sozialen und beruflichen Integration im Zusammenhang mit psychischen und körperlichen Schäden. Die ungelösten Probleme bleiben in der Folge bestehen und vergrößern sich oftmals, was den Betroffenen dazu bringt, sich noch mehr von der Realität ab- und der virtuellen Welt zuzuwenden. Ein Teufelskreis entsteht, aus dem ein Krankheitsbild resultiert, das sich deutlich von anderen psychischen Störungen unterscheidet (Schuhler et al., 2013).

3 Diagnostische Kriterien

Der diagnostische Ansatz, der unserem Krankheitsverständnis zugrunde liegt, versteht den „pathologischen PC-/Internet-Gebrauch“ als eine Beziehungs- und Verhaltensstörung aus dem Formenkreis psychosomatischer Erkrankungen (Schmitz et al., 2008), die nicht in das Spektrum der Suchterkrankungen gehört (Schuhler et al., 2011). Im gängigen klinischen Glossar ICD-10 (Dilling et al., 2010), das die Erkrankung noch nicht als eigenständige Störung aufweist, kann „pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ am ehesten in die Diagnoseklasse **ICD-10 F68.8 als „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“** eingeordnet werden.

Wir gehen auf dieser Basis von diagnostischen Kriterien aus, die dichotomes Erleben in der Selbstwert- und Affektregulation sowie in der Handlungsmotivation und der sozialinteraktiven Handlungsfähigkeit in den Mittelpunkt rücken. Als mildere Form unterhalb der Pathologieschwelle gilt die PC-/Internet-Aktivität, die als dysfunktionaler kompensatorischer Problemlösungsversuch zu verstehen ist, ohne intrapsychisches und sozial-interaktives Dichotomieerleben. Differenzialdiagnostisch sollten ggf. Paraphilie, gesteigertes sexuelles Verlangen (Hypersexualität), pathologisches Glücksspielen oder pathologisches Kaufverhalten via PC/Internet erwogen werden anstelle von „Online-Sexsucht“, „Internet-Spielsucht“, „Online-Kaufsucht“ oder Ähnlichem.

Aus unserer Sicht erfordert die Diagnose eines pathologischen Gebrauchs das Vorliegen folgender Merkmale, wobei Schwerpunkte hinsichtlich der dichotomen Störung intrapsychischer und interaktiver Funktionen im realen vs. virtuellen Kontext zu beobachten sind. Beispielsweise kann in einem Fall die Dichotomie im Selbsterleben dominieren, während in einem anderen die Dichotomie in der sozialen Interaktionsfähigkeit im Vordergrund steht.

- Dichotome Störung intrapsychischer und interaktiver Funktionen (s. Kasten 2).

Im Selbsterleben: Im virtuellen Raum wird das Selbst idealisierend ausgestaltet und – emotional hoch besetzt – positiv erlebt. Im scharfen Kontrast dazu wird das Selbst im realen Kontext abgewertet und vornehmlich negativ als schwach, erfolglos, ohne Einfluss und von anderen isoliert erlebt. Dadurch wird die Realität in der inneren Bewertung aversiv und bedrohlich.

Im Affekterleben: Einem aversiv bewerteten Realitätskontext steht ein idealisierend-positiv bewerteter PC-/Internet-Kontext gegenüber. Die Beziehungs- und Arbeitswelt im realen Leben ist von negativen Gefühlen wie Angst- und Schamgefühlen geprägt, die wiederum Fluchtimpulse in die von positiven Gefühlen beherrschte PC-/Internet-Aktivität auslösen.

In der sozialen Interaktionsfähigkeit: In der PC-/Internet-Aktivität gelingen erwünschte Interaktionen angstfrei, mit großer Sicherheit und Erfolg, während die soziale Interaktionsfähigkeit in der Realität von Angstgefühlen und Misserfolgserwartung bestimmt ist.

In der Handlungsmotivation: Die PC-/Internet-Aktivität erfolgt häufig im Flow-Erleben, d.h. der Erfolg durch eigenes Handeln erscheint flüssig-leicht erreichbar mit Absorbierung durch die Aktivität. Dem steht eine starke motivationale Hemmung im realen Leben gegenüber: Eigene Ziele dort treten in ihrer Bedeutung zurück, deren Erreichung aus eigener Kraft wird als unwahrscheinlich eingeschätzt. Handlungsentwürfe sind vom erwarteten Misslingen bestimmt.

- Überwertiges Immersionserleben: Die intensive Aufmerksamkeitsfokussierung auf die virtuelle Welt führt dazu, dass die Realität immer mehr in der subjektiven Wahrnehmung und Bedeutung zurücktritt.
- Exzessive PC-/Internet-Aktivität (mehr als 35 Stunden wöchentlich, schul- und berufsfremd): Die Aktivität beherrscht die Lebensführung der betroffenen Person und führt zu negativen psychischen, sozialen und körperlichen Folgen.

Die **negativen psychischen Folgen** umfassen: Zunehmende sozial-interaktive Unsicherheit bis hin zu sozialphobischen Tendenzen, depressiv getöntes Erleben nach der PC-/Internet-Aktivität (Defizite in der Fähigkeit zum freudvollen und positiven Erleben; Antriebsstörungen; Gefühle der Wert- und Hilflosigkeit; Niedergeschlagenheit, suizidale Tendenzen), Konzentrationsstörungen außerhalb der PC-/Internet-Aktivität.

Häufige **negative soziale Folgen** im realen Kontext sind: sozialer Rückzug mit zunehmender Vereinsamung, weitgehende Einbußen in

Kasten 2

„Dichotome Störung“

der beruflichen bzw. schulischen Leistungsfähigkeit, abnehmende Alltagskompetenzen. Davon betroffen sind auch eine selbständige Haushaltsführung und adäquate Regelung finanzieller Angelegenheiten.

Diagnostische Einordnung im Klassifikationssystem ICD-10

Auf dieser Basis wird der pathologische PC-/Internet-Gebrauch unter der ICD-10-Kategorie F 68.8 als eine spezifische Form der Beziehungs- und Verhaltensstörungen eingeordnet.

Differenzialdiagnostische Erwägungen

Mildere Formen des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs sind zwar von dysfunktionaler Problemlösungssuche mit zeitlich exzessiver PC-/Internet-Aktivität bestimmt, jedoch ohne Dichotomieerleben im Selbstwert- und Affekterleben, in der sozialen Interaktionsfähigkeit und der Handlungsmotivation. Vor allem Frauen weisen offenbar eher diese mildere Form des PC-/Internet-Gebrauchs auf, die nicht die Ausmaße eines pathologischen Gebrauchs erreicht. Als kategoriale Einordnung empfiehlt sich: Dysfunktionaler PC-/Internet-Gebrauch mit hohem zeitlichem Ausmaß, aber ohne Dichotomieerleben (ICD-10 Z 72). Der pathologische PC-/Internet-Gebrauch ist darüber hinaus differenzialdiagnostisch abzugrenzen von: Hypersexualität und/oder Paraphilie via Medium PC/Internet (ICD-10 F 52.7), pathologischem Glücksspielen via Medium PC/Internet (ICD-10 F 63.0) und pathologischem Kaufverhalten via Medium PC/Internet (ICD-10 F 63.8).

Literatur

- Allen, P., Fonagy, P. (2009). *Mentalisierungsgestützte Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bolm, T. (2009). *Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis*. München: Ernst Reinhardt.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10. Kap. I-XX. Bern: Huber.
- Döring, N. (2003). *Sozialpsychologie des Internets*. Göttingen: Hogrefe.
- Keyserlingk, H. v. (2004). Die Behandlung der Internetsucht in einer psychosomatischen Fachklinik – Eine Fallvignette. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 66, 107-108.
- Kratzer, S. (2006). *Pathologische Internetnutzung. Eine Pilotstudie zum Störungsbild*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lammers, C.-H. (2006). *Emotionsbezogene Psychotherapie: Grundlagen, Strategien und Techniken*. Stuttgart.
- Petry, J. (2003). Pathologischer PC-Gebrauch: nosologische Einordnung und Falldarstellungen. In: R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Internet*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schuhler, P. (2007). Der narrative Ansatz als nicht-konfrontative Motivierungsstrategie. In: Schuhler, P. (Hrsg.), *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten* (S. 62-73). Weinheim: Beltz PVU.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2011a). *Abschalten statt abdriften*. Weinheim: Beltz.
- Schuhler, P., Flatau, M. & Vogelgesang, M. (2011b). Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch: Diagnostische Einordnung, psychotherapeutischer Ansatz und erste Evaluationsergebnisse. *Suchttherapie*, 12, 72-79.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M. et al. (2013). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sobottka, B. (2010). Stationäre Psychotherapie bei Pathologischem PC-Gebrauch. *Rausch*, 6, 20-23.



Dr. phil. Petra Schuhler
Psychologische Psychotherapeutin
Ltd. Psychologin
AHG Klinik Münchwies
Turmstraße 50-58
D-66540 Neunkirchen-Münchwies
pschuhler@ahg.de

Der „Pathologische PC-/Internet-Gebrauch“ als eigenständige Erkrankung – nosologische Überlegungen*

Jörg Petry

Vorbemerkungen

Nach den modernen Medientheorien, insbesondere der „Kanadischen Schule“ (McLuhan, 2003) ist es weniger der Inhalt, sondern das transportierende Medium, das die Botschaft bestimmt. In der Geschichte der Medien lassen sich drei große Umbrüche unterscheiden, die unsere Realitätswahrnehmung mit bestimmen: Der Gebrauch der Sprache (Oralität), die Entstehung der Schrift (Literalität) und die Entwicklung elektrischer/elektronischer Medien (Virtualität).

Die erste dieser Medienwelten entwickelte sich mit der Entstehung der Sprache in der frühen Menschheitsgeschichte, wofür der Begriff der Oralität geprägt wurde. Die korrespondierende Realitätswahrnehmung wird durch die Unmittelbarkeit von Hören und Sehen bestimmt. Die menschliche Kommunikation ist durch den unmittelbaren Kontakt von Angesicht zu Angesicht geprägt. In dieser Welt erfolgt die Weitergabe des kulturellen Erbes, also der für die Gemeinschaft wichtigen Bedeutungselemente und Einstellungen, im unmittelbar sprachlich vermittelten Kontakt.

Mit der Entstehung der Schrift in den frühen Hochkulturen entwickelte sich die Medienwelt der Literalität (Hörisch, 2004), die bis heute unsere Realitätswahrnehmung prägt. Entscheidend war die Einführung des phonetischen Alphabetes im 9. Jh. v. Chr. in Griechenland. Mit schriftlichen Aufzeichnungen konnte das kulturelle Erbe dauerhaft bewahrt werden, was das Geschichtsbewusstsein förderte. Darüber hinaus war es möglich, mit dem geschriebenen Wort eine Autonomie und Dauer von Gedanken herzustellen, die neue Erkenntnisse und theoretische Perspektiven eröffnete. Auf der Basis der Schrift ließen sich abstrakte Begriffe definieren und logische Denkfiguren als Erkenntnisinstrumente etablieren. Die uni-

verselle Durchdringung des Alltags durch die Literalität erfolgte mittels der technischen Innovation des mechanischen Druckverfahrens durch Gutenberg im 15. Jahrhundert.

Mit der Entstehung der technischen Medien seit dem 19. Jahrhundert, die schließlich in der digitalen Technik des vernetzten Computers kulminierte, entstand die Virtualität. Die technisch vermittelte Virtualität der neuen Medien zeigt eine qualitative Weiterentwicklung, indem die digitale Technik ein breites Spektrum unmittelbarer Sinneswahrnehmungen anspricht und der Nutzer interaktiv tätig sein kann. Es wird angenommen, dass durch die Bildhaftigkeit, Vernetztheit und Interaktivität der Neuen Medien eine Konzentration auf die Gegenwart und Förderung des Gemeinschafts-sinnes zumindest möglich erscheint (Ong, 2004). Aus dem massenmedial beeinflussten Publikum von passiven Empfängern kann durch das neue Medium PC/Internet eine Öffentlichkeit entstehen, die sich durch eine aktive Teilnahme (Weblog, Podcast) auszeichnet.

Im Umbruch von der Literalität als einer rational dominierten Weltansicht zur Virtualität muss eine neue Ästhetik (Form der sinnlichen Weltwahrnehmung) gefunden werden, die ein ausgeglichenes Verhältnis von Bildhaftigkeit und Begrifflichkeit herstellt. Die Balancierung von Individuum und Kollektiv, Selbstverlust und Selbstfindung sowie Wahrheit und Verfälschung stellt dabei hohe Anforderungen an den Nutzer der Neuen Medien.

Die Kombination von PC/Internet stellt eine Integration aller bisherigen Medien (Brief, Telefon, Film, Radio, Fernsehen) dar. Dies ist aufgrund der digitalen Verrechnung multimedialer (schriftlicher, auditiver und visueller) Texte und deren „Verlinkung“ zu Hypertexten möglich. Es entsteht eine neue Qualität, die sich durch fünf Merkmale auszeichnet: Durch die *Multimedialität*, d.h. Integration auditiver und

* Aus: Vogelgesang, M. (Hrsg.) (2009). Versunken und verloren in virtuellen Welten – Einblicke in die Pathologie des Internetgebrauchs. *Münchwienser Hefte*, 33, 21-31.

visueller Medien, dominiert die audio-visuelle Sinnlichkeit. Das Merkmal der *Instantität* führt dazu, dass auf dem Hintergrund der extrem schnellen Signalübertragung alle Abläufe und Aktionen in subjektiv empfundener „Jetztzeit“ ablaufen. Dies führt zu einer weiteren Beschleunigung unseres Zeitgefühls. Das dritte Merkmal stellt die *Omnipräsenz* dar, die es dem Nutzer erlaubt, sich an jeden Ort der Welt „zu bewegen“, Bilder von jedem Ort der Welt zu empfangen und sich auch in einer virtuellen Parallelwelt zu bewegen. Die beiden Kernmerkmale des neuen Medium PC/Internet bilden die *Vernetztheit* und *Interaktivität*. Der Nutzer kann von überall Informationen erhalten, sich mit Menschen und Gruppen auf der ganzen Welt austauschen und sich virtuellen Gruppen und Gemeinschaften anschließen. Dabei ist er kein passiver Konsument, sondern aktiver Gestalter und Einflussnehmer auf das Geschehen (Petry, 2010).

1 Der Suchtdiskurs

Innerhalb des verbreiteten Suchtkonzeptes wird in Anlehnung an Jellinek (1960) angenommen, dass es sich beim pathologischen PC-/Internet-Gebrauch um eine nichtstoffgebundene Sucht handelt (Gross, 1990). Es wird postuliert, dass das Medium PC/Internet als „Droge“ einen emotionalen Konditionierungsprozess, der sich auf das dopaminerge Belohnungssystem des Gehirns bezieht, auslöst (Grüsser & Thalemann, 2006) und zu einer „Dosissteigerung“, einem „Kontrollverlust“ und beim Einstellen des Verhaltens zu „Entzugserscheinungen“ führt.

Das Suchtkonzept kann jedoch keine ausreichende Erklärungsbasis für das komplexe klinische Phänomen des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs darstellen.

Die Übertragung des organischen Krankheitsmodells für stoffliche Süchte auf die Problematik des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs stellt einen nicht statthaften Analogieschluss dar. Die in der Alkoholismustheorie eindeutig definierten Begriffe (Küfner et al., 2007) „Droge“, „Toleranzentwicklung“ und „Entzugserscheinungen“ werden ihrer ursprünglichen organopathologischen Bedeutung beraubt. Bei einer „Droge“ handelt es sich um eine psychotrope Substanz, die dem Körper zugeführt wird und unmittelbar auf das zentrale Nervensystem einwirkt, und bei der „Toleranzentwicklung“ liegt nicht nur eine neurobiologische Adaption vor, sondern auch eine beschleunigte metabolische Verarbeitung der zugeführten „Droge“ in der Leber. Auch bei „Entzugserscheinungen“ liegen dauerhafte

organopathologische Veränderungen bis hin zur zellulären Ebene des zentralen Nervensystems vor. Dies lässt sich nicht auf den Verhaltensexzess des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs und die dabei ablaufenden psychischen Prozesse übertragen.

Die zur Operationalisierung des Suchtkonzeptes eingesetzten Jellinek-Fragebogen sind modellgerecht und damit eingeeignet formuliert, so dass sie keine Offenheit zur Überprüfung alternativer Erklärungsansätze ermöglichen. Die depressiven oder aggressiven Reaktionen bei Einstellung oder Unterbrechung einer exzessiven PC-/Internet-Aktivität entsprechen nicht den typischen vegetativen Entzugssymptomen bei der stoffgebundenen Sucht, sondern sind Ausdruck einer Trauerreaktion, da mit der Loslösung von dem Medium PC/Internet ein geliebtes Objekt mit hoher subjektiver Valenz verloren geht.

Das verbreitete Suchtkonzept berücksichtigt nicht, dass in der modernen Suchttherapie verhaltensökonomische (Vuchnich & Heather, 2003) und entscheidungstheoretische (Cox & Klinger, 2004) Modelle diskutiert werden. Es bleibt also unberücksichtigt, dass der Suchtkranke als handelndes Wesen betrachtet wird, das auch während des Suchtprozesses eine, wenn auch eingeschränkte, Handlungskontrolle ausübt und sich dabei für alternative Handlungsoptionen entscheiden kann.

Innerhalb des Suchtkonzeptes besteht die Grundannahme, dass für die Entwicklung süchtigen Verhaltens die emotionalen Konditionierungsprozesse des Belohnungszentrums unseres Gehirns von herausragender Bedeutung seien. Durch diese Überbetonung wird vernachlässigt, dass die hirneurophysiologischen Grundlagen der Persönlichkeit wesentlich komplexer sind. Nach der Zwei-Prozess-Theorie von Evans (2003) sind zwei Gedächtnissysteme für unser Handeln verantwortlich. Das evolutionär ältere, unbewusste System zur Handlungsaktivierung und das bewusste, evolutionär jüngere System zur verzögerten Handlungskontrolle. Beide Systeme unseres neuropsychologischen Apparates stehen in ständigem Widerstreit. Es ist deshalb erforderlich, neben den Konditionierungsprozessen des Belohnungssystems verstärkt den Einfluss der bewussten Planungs- und Steuerungsfunktion des präfrontalen Cortex einzubeziehen.

Schließlich treffen die zentralen Merkmale der Sucht als chronische, mit einem hohen Sterberisiko verbundene Erkrankung, die aufgrund ihrer Devianz starken gesellschaftlichen Sanktionen unterliegt, so auf den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch nicht zu. Das exzessive Verhaltensmuster und das damit verbundene

Immersionserleben (Eintauchen) des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs lassen sich nicht mit einem drogeninduziertem Rauschzustand im Sinne eines veränderten Bewusstseinzustandes mit Störung der Wahrnehmung, des Denkens, der Gefühle und der Selbst- und Körperwahrnehmung vergleichen (Korte, 2007). Die Online-Aktivität ist vielmehr ein aktives Tun, das der Lösung von Aufgaben, der Entwicklung neuer Aspekte der Identität und dem Eingehen von Beziehungen dient.

2 Dysfunktionaler PC-/Internet-Gebrauch und pathologisches PC-/Internet-Spielen als Störungsbild

Es ist ein Kontinuum vom funktionalen Umgang mit den neuen Medien über den dysfunktionalen PC-/Internet-Gebrauch bis hin zum Störungsbild des pathologischen PC-/Internet-Spielens anzunehmen. Auf alle drei Phänomene lassen sich allgemeinspsychologische Modellvorstellungen, insbesondere die Theorie der Handlungsregulationen (Brandstätter, 2001) anwenden. Dennoch bestehen qualitative Unterschiede, da anzunehmen ist, dass jeweils unterschiedliche Bedingungsgefüge vorliegen. Der funktionale Umgang mit dem PC/Internet dient der Bewältigung privater und beruflicher Aufgaben mittels E-Mails, Mailing-Listen, Newsgroups und durch Surfen im WWW oder dem Austausch in Fachforen. Auch Gamern und Chatten zur unterhaltsamen Entspannung gehören dazu. Dies kann auch längere Zeit in Anspruch nehmen und dazu führen, dass sich das subjektive Zeitgefühl verändert (Zeitversunkenheit). Das Verhalten ist jedoch Ausdruck eines gesunden Umgangs mit dem PC/Internet, der die neuen Möglichkeiten dieses Mediums konstruktiv und ergänzend zu realen Erlebnisformen ausnutzt.

Beim dysfunktionalen PC-/Internet-Gebrauch handelt es sich um ein exzessives Verhaltensmuster, das zu negativen Folgen körperlicher Art (Störung des Wach-Schlaf-Rhythmus, Rückenprobleme), psychischen Störungen (Ängste, Depressionen) und sozialen Nachteilen (Rückzug aus Familie und Beruf) führen kann. Es gibt Hinweise, dass Häufignutzer (mehr als 35 Stunden Online-Tätigkeit außerhalb der Schule und des Berufs) einen verminderten Selbstwert, eine Tendenz zu depressiven Störungen und Angststörungen, eine verminderte Impulskontrolle und eine Neigung zu Suchtverhalten aufweisen (Hahn & Jerusalem, 2001). Im Sinne eines Risikomodells ist davon auszugehen, dass exzessive PC-/Internet-Nutzer über weniger personale und

soziale Ressourcen verfügen und in Gefahr stehen, zu einer Randgruppe zu werden. Das Verhaltensmuster zeichnet sich aufgrund der Gewohnheitsbildung dadurch aus, dass die Handlungskontrolle vermindert ist, d.h. reizgesteuerter, spontaner und weniger gezielt abläuft (Six et al., 2005). Mehrheitlich handelt es sich jedoch um ein Übergangsphänomen in der Adoleszenz, das mit der beruflichen Integration und dem Eingehen erwachsener Beziehungen überwunden wird.

Beim pathologischen PC-/Internet-Spielen handelt es sich um eine dauerhafte psychische Störung, bei der eine primäre schwere Vulnerabilität (Anfälligkeit) und/oder eine extrem deprivierte Lebenssituation anzunehmen sind. Es handelt sich um ein eigenständiges Störungsbild, das einer intensiven Behandlung bedarf.

3 Ein klinisch-heuristisches Störungsmodell des pathologischen PC-/Internet-Spielens

3.1 Psychopathologie und Komorbidität

Zunächst ist das Störungsbild des pathologischen PC-/Internet-Spielens normativ zu beschreiben. Es sind mithin Kriterien zu benennen, die zur Feststellung einer vom Normalen abweichenden psychopathologischen Auffälligkeit führen.

Die Exzessivität des Verhaltens ist das erste notwendige, jedoch nicht hinreichende Merkmal. Klinisch auffällig ist neben der extrem hohen wöchentlichen PC-/Internet-Aktivität (bis zu 100 Stunden pro Woche) die Höchstdauer der ununterbrochenen Online-Aktivität (bis zu 30 oder gar 50 Stunden).

Psychopathologisch bedeutsam ist das überwertige Immersionserleben, d.h. die extrem intensive Aufmerksamkeitsfokussierung auf die virtuelle Aktivität, wobei die Wahrnehmung der Realität zurücktritt. Bei pathologischen PC-/Internet-Spielern erfolgt eine anhaltende Bindung an die virtuellen Gratifikationen der Online-Aktivität, d.h. die dabei erlebten Kontroll- und Machtgefühle, die erfahrene Selbstwertsteigerung, das Erleben von Flow im Handlungsfluss, das Eingehen besonders intimer Beziehungen und die soziale Anerkennung durch virtuelle Partner und Gruppen. Dies führt zu einer vollständigen „Versunkenheit“, ohne dass jedoch das Unterscheidungsvermögen zwischen Virtualität und Realität völlig aufgehoben wird.

Bei dem Störungsbild ist eine ausgeprägte „Inkongruenz“ im Sinne des neuropsycholo-

gischen Modells von Grawe (2004) zwischen Grundbedürfnissen nach Kontrolle, Selbstwert-erhöhung, Bindung sowie der Wahrnehmung von Möglichkeiten zur Befriedigung dieser Bedürfnisse in der realen Welt anzunehmen. Dies korrespondiert mit einer Beeinträchtigung des „Kohärenzgefühls“ im Sinne Antonovskys (1987). Die Fähigkeit und Bereitschaft, eigene Ressourcen zur Bewältigung von Lebensanforderungen einzusetzen, ist reduziert und damit das Gefühl der Verstehbarkeit der Welt und eines persönlichen Lebenssinnes eingeschränkt.

Am klinisch auffälligsten bei pathologischem PC-/Internet-Spielern ist die Gestörtheit des Umweltbezugs durch Rückzug in die häusliche, ganz auf die Online-Aktivität ausgerichtete, unwirtliche Wohnsituation. Dies ist verbunden mit dem Abbruch sozialer Beziehungen oder der extremen Einschränkung zwischenmenschlicher Bindungen. Aus der „Versunkenheit“ in dem virtuellen Erlebnismodus wird eine „Verlorenheit“, d.h. vollständige Abkehr von der Realität, wodurch der Betroffene von Bezugspersonen kaum noch erreicht werden kann.

Eine Besonderheit des Störungsbildes stellt die Reduzierung der Selbstkontroll- und Selbstregulationsfähigkeit dar. Die Online-Aktivität läuft als unbewusste, automatisierte Handlungsroutine ab. Durch die besonderen Gratifikationen der Online-Aktivität mit einem intensiven Immersionserleben etabliert sich eine Gewohnheit, die zur Verdrängung alternativer Erfahrungen und Erlebnismöglichkeiten in der Realität führt (Six et al., 2005).

Als Folge des gewohnheitsmäßigen Verhaltenszesses zeigen sich gravierende Beeinträchtigungen körperlicher Art (z.B. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus), psychischer Art (z.B. depressive Verstimmungen und soziale Ängste) und sozialer Art (z.B. Abbruch von schulischen und beruflichen Ausbildungen). Die Auswirkungen auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit sind differenzierter zu beurteilen. Inzwischen wird angenommen, dass durch Computerspiele als Form der Online-Aktivität eine Verbesserung der sensumotorischen Koordination, des räumlichen Vorstellungsvermögens und der exekutiven Problemlösungskompetenzen resultieren, während die konzentrativen Fähigkeiten (Ermüdungsresistenz, Ausdauer der Aufmerksamkeit) gestört werden (Pfeiffer et al., 2007).

Die mit dem Störungsbild verbundenen Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit spiegeln sich in hohen Komorbiditätsraten bei pathologischen PC-/Internet-Spielern wider. Es finden sich vorwiegend depressive Störungen

und soziale Angststörungen, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen sowie Essstörungen mit Adipositas. Daneben sind Suchterkrankungen, insbesondere die Tabak-, Alkohol- und Cannabisabhängigkeit sowie die Glücksspielsucht vorherrschend.

3.2 Ätiologie

Zur Begründung der nosologischen Selbstständigkeit des pathologischen PC-/Internet-Spielens als neuem Störungsbild müssen die spezifischen ursächlichen Bedingungsfaktoren benannt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es im Rahmen eines komplexen Prozessmodells grundsätzlich keine direkten Kausalbeziehungen gibt und dass zur Aufklärung des zugrunde liegenden Bedingungsgefüges entwicklungspsychopathologische Längsschnittstudien erforderlich sind.

Bezogen auf den gestörten Umweltbezug bei pathologischen PC-/Internet-Spielern sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als mögliche Ursachen in Betracht zu ziehen. Die Übergangsgesellschaft des 21. Jahrhunderts führt zu einer verschärften individuellen Entfremdung (Bolz, 2005). Für Heranwachsende besteht deshalb keine verlässliche und dauerhafte Entwicklungsperspektive mehr, insbesondere was ihre berufliche und familiäre Lebensplanung betrifft. Gleichzeitig erfolgt eine zunehmende Polarisierung (Heitmeyer, 1997) in arm und reich, bildungsnahe und bildungsferne Schichten sowie integrierte und nicht integrierte Migranten, was zur Folge hat, dass viele Kinder und Jugendliche unter prekären Lebensbedingungen aufwachsen. Gleichzeitig sind Kinder und Jugendliche mit einem Bildungssystem konfrontiert, das viele Heranwachsende zu Leistungsversagern werden lässt (Waldrich, 2007) bzw. sie sind häufig familiären Lebensumständen ausgesetzt, die traumatisieren. Auf diesem Hintergrund entsteht eine Risikogruppe, die für die Angebote des Mediums PC/Internet angesichts der täglich erlebten Frustrationen ein sehr attraktives Erlebnisangebot darstellt, das eine eskapistische Ersatzfunktion erfüllen kann.

In Bezug auf die entwicklungspsychopathologischen Entstehungsbedingungen wird vor dem Hintergrund der klinischen Bindungstheorie von Bowlby (1993) angenommen, dass eine unsichere Bindungsrepräsentation als Grundlage des pathologischen PC-/Internet-Spielens vorliegt (Schuhler, 2010). Dies bildet die ursächliche Grundlage für die häufigen komorbiden psychischen Störungen, insbesondere die affek-

tiven Störungen, Angststörungen mit sozialen Kontaktängsten, Rückzugstendenzen und das Ausweichen in süchtige Verhaltensmuster zur Stressbewältigung. Im Rahmen der klinischen Urteilsbildung ist anzunehmen, dass sich beim pathologischen PC-/Internet-Spieler (insbesondere beim Gaming) auf dem Hintergrund der postulierten unsicheren Bindungsorganisation eine personale und soziale Identitätsstörung in der Adoleszenz entwickelt. Im Sinne des Transaktionsmodells liegt dabei ein dynamischer Rückkopplungsprozess zwischen dispositionellen (Bindungsstörung), altersbedingten (adoleszente Identitätsentwicklung) und Umwelteinflüssen (Neue Medien) vor (Bastine, 1990).

Unter neuropsychologischen Gesichtspunkten (Grawe, 2004) kann vermutet werden, dass bei einer Kombination stark frustrierender Lebensbedingungen bei gleichzeitig fehlenden personalen und sozialen Ressourcen eine mangelhafte, nur einsichtig erfolgte Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse nach Bindung, Kontrolle, Selbstwerterhöhung und Lust-Unlust-Regulation in der Realität erfolgt. Eine solche „Inkongruenz“ zwischen motivationalen Zielen und Realitätswahrnehmung verweist auf eine Störung der Konsistenzregulation, die zur Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit führt. Die eingeschränkte Konsistenzregulation kann als allgemeine neuropsychologische Grundlage des pathologischen PC-/Internet-Spielens angesehen werden.

3.3 Pathogenese und Chronifizierung

Unter einer aktualgenetischen Perspektive handelt es sich beim pathologischem PC-/Internet-Spielen um eine Regression, d.h. um ein Zurück auf ein früheres Entwicklungsstadium: die Stufe des kindlichen Spiels. Alle Erscheinungsformen des Phänomens (Gamen, Chatten, Surfen) lassen sich als Spielhandlungen begreifen, da sie die strukturellen Merkmale des Spielens (Selbstzweck, Wechsel des Realitätsbezuges, Wiederholung und symbolisch transformierter Gegenstandsbezug) im Sinne Oerters (2008) erfüllen. Wie beim kindlichen Spiel dominiert die Funktion, die erlebte Unterlegenheit und Minderwertigkeit durch illusionäre Wunscherfüllung zu kompensieren.

Die kompensatorische Wunscherfüllung steht dabei im Vordergrund, da frustrierte Grundbedürfnisse im Sinne der Adler'schen Individualpsychologie (Böhringer, 1985) zu einer überstarken Ausbildung von Motiven nach Leistung, Kontrolle und Bindung führen. Für eine solche innere Bedürfnisstruktur stellen

die PC-/Internet-Angebote eine passgenaue positive Anreizsituation dar. Das Medium PC/Internet wird zum begehrten universellen Lieblingsspielzeug und bedingt eine dauerhafte Präferenz für die virtuelle Bedürfnisbefriedigung. Die übergeordnete Funktion des Spiels, sich symbolisch mit den existentiellen Anforderungen des Lebens auseinanderzusetzen, wird auf Kosten der Meisterung realer Lebensanforderungen und beziehungsmäßigen Einbindungen in das soziale Umfeld verabsolutiert.

Die Chronifizierung des pathologischen PC-/Internet-Spielens lässt sich als zunehmende Einschränkung von Handlungsoptionen auf die PC-/Internet-Nutzung unter Vernachlässigung alternativer Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung verstehen. Six et al. (2005) nehmen dazu an, dass sich eine zunehmende Gewohnheitsbildung entwickelt, indem automatisierte, nicht bewusste Mechanismen die reflektive Bewertung und Umsetzung von Handlungsalternativen ersetzen. Es entsteht ein Verlust an Selbstkontrolle, wodurch ein weniger bewusster, eher spontaner, durch die Anreize des Mediums ausgelöster Handlungsmodus dominiert.

3.4 Nosologie

Das neue und eigenständige Störungsbild des pathologischen PC-/Internet-Spielens wird aufgrund der angenommenen Verursachung und des klinischen Erscheinungsbildes innerhalb des psychiatrischen Klassifikationssystems ICD-10 (Dilling et al., 2010) in den Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F 6) eingeordnet. Es handelt sich um ein in der kindlichen und adoleszenten Entwicklung verwurzelt starres Verhaltensmuster, das mit deutlichen Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehung zu anderen verbunden ist.

Aufgrund der frühen Grundstörung – insbesondere Bindungsstörung – und des sehr weitgehenden sozialen Rückzugsverhaltens kann das pathologische PC-/Internet-Spielen als entwicklungspsychopathologische Störung der zwischenmenschlichen Beziehung aufgefasst werden. Dies passt am ehesten zu der ICD-10-Klassifikation einer „anderen näher bezeichneten Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ (F 68.8).

Abweichend von der Einordnung als „nicht stoffgebundene Suchterkrankung“ erfolgt nach unserer Ansicht deshalb keine Subsummierung unter die „abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F 63)“. Differentialdiagnostisch ergibt sich die Abgrenzung

vom pathologischem Glücksspielen via Internet (F 63.0) und der Hypersexualität (F 52.7) sowie den Paraphilien via Internet. Die PC-/Internet-Aktivität ist bei diesen beiden Störungen lediglich Mittel zum Zweck, jedoch kein essentieller Bestandteil der Erkrankung.

3.5 Typologie und pathoplastische Faktoren

Aufgrund fehlender empirischer Untersuchungen bietet sich zunächst eine typologische Charakterisierung im Hinblick auf die jeweils dominierende Online-Aktivität an. Am häufigsten kommen aktuell Gamer in Behandlung, die vor allem Mehrpersonen-Online-Rollenspiele und seltener Egoshooter bevorzugen. Es handelt sich vorwiegend um junge Männer, die in der Adoleszenz mit der exzessiven Online-Aktivität begonnen haben. Die Funktionalität des pathologischen Spielverhaltens bezieht sich auf die leistungsorientierte Meisterung von Kampfwettbewerben und die soziale Anerkennung durch die virtuelle Gruppe von Gefährten. Bei der zweiten, jedoch kleineren Untergruppe dominieren aktuell Frauen mittleren Alters, die das Chatten bevorzugen. Es finden sich eine häufig depressive Störung und eine Bevorzugung erotischer Chatrooms. Die Funktionalität richtet sich auf die Herstellung intimer Beziehung, den Austausch persönlicher Schmeicheleien und die Herstellung erotischer Beziehungen. Eine aktuell seltene Patientengruppe bilden Surfer, die im Hinblick auf berufliche Interessen oder ein Hobby exzessiv nach Informationen im WWW suchen und sich in speziellen Foren austauschen. Es handelt sich meist um Männer mittleren und höheren Alters. Die Funktionalität ergibt sich aus der Anerkennung als Spezialist in einem qualifizierten Fachkreis und die Herstellung einer kleinen, überschaubaren Welt, die gut zu beherrschen ist.

Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Entwicklung und Verbreitung der Neuen Medien ist auch mit einem historischen Wandel des Störungsbildes im Sinne pathoplastischer Veränderungen zu rechnen. Die bisher in Behandlung gekommenen älteren Patienten sind noch nicht mit dem Medium PC/Internet groß geworden und haben entsprechend das Störungsbild erst im Erwachsenenalter entwickelt, während die jüngeren Patienten von Kindesbeinen an mit dem neuen Medium PC/Internet Umgang hatten und bereits während der Pubertät und Adoleszenz ein exzessives PC-/Internet-Nutzungsmuster entwickelt haben. Bei dieser letzteren Gruppe wird die Identitätsentwicklung und soziale Beziehungsbildung viel

deutlicher von der virtuellen Erlebnisweise geprägt.

Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bastine, R. (1990). *Klinische Psychologie*, Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Böhringer, H. (1987). *Kompensation und Common Sense: Zur Lebensphilosophie Alfred Adlers*. Königsstein/Ts.: Athenäum.
- Bolz, N. (2005). *Blindflug mit Zuschauer*. München: Wilhelm Fink.
- Bowlby, J. (1993). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brandstedter, J. (2001). *Entwicklung – Intensionalität – Handeln*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (Eds.) (2004). *Handbook of motivational counselling: Concepts, approaches and assessment*. Chichester (UK): John Wiley.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Evans, J. S. (2003). In two minds: Dual process accounts of reasoning. *Trends in Cognitive Sciences*, 7, 454-459.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gross, W. (1990). *Sucht ohne Drogen: Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.
- Grüsser, S. M. & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Hahn, A. & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Reliabilität und Validität in der Online-Forschung. In: A. Theobald et al. (Hrsg.), *Handbuch der Online-Markt-Forschung* (S. 1-21). Wiesbaden: Gabler.
- Heitmeyer, W. (Hrsg.) (1997). *Was treibt die Gesellschaft auseinander? Bundesrepublik Deutschland: Auf dem Weg von der Konsens- zur Konfliktgesellschaft*, Bd. 1. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch.
- Hörisch, J. (2004). *Eine Geschichte der Medien: Von der Oblate zum Internet*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press.
- Korte, S. (2007). *Aktuelle Rauschkonstruktionen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Küfner, H., Soyka, M. & Feuerli W. (2007). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Thieme.

- McLuhan, M. (2003). *Understanding media*. Corte, Modera, CA: Gingo Press (Amerikanisches Original 1964).
- Oerter, R. (2008). Spiel und kindliche Entwicklung. In: R. Oerter & L. Montata (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch* (S. 236-249). Weinheim: Beltz.
- Ong, W. J. (2004). Oralität und Literalität. In: C. Pias, J. Vogl, L. Engell et al. (Hrsg.), *Kursbuch Medienkultur: Die maßgeblichen Theorien von Brecht bis Baudrillard* (S. 95-104). Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt (Amerikanisches Original 1982).
- Petry, J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Pfeiffer, C., Mäßle, T., Kleinemann, M. & Rehbein, F. (2007). *Die Pisa-Verlierer – Opfer ihres Medienkonsums. Eine Analyse auf der Basis verschiedener empirischer Untersuchungen*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (unveröffentlichter Bericht).
- Schuhler, P. (2010). Bindungsdynamische Sichtweise. In: J. Petry, *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch* (S. 57-64). Göttingen: Hogrefe.
- Six, U., Gimmler, R & Schröder, A. (2005). Determinanten funktionalen bis dysfunktional-süchtigen Internetgebrauchs. In: K.-H. Renner, A. Schütz & F. Machilek (Hrsg.), *Internet und Persönlichkeit: Differentielle-psychologische und diagnostische Aspekte der Internetnutzung* (S. 223-237). Göttingen: Hogrefe.
- Spanger, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch* (S. 170-194). Weinheim: Beltz.
- Vuchinich, R. E. & Heather, N. (2003). *Choice, behavioral economics and addiction*. Amsterdam: Pergamon.
- Waldrich, H.-P. (2007). *In blinder Wut: Warum junge Menschen Amok laufen*. Köln: PapyRossa.



Dr. phil. Jörg Petry
 Projektleiter Pathologisches Glücksspielen
 und PC-/Internet-Spielen der
 Allgemeinen Hospitalgesellschaft AG
 Benrather Schlossallee 31
 D-40597 Düsseldorf
 jpetry@ahg.de



432 Seiten
 ISBN 978-3-87581-227-5
 Preis: 39,90 Euro

Frederic Fredersdorf

Verantwortung leben

Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland

Die Studie „Verantwortung leben“ ist im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Abt. Drogen und Sucht, erschienen. Hier ist erstmals gelungen, ein breitgefächertes Bild der Suchtselbsthilfe im Bereich der illegalen Drogen in der Bundesrepublik zu dokumentieren und die Vielfältigkeit der verschiedenen Ansätze von Akzeptanz- bis Abstinenzorientierung anschaulich zu machen. Die in diesem Band dokumentierte Untersuchung belegt eindrucksvoll, dass es möglich ist, Suchtforschung, professionelle Hilfe und Selbsthilfe einander näher zu bringen und damit die Suchtbehandlung zu optimieren und mit Erfolg abzuschließen. Diese Studie bildet eine umfangreiche Arbeitsunterlage. Sie liefert Basisinformationen, z.B. einen grundlegenden Überblick zur Entwicklung der deutschen Suchtselbsthilfe. Hierzu gehört auch ein Querschnitt zur Philosophie, den Zielen und dem Bedarf der ambulanten Drogenselbsthilfe in Deutschland. Darüber hinaus beschreibt der Autor angloamerikanische Modelle zur ambulanten Drogenselbsthilfe und umreißt den aktuellen Zustand der Selbsthilfeorganisationen in Deutschland.



PABST SCIENCE PUBLISHERS/NEULAND

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
 pabst.publishers@t-online.de · www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

Stationäre Psychotherapie und Arbeitsweltbezug bei Pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch

Petra Schuhler

In der AHG Klinik Münchwies wurde bereits 1998 der erste von mittlerweile mehr als 700 erwachsenen, nicht jugendlichen Patienten mit der Diagnose „pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ behandelt. Auf dieser breiten klinischen Erfahrung fußt der psychotherapeutische Ansatz, der in diesem Beitrag dargestellt wird. Seine theoretischen Grundlagen (Schuhler & Vogelgesang, 2012; s. auch Schuhler, in diesem Heft) werden umrissen, die praktische Vorgehensweise mit klinischen Beispielen dargestellt und empirische Wirksamkeitsnachweise berichtet (Schuhler et al., 2011).

Das Therapieprogramm wird für den Einsatz in der stationären Psychotherapie im In-

dikationsgebiet Psychosomatik beschrieben (Schuhler & Vogelgesang, 2012; Schuhler et al., 2013): Im Fall einer stationären Behandlung sollte die PC-/Internet-Problematik im Rahmen eines psychosomatischen Therapieprogramms mit PC-/Internet-spezifischer Schwerpunktsetzung behandelt werden. Nur dann, wenn eine manifeste stoffgebundene Suchterkrankung, z.B. im Sinn einer Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit, eine Entwöhnungsbehandlung indiziert – dies trifft dann unabhängig vom pathologischen PC-/Internet-Gebrauch zu – sollte die PC-/Internet-spezifische Therapie im Rahmen dieser Suchtbehandlung durchgeführt werden.

Kasten 1

Reihenfolge der diagnostischen Schritte bei Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch

1) Screening-Instrument: Der Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch – KPC (Petry)

Mit diesem Instrument lässt sich ein erster Einblick in die Problematik gewinnen. Dabei ist zu beachten, dass auch ein Überschreiten des Cut-off-Werts von 28 allein nicht ausreicht, einen pathologischen PC-/Internet-Gebrauch zu diagnostizieren (s. Schwarz et al., in diesem Heft).

2) Fragebogen zu Selbstwert- und Affektregulierung sowie zur sozialen Interaktionsfähigkeit und Handlungsmotivation

Dabei handelt es sich um Fragebogen für Patienten, die vor der speziellen Anamneseerhebung bearbeitet und ausgewertet sein sollten, da diese darauf Bezug nimmt.

3) Spezielle Anamnese

Die spezielle Anamnese gibt Einblick in die Genese, Dynamik und Entwicklung der Pathologie. Hier erfolgt die Festlegung, ob dichotomes Erleben und Verhalten in der Selbst-, Affekt-, der sozialen Interaktionssteuerung oder der Handlungsmotivation in der virtuellen vs. realen Welt vorliegt. Nur dann sollte die Diagnose „pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ gestellt werden. Wenn keine Dichotomie festgestellt wird, aber ein Cut-off von 28 im KPC (s. erster diagnostischen Schritt) vorliegt, handelt es sich um „dysfunktionalen PC-/Internet-Gebrauch mit hohem

zeitlichen Ausmaß, aber ohne Dichotomieerleben“ (ICD-10 – Z 72).

4) Klinisches Interview

Es empfiehlt sich immer dann, wenn eine besondere Tiefe des therapeutischen Verständnisses und eine Erhellung der Bindungsdynamik indiziert sind (s. Schuhler, in diesem Heft). Thematisch gibt es dabei Überschneidungen zur speziellen Anamnese. Die Ergebnisse des klinischen Interviews erlauben aber spezifische Schlussfolgerungen für den therapeutischen Zugang, die die spezielle Anamnese alleine nicht bereitstellen kann. Das Interview ist aber nicht notwendige Voraussetzung für die Herleitung von therapeutischen Zielen und die Behandlungsplanung. Als Faustregel gilt: Je schwieriger eine Behandlung sich darstellt – durch eine ausgeprägte Komorbidität, eine brüchige Behandlungsmotivation des Patienten oder eine besondere Problemlage im Arbeitskontext – umso mehr ist das klinische Interview indiziert.

5) Screening zur Abklärung einer komorbiden stoffgebundenen Suchterkrankung

Suchtanamnestiche Verfahren hinsichtlich Alkohol, suchtpotenten Medikamenten, Drogen sowie Tabak.

6) Biografische und medizinische Anamnese zur Abklärung der somatischen Komorbidität (ggf. im medizinischen Konsil)

7) Abklärung der psychischen Komorbidität und ggf. weitere spezielle Anamnesen

Kasten 1 gibt einen Überblick über die diagnostisch-explorative Phase, gegliedert nach einzelnen Schritten: Bei Schuhler & Vogelgesang (2012) finden sich alle Materialien, die in dieser initialen Behandlungsphase eingesetzt werden.

1 Das psychotherapeutische Programm

Das Computer-/Internet-spezifische Therapieprogramm (Schuhler & Vogelgesang, 2011; 2012) basiert auf emotionsfokussierenden und metakognitiven Ansätzen der Verhaltenstherapie, bindungstheoretischen Arbeiten und solchen, die zum Ziel haben, die Mentalisierungsfähigkeit zu unterstützen. Die methodische Vorgehensweise fördert die oft defizitäre Symbolisierungsfähigkeit und verhilft zu einem vertieften, emotional getragenen Verständnis schwieriger Zusammenhänge. Dadurch werden Therapiemotivation und die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit den therapeutischen Inhalten positiv beeinflusst, ebenso wie die therapeutische Beziehung, die entscheidende Bedeutung hat für den Therapieerfolg. Das Programm wird vornehmlich als Bestandteil einer psychosomatischen Behandlung im gruppentherapeutischen Setting mit assoziierter Einzeltherapie durch den Bezugstherapeuten durchgeführt. Als Element einer Entwöhnungsbehandlung wird das Programm nur für betroffene Patienten mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit realisiert.

1.1 Konzeptuelle Grundlagen

Der Beitrag „Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch – Krankheitsbild, konzeptuelle und diagnostische Einordnung“ (Schuhler, in diesem Heft) fokussiert die konzeptuellen Grundlagen hinsichtlich des Krankheitsmodells und der Diagnosestellung. Hier folgt eine Darstellung der konzeptuellen Grundlagen aus dem Blickwinkel der therapeutischen Vorgehensweise.

Deshalb wurden bei der Entwicklung der therapeutischen Vorgehensweise solche Modelle herangezogen, die sich auf die Stärkung der Erlebensfähigkeit und auf die Differenzierung des Vermögens richten, inneres Erleben wahrzunehmen, einzuordnen und auszudrücken. Dabei bot es sich an, nach emotionsfokussierenden Ansätzen zu suchen, sowie nach Modellen, die davon ausgehen, dass kognitive Techniken eingebunden sein müssen in ein emotional getragenes Arbeitsbündnis zwischen Patient und

Therapeutin. Die therapeutische Zielsetzung, Verstehensprozesse emotionaler Abläufe und deren Symbolisierung in Worten zu fördern, entspricht dem Mentalisierungsansatz (Allen & Fonagy, 2006), der deshalb bei der Ausarbeitung der therapeutischen Konzeptualisierung herangezogen wurde. In engem Bezug zur Entwicklung der emotionalen Regulierungs- und Mentalisierungsfähigkeit stehen bindungsdynamische Überlegungen (Bowlby, 2008), die deshalb ebenfalls bei der Ausarbeitung der Therapiekonzeption Pate standen.

Emotionsfokussierende Ansätze

Emotionen rücken in der Konzeptualisierung psychotherapeutischen Vorgehens immer mehr in den Mittelpunkt (Lammers, 2011). Neben den Therapieformen, bei denen die emotionale Kategorie von jeher im Fokus stand (Rogers, 1983; Greenberg, 2006), beschäftigen sich nun auch Kliniker kognitiv-therapeutischer Provenienz gezielt mit der Rolle der Emotion für therapeutischen Erfolg. Dies zeichnet sich deutlich in der jüngsten verhaltenstherapeutischen Modellentwicklung ab, die als „Dritte Welle“ bezeichnet wird: Der Ansatz von Young und Mitautoren (2008) geht von einer wechselseitigen Dynamik zwischen Emotion, Kognition und Verhalten aus. Dabei wird die Vorstellung überwunden, dass emotionale den kognitiven Prozessen nachgeordnet und als deren Abkömmlinge zu betrachten sind. Der schematherapeutische Ansatz nimmt folgendes Prinzip der menschlichen Entwicklung an: Ob im frühen Entwicklungsverlauf zentrale Bedürfnisse befriedigt werden oder unerfüllt bleiben, entscheidet darüber, ob sich prägende innere Schemata herausbilden, die die Aufgabe hatten, ein Gleichgewicht zwischen innerer und äußerer Realität herzustellen. Ganz allgemein weisen diese Schemata eine konsistente innere Struktur auf, die neu eintreffende Information in der schemaspezifischen Weise organisiert: Sie können entsprechend als gespeicherter Wissensfundus betrachtet werden, der mit aktueller Erfahrung interagiert. Im späteren Leben werden diese früh erworbenen Schemata dann aktiv, wenn neue Erfahrungen den frühen Frustrationssituationen ähneln. Dann werden die Schemata aktiviert, sie werden dann gewissermaßen ‚heiß‘. Dabei wird davon ausgegangen, dass die frühen Schemata aber die ursprüngliche Funktionalität verloren haben und sich nun maladaptiv hinsichtlich der Realitätsanpassung auswirken. Die therapeutische Beziehung wird als entscheidende korrigierende Erfahrung verstanden, die erlaubt, die maladaptiven Schemata zu

überwinden. Die Parallelen zum Konzept der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der psychoanalytischen Tradition sind nicht zu übersehen (Wöller & Kruse, 2010).

Solche emotionsfokussierenden therapeutischen Techniken haben gerade im Fall des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs eine besondere Bedeutung für den therapeutischen Fortschritt. Die Pathologie drückt sich nämlich vor allem aus in Defiziten in der Plastizität und Differenzierung im inneren emotionalen Erleben und dessen verbaler Symbolisierung. Der innere Kontakt zur emotionalen und kognitiven Verarbeitung und deren metakognitive Steuerungsmöglichkeit gelingt nur schwer und bricht leicht ab.

Mentalisierungsaspekte

Ein defizitäres Mentalisierungsniveau zeigt sich im Überwiegen eines egozentristischen Standpunkts, ohne dass eigene Motive, Gefühle, Handlungen in einer verstehenden Tiefe betrachtet werden könnten. Hinzu kommen inkohärente und unrealistische Selbst- und Fremdwahrnehmung, defizitäre Subjekt- und Objektdifferenzierung, Unvermögen einer selbst-reflexiven Perspektivenkoordination, fehlende Identitätssicherheit, hohe Projektionsbereitschaft und mangelnde Fähigkeit, zwischen Realität und Fantasie zu unterscheiden. Die auf die Förderung der Mentalisierung ausgerichteten therapeutischen Schritte nehmen

Gefühle und Bedeutungszuschreibungen in den Blick, um die Fähigkeit zur Selbstreflexion und sozialen Interaktionsfähigkeit zu stärken.

Als übergeordnetes Therapieziel wird angesehen, die eigene Perspektive in der Interaktion mit anderen in realen Kontexten differenzieren und in der interaktiven Wechselwirkung verstehen zu können. Dies setzt beim Patienten voraus, Entdeckerfreude an inneren Prozessen zu entwickeln und eine explorative Suchrichtung für die eigene Problematik in der sozial-interaktiven Realität zu etablieren. Wie gut dies gelingt, hängt von der Reife der Mentalisierungsfähigkeit ab, deren Förderung ein zentrales therapeutisches Anliegen ist.

Bei der Lösung dieser Aufgabe hat sich in unserer klinischen Arbeit der methodische Einsatz von Metaphern in Form von verbalen, Bild- und Objektmetaphern sowie von Narrativen und Imaginationen bewährt. Dabei spielt das durch die Therapeutin geleitete Entdecken des metaphorischen Angebots, das zu einem vertieften, emotional getragenen Verständnis schwieriger Zusammenhänge führt, eine entscheidende Rolle.

Metaphern

Metaphern erlauben durch die ihnen immanente Anschaulichkeit komplexere Zusammenhänge besser zu verstehen, sich mit emotional schwierigen Themen günstiger auseinanderzusetzen oder Blockaden im therapeutischen Prozess eher zu überwinden. Die metaphorische Anreicherung gilt als wesentliches Prinzip der therapeutischen Intervention, um eine emotionale Aktivierung (Lammers, 2011) im realen Raum und eine gestärkte Mentalisierungsfähigkeit (Bolm, 2009) zu erzielen. Wir unterscheiden dabei zunächst Metaphern im verbal-symbolischen Raum (Sprach-Metapher), etwa der Vergleich einer Psychotherapie mit einer „gemeinsamen Reise“ oder der Gleichsetzung einer Veränderungsmotivation mit dem „Wind des Wandels, der Segelsetzen oder zaudern lässt“. Dies entspricht den Ansätzen, die explizit auf die Wirkung sprachlicher Metaphern setzen (de Shazer, 2009; Hayes et al., 2007; Lakoff & Johnson, 2004).

Von diesen Sprach-Metaphern werden Objekt- und Bildmetaphern in unserer therapeutischen Arbeit abgegrenzt (Beaulieu, 2005; Koppenhöfer, 2004). Dabei wird z.B. das gegenwärtige hoffnungsarme Lebensgefühl mit einem verwickelten Wollknäuel symbolisiert – und ein solches gezeigt – wobei im Gegensatz dazu das Therapieziel mit einem Stück schönen Wollstoffs (Objekt-Metapher) verglichen und veranschaulicht wird. Eine Bildmetapher ist

Bild 1

Kätzchen und Tiger



beispielsweise das bekannte Vexierbild „Alte Frau – junge Frau“, das als Metapher gelten kann für die Relativität von positiv-negativ im Erleben der äußeren ebenso wie der inneren Realität.

In vielfältiger Form arbeitet unser therapeutischer Ansatz mit Bildern, die zwei Funktionen erfüllen. Sie dienen zum einen der visuellen Symbolisierung komplexer Zusammenhänge, wie z.B. das Bild des Kätzchens und des Tigers, die die Dichotomie des Selbstbilds in der virtuellen vs. der realen Welt thematisieren (Bild 1).

Zum anderen wurden solche Bilder zusammengestellt, die geeignet sind realitätszugewandtes Erleben durch (Wieder-)Erschließung positiven Erlebens zu fördern, wie z.B. das Bild der „Landschaft“ (Bild 2). Eine reiche Auswahl solcher Bildmotive findet sich in der Therapieanleitung bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch (Schuhler & Vogelgesang, 2012).

Metaphorisches Material bewirkt oft mit gutem Erfolg eine intensive Auseinandersetzung mit zentralen Problembereichen, die – weniger beeinträchtigten Patienten – schon in verbalsymbolischer therapeutischer Arbeit gewinnbringend möglich ist. Die Metaphern (Bild-, Objekt- und verbale Metaphern, zu denen wir auch Narrative zählen) wirken durch ihre plastische Anschaulichkeit und die dadurch oft erreichte unabweisbare Einsicht in einen komplexen Zusammenhang. In der therapeutischen Arbeit mit Metaphern werden Nachdenken und emotionale Bewegung gefördert, wodurch dem Patienten ein adäquaterer Zugang zu schwierigen und belasteten Kontexten ermöglicht wird. Das Bestreben des Therapeuten zu informieren, aufzuklären und zu überzeugen, drückt sich durchaus aus, aber nicht der Anspruch, aus einer superioren Position im Recht zu sein.



Bild 2

Landschaft

Vielmehr gelingt es oft, den Patienten mit Erfolg dazu einzuladen, seine eigene Perspektive und die der anderen zu elaborieren und sich mit der Kluft zwischen virtuellem und realem Raum zu beschäftigen. Die Patienten erlangen eher einen weniger angstbesetzten Umgang mit dem bedrohlichen Thema „Verzicht auf meine PC-/Internet-Aktivität“ und den damit zusammenhängenden schwierigen Fragen, wenn sie sich mit den Metaphern auseinandersetzen.

Das therapeutische Ziel dabei ist stets, zu einem reiferen Problembewusstsein zu verhelfen und günstige Handlungsmotivation in der Realität in Gang zu setzen. Im Fall des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs ist es ratsam, die Motivation und Fähigkeit zur Introspektion und Selbstreflexion in dieser Weise zu unterstützen. Die Arbeit mit den Metaphern verbreitert auf spielerische Weise das Bedeutungs- und Verständnisspektrum: Wenn der Patient eine reichere Palette von Bedeutungen entdeckt, die mit dem Thema zusammenhängen, dann hat sich bereits eine aktive Umgangsweise mit der Problematik entwickelt, die gerade bei dieser Patientengruppe sonst schwer zu erreichen ist. Die Patienten befassen sich mit einem bestimmten Problemaspekt in seiner wesentlichen Ge-

Narrativ „Superman und Clark Kent“

Thematischer Fokus: narzisstische Zufuhr in der virtuellen Welt vs. Selbstwertdefizit in der Realität

Auf dem fernen Planeten Krypton lebt der Wissenschaftler Jor-El. Er entdeckt, dass die Zivilisation der Kryptonier durch eine nahende Katastrophe dem Untergang geweiht ist. Um seinen dreijährigen Sohn Kal-El zu retten, schickt er ihn in einer Rakete zur Erde. Das Raumschiff landet dort im amerikanischen Bundesstaat Kansas, am Rand einer Stadt. Der Junge wird von dem kinderlosen Farmerehepaar Kent gefunden, die ihm den Namen Clark geben und ihn aufziehen. Schon bald erkennt er seine besonderen Kräfte. Nach seiner Schulzeit bereist er die Welt und entschließt sich, das Verbrechen zu bekämpfen. So entsteht seine zweite Identität: Superman, der Mann aus Stahl. Superman kann fliegen, ist stark wie eine Lokomotive, schneller als eine Pistolenkugel und nahezu unverwundbar. Er hat

ein Supergehör, kann mit seinem Röntgenblick durch alles hindurchgucken, er kann selbst einzelne Atome sehen und ist in der Lage, extrem weit sehen zu können. Supermans Kostüm ist unzerstörbar, weil es auch vom Planeten Krypton kommt. Es hält allen Angriffen stand. Der verwegene Streiter für Recht und Gerechtigkeit, der Superman, verwandelt sich im wirklichen Leben in Clark Kent, den schüchternen Zeitungsreporter mit den dicken Brillengläsern. Als Clark Kent arbeitet Superman im Alltag für den Daily Planet, eine Zeitung, durch deren Nachrichtenticker er immer über alle Verbrechen informiert ist und weiß, wo er hinzufliegen hat, um zu helfen, wenn er gebraucht wird. Eine wichtige Rolle spielt seine Kollegin Lois Lane, die Superman anhimmelt, aber von dem tollpatschigen Clark Kent nichts wissen will.

Spiegeln Superman bzw. Clark Kent etwas davon wider, wie Sie sich in der Computerwelt bzw. der realen Welt erleben?

Kasten 2

„Narrativ“

stalt in einer zugespitzten metaphorischen Form. In der Beschreibung der therapeutischen Vorgehensweise wird die Arbeit mit solchen Metaphern, die sich in unserer klinischen Praxis bewährt hat, vorgestellt.

Narrative

Eng verwandt mit Metaphern sind Narrative als therapeutisches Agens (Schuhler, 2007), das dem Patienten ein kreatives Bild vermittelt, das die Vorstellungskraft anregt (s. Kasten 2 und Abschnitt 2.2): Sie laden aufgrund ihrer Mehrdeutigkeit und Unterhaltsamkeit zur Neugier, zum Fortdenken und Einfühlen ein, ebenso wie sie eine günstige Beziehung zwischen Patient und Therapeut erleichtern. Der Einsatz dieser nicht-konfrontativen Motivierungsstrategie via Narrative hat sich in der therapeutischen Arbeit sehr bewährt (Schuhler & Baumeister, 1999; Schmitz, Schuhler et al. 2008; Vogelgesang, 2007).

Ein Beispiel gibt das nachfolgende Narrativ „Superman und Clark Kent“, das zum Anstoß werden kann, einen inneren Zugang zu der Sehnsucht nach einem idealen Selbstbild zu finden.

Therapeutische Beziehung

In der psychotherapeutischen Arbeit ist heftige und drängende interpersonelle Bewegung zu erwarten, die die therapeutische Beziehung nachhaltig prägen kann. Diese wird oft in spezifischer Weise beeinflusst in Form wenig differenzierter Spannung, von Blockierungen, oft diffus negativ getönter Atmosphäre, aber auch Wut, Hass und Irritationen, Unverständnis und ungünstigen attributionalen Mustern. Gerade in der sensiblen Phase des sich Lösens von der virtuellen Welt dominiert die Unfähigkeit, Gefühle adäquat wahrzunehmen, differenziert zu erleben und auszudrücken. Der Verlustangst um das „Ich in der virtuellen Welt“ sollte besondere Beachtung geschenkt werden. Nach unseren Erfahrungen sollte sich die Therapeutin als wertschätzendes, verständnisvolles, aber ebenso strukturierendes Gegenüber zur Verfügung stellen, das auch „Sachkenntnis“ hat, was die virtuelle Welt angeht. Im Behandlungsverlauf kann aber auch mit Interesse an der Auseinandersetzung mit der virtuellen Welt und positiver Entwicklung gerechnet werden, wenn in der realen Beziehungswelt befriedigende Begegnungen gelingen. In diesem Zusammenhang hat im Fall der stationären Behandlung ein therapeutisches Setting, das auf die thera-

peutische Gemeinschaft und das therapeutische Milieu setzt, besondere Bedeutung für ein günstiges Therapieergebnis (Vogelgesang & Schuhler, 2010).

Eine Stärkung der therapeutischen Arbeitsbeziehung kann erreicht werden durch eine positiv-wertschätzende, verlässliche und den Patienten und sein Problem akzeptierende Grundhaltung. Dies gilt allgemein für die Psychotherapieführung, hat aber vor dem Hintergrund eine besondere Bedeutung, dass die Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch oft sehr wenig Anerkennung und Wertschätzung in der realen Welt erlebt haben, zumindest im Zusammenhang mit der – oft langen – Phase des exzessiven PC-/Internet-Gebrauchs. Dieser Mangel bestimmte aber in aller Regel die biographische Entwicklung. Die wertschätzende, Beständigkeit und Sicherheit vermittelnde therapeutische Haltung kann eine Halt gebende Funktion übernehmen und so zur unerlässlichen Basis für den Patienten werden, damit er sich mit schwachen und unliebsamen Seiten des Selbst auseinandersetzen kann, die bislang durch die PC-/Internet-Aktivität maladaptiv kompensiert wurden.

1.2 Die therapeutische Vorgehensweise

Das primäre und grundlegende Ziel therapeutischer Arbeit ist darauf gerichtet, die emotionale Beteiligung des Patienten am Therapieprozess wachzurufen und aufrechtzuerhalten. Ob dies gelingt oder fehlschlägt, hängt davon ab, ob – metaphorisch ausgedrückt – ein inneres Band in der therapeutischen Beziehung geknüpft werden konnte. Gelingt es nicht, d.h. lässt sich keine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung etablieren, bleiben Interventionen wirkungslos. Diese ganz allgemein gültige Prämisse erfolgreicher Therapie hat im Fall des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs besondere Bedeutung: Die Fähigkeiten der Patienten, in realen Kontexten und damit natürlich auch in der Psychotherapie auf einer emotionalen Ebene erlebensfähiger zu werden, sind in besonderem Maß durch die Computer-/Internet-Aktivität eingeschränkt. Neben dem Nutzen der therapeutischen Beziehung als (Wieder-) Erleben realer Beziehung bedarf es besonderer Methoden und Techniken, um das emotionale und sozial-interaktive Defizit auszugleichen. Ziel dabei ist es, den psychischen Raum zu weiten und die Fähigkeit, problematische Sachverhalte und vor allem menschliche Beziehungsdynamik in einer neuen Tiefe zu verstehen, die bislang durch den PC-/Internet-Gebrauch

verschüttet waren. Davon hängt es ab, ob eine innere Distanz zu den medialen Angeboten gelingt und die Anforderungen in der Realität adäquater bewältigt werden können. Unser therapeutisches Programm ist in fünf Einheiten untergliedert, von denen je ein Beispiel berichtet wird:

- Erste Therapieeinheit: Aufbau von Krankheitseinsicht, Veränderungsmotivation und emotionaler Aktivierung in realen Bezügen.
- Zweite Therapieeinheit: Adäquate Selbstwertregulierung und Handlungsmotivierung im realen Kontext.
- Dritte Therapiephase: Soziale Interaktionskompetenz in realen Kontakten.
- Vierte Therapieeinheit: Stärkung des affektiven Realitätsbezugs.
- Fünfte Therapieeinheit: Einbezug des Arbeitskontexts und Sicherung der Therapiefortschritte in der realen Welt.

Mit der ersten Therapieeinheit sollte immer begonnen und mit der fünften die Arbeit beendet werden. Wie nach dem Aufbau von Krankheitseinsicht, Veränderungsmotivation und emotionaler Aktivierung in realen Bezügen (erste Therapieeinheit) – die in jeder Behandlung indiziert ist – dann weitergearbeitet wird, hängt von der Problematik ab, die bei dem Patienten im Fokus steht. Jeweils eine Intervention der fünf Therapieeinheiten wird nachfolgend beschrieben. Die folgende Darstellung des therapeutischen Vorgehens sind kurz gefasste Ausschnitte aus unserer ausführlichen Therapieanleitung (Schuhler & Vogelgesang, 2012). Trotz der kurzen Fassung wird auf eine anschauliche Demonstration des Therapeutenverhaltens großer Wert gelegt, da in der Psychotherapie der PC-/Internet-Pathologie noch auf wenig Behandlungswissen zurückgegriffen werden kann.

1.2.1 Aus der ersten Therapieeinheit

Ressourcenorientierte Einführung in die Therapie: Funktionalität des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs erkennen

Ziel. Der Patient wird in kompetenzorientierter Weise in die therapeutische Arbeit eingeführt (Schmitz et al., 2008). Dabei wird die übergeordnete Frage verfolgt, worin die inneren, in der Regel verdeckten Gründe für die PC-/Internet-Aktivität gelegen haben. Es geht um das Aufzeigen der psychischen Funktionalität, die die PC-/Internet-Aktivität auslöste und aufrechterhielt. Dabei hilft ein kompetenzorientierter Blick, der die möglichen subjektiven Vorteile der PC-/Internet-Aktivität als ersten Schritt ins

Zentrum rückt, um erst danach zur Problematik überzugehen. Eine zu einseitige Defizitorientierung wird dadurch vermieden, die dem Aufbau von Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft entgegenstehen kann. Dies kann als wichtiger Zwischenschritt auf dem Weg zur Einsicht angesehen werden, dass die PC-/Internet-Aktivität nur zum Preis viel zu hoher Risiken hinsichtlich der psychischen wie oft auch körperlichen Gesundheit fragwürdige Vorteile brachte. Eine solche adäquate Problemsicht dient dann als Basis zur Erarbeitung funktionaler Alternativen im realen Kontext in der weiteren therapeutischen Arbeit.

Vorgehensweise. Die Therapeutin führt in die Thematik folgendermaßen ein: *„Es gibt vielerlei, was für PC und Internet spricht. Zum Beispiel können Sie in den Mehrpersonen-Rollenspielen in mehr als eine Haut schlüpfen. Das kann aufregend sein. Ganz ähnlich ergeht es vielleicht jemandem, der viel liest. Die Leselust kann sich auch nur entfalten, wenn sich der Leser in die Welt des Buchs hineinversetzt. Das ist Ihnen im Spiel, in der Welt des Spiels auch so ergangen. Sie konnten ja sogar in das Geschehen eingreifen und die Geschichte beeinflussen. Das kann ein Leser nicht, der muss den vorgegebenen Pfaden des Autors folgen. Kein Wunder, dass die*

Wenn ich versuche herauszufinden, was mich an der PC-/Internet-Aktivität angezogen hat – was fällt mir dazu ein?

12 Patienten mit krankhaftem PC-/Internet-Gebrauch haben sich während ihrer Therapie darüber Gedanken gemacht. Hier sind die Ergebnisse:

*Keine Langeweile mehr.
Freie Zeiteinteilung, immer zugänglich, je nach Lust.
Billige Freizeitgestaltung.
Nervenkitzel.
Kick.
Unkomplizierte und folgenlose Befriedigung von Bedürfnissen.
Wenig Frustration.
Herausforderung.
Wurde durch die Spiele geistig gefordert (auch körperlich, mit Lenkrad).
Gutes Gefühl, (fast) alles erreicht zu haben.
Erfolgsgefühle durch gewonnene Kämpfe.
Stolz auf Erfolg.
Anerkennung.
Fühlte mich im Spiel geborgen, zu Hause und kenne mich aus.
Gemeinschaftsgefühl.
Habe Kontakte gehabt.
Vertraute Atmosphäre.
Erlebte mich in einem Team.
Ablenkung von tristem Leben.
Konnte Neues erleben und entdecken.
War fasziniert von der schönen Grafik.
Im Chat konnte ich so sein, wie ich sein wollte.
Spaß.
Zeitvertreib.*

Kasten 3

„Funktionalität“

Spiele große Bedeutung im Leben eines Menschen erlangen können. Die Kontaktmöglichkeiten vervielfältigen sich. Im Spiel kann der Mensch mit anderen auf allen Kontinenten verbunden sein und muss dabei noch nicht mal vom Stuhl aufstehen.“ Wenn es um Computerspiele geht, fährt die Therapeutin folgendermaßen fort: „Der Spieler kann im Spiel in mehr als nur eine Haut schlüpfen. Er kann Krieger, Zauberer, Eroberer werden, aufregende Abenteuer erleben, sich mit andern messen, mit anderen kämpfen, gemeinsame Erfolge erringen. Zumindest in der Computeraktivität können manche Menschen sich von den Zwängen des Lebens lösen und die Mühen des Alltags für eine gewisse Zeit vergessen. Mal ganz vom Stress weg kommen können! Was unternehmen Menschen nicht alles, um das zu können. Und mit PC und Internet kann das vorübergehend gelingen: Ferien von der Realität und im Zaubergarten der Fantasie freien Lauf lassen. Verführerische Möglichkeiten tun sich da auf.“ Die Therapeutin legt die Übersicht „Funktionalität“ (s. Kasten 3)

dem Patienten vor: „Schauen Sie, hier haben Patienten, die vor Ihnen behandelt worden sind, eine Zusammenstellung erarbeitet. Finden Sie sich darin wieder? Und wenn, bei welcher attraktiven Aktivität?“

Das psychoedukative Material „Klärung sensibler Einstellungen und Verhaltensweisen“ (Kasten 4) führt daran anschließend zu einer mehr problematisierenden Sicht auf den PC-/Internet-Gebrauch, der sich häufig auf dem Boden ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstruktur entwickelt. Diese werden in ressourcenorientierter Weise als sensible Verarbeitung eingeführt. Diese positiv-akzeptierende Diktion erleichtert die Auseinandersetzung mit einem zentralen Problembereich, der in der weiteren Psychotherapie eine große Rolle spielt.

In der psychotherapeutischen Arbeit werden in ressourcenorientierter Weise schon in dieser ersten Therapieeinheit mögliche funktionale Alternativen, die mit der therapeutischen

Kasten 4

„Psychoedukatives Material“

Klärung sensibler Einstellungen und Verhaltensweisen

Die folgenden Einstellungen und Verhaltensweisen der Fragen sind Hinweise auf das Vorhandensein des sensiblen Persönlichkeitsstils. Ein Mensch mit stark sensibler Tendenz zeigt mehr solcher Verhaltensweisen als jemand, der weniger von diesem Stil geprägt ist.

Aufgabe: Bitte beantworten Sie zunächst den Fragebogen für sich, indem Sie jede Aussage den Zahlen zwischen 0 und 3 zuordnen, so wie es auf Sie zutrifft.

Bitte markieren Sie die zutreffende Zahl hinter der Aussage:	falsch		richtig	
	0	1	2	3
Neuen Aktivitäten oder neuen Aufgaben in der Realität gehe ich eher aus dem Weg aus Angst, mich zu blamieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige dazu, gesellschaftliche Anlässe oder Pflichten in der wirklichen Welt zu vermeiden, bei denen ich es mit Menschen zu tun habe, die ich größtenteils nicht kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich jemand Neues in der Realität kennenlerne, fühle ich mich oft unterlegen oder minderwertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermeide, wenn möglich, berufliche Tätigkeiten, Aufgaben oder Aufträge, bei denen ich mit vielen Menschen zu tun habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine berufliche Position, in der ich alleine für den Erfolg einer Aufgabe verantwortlich wäre, würde mir Angst machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin durch Kritik oder Ablehnung in der Wirklichkeit leicht verletztbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen oder Kontakte zu anderen Menschen in der realen Welt vermeide ich eher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderen Menschen in der Wirklichkeit gegenüber, die ich nicht so gut kenne, bin ich zurückhaltend, aus Angst etwas Dummes zu sagen oder eine Frage nicht beantworten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich in der Realität über etwas ärgere, sage ich oft nichts, um Streit zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erlebe mich in der wirklichen Welt oft als weniger klug, attraktiv oder geschickt als andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in der Realität plötzlich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehe, beispielsweise in einer Gesellschaft oder Gruppe, werde ich unsicher und ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Machen Sie das Beste aus Ihrem sensiblen Stil

- Geben Sie ab und zu eine ihrer Gewohnheiten auf. Probieren Sie etwas Neues aus. Gehen Sie beispielsweise in ein Restaurant/Kaufhaus/Club etc., wo Sie bisher noch nie waren. Oder ändern Sie mal ihren Tagesablauf am Wochenende. Verzichten Sie auf die virtuelle Welt. Gehen Sie raus ins wirkliche Leben.
- Tun Sie genau das, was Sie am liebsten vermeiden würden. Je häufiger Sie unangenehmen Situationen ausweichen, desto größer wird Ihre Angst oder Unsicherheit beim nächsten Mal sein. Wenn Sie jemand beispielsweise zu einer Geburtstagsfeier einlädt, gehen Sie hin, auch wenn Sie den starken Impuls verspüren zu Hause bleiben zu wollen.
- Der sensible Stil neigt sehr dazu, seine Wahrnehmung darauf auszurichten, was andere möglicherweise denken. Selbst neutrale Verhaltensweisen/Gesten kann der sensible Mensch schon als Ablehnung oder Kritik an seiner Person deuten. Wenn Sie merken, dass Sie

sich wieder durch die Augen anderer sehen, halten Sie mit diesem Gedanken inne und machen Sie mit dem weiter, was Sie gerade tun. Also, wenn Sie beispielsweise in Gesellschaft mal wieder daran denken, dass Ihr Gesprächspartner Sie dumm oder langweilig finden könnte, brechen Sie die Unterhaltung nicht ab, sondern reden Sie weiter, auch wenn es Ihnen schwer fällt.

- Erkennen Sie, dass Ihre Befangenheit aus Ihrem Innern kommt. In der Regel sind es Ihre Selbstzweifel und Unsicherheiten, die Sie auf andere „projizieren“. Das heißt: Sie haben häufig negative Gefühle über sich selbst und gehen dann davon aus, dass andere genauso negativ über Sie denken.
- Machen Sie sich bewusst, dass Ihre Angst nur ein Gefühl und keine äußere Realität ist.
- Üben Sie sich in der Realität. Denken Sie daran, was Woody Allen (als Nicht-Vegetarier) gesagt hat: „Die Realität ist der einzige Ort, wo Du ein ordentliches Steak bekommst.“

Kasten 5

„Machen Sie das Beste aus Ihrem sensiblen Stil“

Arbeit verfolgt werden, vorgestellt, unter dem Motto „Machen Sie das Beste aus Ihrem sensiblen Stil“ (Kasten 5).

Auswertung und Weiterführung. Der Schwerpunkt der Auswertung liegt auf der Vermittlung therapierelevanter Inhalte in einem ressourcenorientierten Rahmen, der erste Ansätze zum Aufbau eines subjektiven adäquaten Krankheitsmodells bietet. Die Auswertung sollte darauf gerichtet sein, dass ein innerer Zugang zu der Erkrankung gelingt im Sinn eines Verständnisses für die zwar maladaptive, aber doch auch bewältigungsorientierte Funktionalität der PC-/Internet-Pathologie. Viele Anknüpfungspunkte ergeben sich zu der folgenden Intervention, die zu einer vertieft problematisierenden Sicht verhilft.

Das Riesenrad

Ziel. Das subjektive Verstehensmodell wird um den problematischen Aspekt der PC-/Internet-Aktivität erweitert.

Material. Drei Bilder des Riesenrads: Drei Bilder eines Holzmodells eines Riesenrads mit offenen Abteilwagons, in denen kleine Puppen sitzen. Auf den Bildern ist zu erkennen, dass sich das Riesenrad immer schneller dreht, so dass auf dem dritten Bild eine Puppe aus ihrem Abteil hinausgeschleudert wird. Die Bilder sind herunterladbar von der CD der Therapieanleitung (Schuhler & Vogelgesang, 2012).

Vorgehen. Die Therapeutin führt folgendermaßen in den Problembereich ein: „Woran erkennen Sie, dass Ihr Umgang mit PC und Internet krankhafte Ausmaße angenommen hat? Da gibt es

einiges Wichtiges zu wissen. Ich will Ihnen das erläutern. Die meisten Leute nehmen an, dass die am Computer verbrachte Zeit die entscheidende Rolle spielt. Am Anfang wird deshalb oft die Frage gestellt: Ab wann ist es denn nicht mehr o.k.? Als Faustregel gilt: Wenn Sie mehr als 30 Stunden wöchentlich aktiv sind mit Spielen, Chatten, Surfen und das nicht für die Schule, die Ausbildung oder den Beruf, dann haben Sie offenkundig ein Problem. Tatsächlich kommt es schon – aber nicht hauptsächlich – auf die Zeit an, die mit PC und im Internet verbracht wird, wenn entschieden werden soll, ob Sie etwas dagegen unternehmen müssen.

Eine zweite Sache spielt eine wichtigere Rolle: Wir nennen das aus fachlicher Sicht ‚Immersion‘ und meinen damit, das Gefühl ‚dort drin zu sein‘ und nicht mehr ‚hier‘. Das Gefühl ‚drin zu sein‘ in der PC-/Internet-Welt, im Spielgeschehen, beim Chatten oder Surfen, und nicht mehr draußen, in der Realität.

Es kommt dem PC-Nutzer, dem Spieler und Chatter so vor, als ob er ‚dort‘ und nicht mehr ‚hier‘, vor dem PC, auf dem Stuhl, in dem Zimmer anwesend wäre. Hier ist gewissermaßen nur noch die äußere Hülle, das eigentliche ‚Ich‘ ist dort drin.

Haben Sie zwei Gesichter – eins in der virtuellen Welt und eins in der Realität? Klafft ein tiefer Graben zwischen dem Bild, das Sie von sich haben in Ihrer PC-/Internet-Aktivität und dem Bild, das Sie in der Wirklichkeit von sich haben? Mit PC und Internet fühlen Sie sich beispielsweise großartig, ruhig, kraftvoll und erfolgreich, im wirklichen Leben dagegen klein, mickrig, zappelig, schwach und als Verlierer. Wenn das zutrifft, dann scheint es sich um ein wirkliches Problem zu handeln, das mit therapeutischer Hilfe angegangen werden sollte. Dann ist es gut, dass Sie hier sind.“ Die Therapeutin legt die

drei Bilder dem Patienten hin. „Sie können sich das so vorstellen, wie es hier auf den Bildern mit dem Riesenrad gezeigt wird. Zunächst ist es vielleicht noch gut und rund mit der Computeraktivität gelaufen.“ Die Therapeutin deutet auf das erste Bild. „Aber dann dreht sich das Rad dort drin immer schneller und Sie sind immer mehr hineingezogen worden in das Spiel (den Chat oder das Surfen).“ Die Therapeutin zeigt das zweite Bild: „So sehr, dass Sie schließlich aus dem Leben wie herausgefallen sind.“ Die Therapeutin deutet auf das dritte Bild: „Ich möchte Ihnen helfen, wieder ins reale Leben zurückzufinden. Es gibt bewährte therapeutische Methoden, die ich dazu anwenden möchte, und wenn Sie bei der Sache mitmachen und am Ball bleiben, werden wir mit großer Wahrscheinlichkeit zusammen in der Therapie Erfolg haben.“

Auswertung und Weiterführung. Die Auswertung sollte sich darauf richten, die Attraktivität der PC-/Internet-Nutzung und deren kompensatorische Funktion zu erkennen, die als maladaptive Bewältigung äußerer und vor allem innerer Probleme zu verstehen ist.

Das Ampelmodell

Ziel. Unbedenkliche, riskante und keinesfalls auszuübende PC-/Internet-Aktivitäten sollen differenziert werden können. Das Vermögen diese Aktivitäten nach dem Risikopotenzial für die eigene Person einschätzen zu können und den Umgang mit dem Medium danach auszurichten, wird als „Medienkompetenz“ bezeichnet.

Vorgehen. Die Bildmetapher einer Ampel und ihre stark verinnerlichte Bedeutung der Farben rot, gelb und grün wird genutzt, um die Zielsetzung zu verdeutlichen. Dabei geht es um die Festlegung, was im speziellen Fall bedenkenlos getan werden darf, was nur mit Vorbehalt und was sicher nicht. Das Material „Ampel“ wird vorgelegt und folgendermaßen erläutert: „Ein wesentliches Ziel der Psychotherapie ist die Rückkehr zum unproblematischen Umgang mit PC und Internet. Damit ist die Fähigkeit gemeint, das Medium kompetent nutzen zu können. Diese Zielsetzung wird deshalb auch kurz ‚Medienkompetenz‘ genannt. Ich möchte Ihnen das am Beispiel einer Ampel erklären. Eine Ampel mit ihren roten, gelben und grünen Kreisen steuert den Straßenverkehr. Dieselbe Zielsetzung hat die Ampel, die sich auf den Umgang mit dem Computer bezieht. Diese Ampel gibt es nicht wirklich, sie ist keine technische Anlage. Die Ampel, von der hier die Rede ist, ist vielmehr ein Bild für einen inneren Vorgang, vergleichbar mit der ‚inneren Stimme‘, die uns etwas sagt, ohne dass wir sie wirklich hören können oder das ‚innere Auge‘, das etwas vor uns entstehen lässt,

ohne das es wirklich sichtbar wäre. So soll die Ampel Ihnen helfen, auf das Spielen, Chatten oder Surfen zu verzichten, das Sie krankgemacht hat. Dazu ist es erforderlich, dass wir entscheiden, welche Computeraktivitäten für Sie auf ‚rot‘ stehen (z.B. alle Mehrpersonen-Online-Rollenspiele), was auf ‚gelb‘ zu stellen ist, was also durchaus riskant ist (z.B. Konsolenspiele ohne Online-Vernetzung) und was auf ‚grün‘ steht (Online-Banking oder sachbezogenes, zeitlich begrenztes Surfen). Was nun für Sie auf rot, gelb, grün stehen soll, das legen wir gemeinsam fest.“

Die Ampel wird konkret mit roten, gelben und grünen Pappkartonscheiben dargestellt. Mit dem Patienten wird ein roter Bereich (Aktivitäten, die so gefährlich und deshalb tabu sind, dass ein völliger Verzicht nötig ist, wie z.B. Online-Rollenspiele, Konsolenscomputer-spiele, spezielle Chat-Aktivitäten, sinnloses Surfen), ein gelber Bereich (Aktivitäten am PC, bei denen Vorsicht geboten ist aufgrund der Griffnähe zum bisherigen Problemverhalten, wie beispielsweise Online-Aktivitäten zuhause, alleine, länger als eine Stunde) und ein grüner Bereich (unbedenklicher, funktionaler Gebrauch, wie z.B. berufsbezogene Nutzung, E-Mail-Korrespondenz oder Informationssuche mit klar definiertem Zweck, Online-Banking) definiert. Es werden konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele erarbeitet: Was genau nehme ich mir vor? Wie genau will ich dieses Ziel im Alltag umsetzen? Was könnte mir dabei helfen, was hinderlich sein? Gehört zu meiner Zielplanung auch der Kontakt zu einer Beratungsstelle?

Auswertung und Weiterführung. Die internalen Kontrollüberzeugungen des Patienten, die Therapieziele zu erreichen, werden herausgearbeitet. Es soll deutlich werden, dass er sein Problem für beherrschbar hält und Hoffnung hat, dies mit Hilfe der Therapie zu erreichen. Das bedeutet, dass der Patient die Ursachen seines Problems im Umgang mit PC und Internet mehr bei sich selbst sucht als bei äußeren Faktoren und entsprechend auch den Hauptansatzpunkt zur Überwindung des Problems bei sich selbst sucht.

1.2.2 Aus der zweiten Therapieeinheit

Virtuelles und reales Selbst

Ziel. Diese Intervention regt dazu an, sich mit den Selbstbilddiskrepanzen im realen und virtuellen Raum auseinanderzusetzen. Damit wird versucht, den idealisierten Selbst-Anteil in der virtuellen Welt zu reflektieren und Einsicht darin zu entwickeln, dass Selbstideale in der

Realität angestrebt werden sollten. Darüber hinaus wird das Ziel verfolgt, beim Patienten eine versöhnliche Haltung den eigenen Schwächen gegenüber zu entwickeln: Negative Selbstbildelemente sollten ihren Platz in der Sicht auf das eigene Selbst haben dürfen.

Material. Ein Schreibtischstuhl und ein Kinderstuhl.

Vorgehen. Der Patient wird nach seinem Namen im Spiel oder Chat gefragt.

„Wie war denn Ihr Name im Spiel oder Chat? Es ist oft aufschlussreich, sich mit der Bedeutung des Namens auseinanderzusetzen. Ein Patient nannte sich z.B. ‚Heron‘. Da steckt ‚Hero‘, also Held drin. In der Schule hatte er lange darunter gelitten, dass ihn die anderen ‚Zeckenfresse‘ nannten wegen seines relativ kleinen Kopfes. Er war ganz allein auf sich gestellt. Er versuchte mit Geschenken sich Ruhe vor den anderen zu erkaufen. Die nahmen das zwar an, ließen ihn aber nicht in Ruhe. Er hätte einen Helden gebraucht, der ihn schützt. Da gab es aber niemanden. Deshalb hat er sich im Computerspiel für ‚Heron‘ entschieden. ‚Heron‘ habe ich damals auf ein Blatt geschrieben und an den Schreibtischstuhl geheftet. ‚Zeckenfresse‘ habe ich auf ein anderes Blatt geschrieben und an dem Kinderstuhl befestigt. Das hat uns dann geholfen zu verstehen, was im Spiel für ihn so anziehend war. Und so möchte ich jetzt auch vorgehen. Welchen Namen hatten Sie denn in der Computerwelt? Und welchen Namen würden Sie denn für sich in der Realität wählen? Ihren Vornamen? Oder gibt es einen anderen Namen, der besser passen würde? Der Patient, von dem ich gerade erzählt habe, hat darauf bestanden diesen Schimpfnamen für sich als Realitätsnamen zu wählen. Wie ist es denn bei Ihnen? Was würden Sie für sich als Namen in der Realität auswählen?“

Das narrative Element ist geeignet, negative Selbstanteile zu evozieren, die dem kleinen Kinderstuhl zugeordnet werden via dem Namen, den der Patient gefunden hat und der an den Kinderstuhl befestigt wird. Der Computernamen wird entsprechend an den Schreibtischstuhl geklebt.

Der Patient wird gebeten, um die Stühle herumzugehen und die Stuhl-Szene auf sich wirken zu lassen. Dies ermöglicht dem Patienten, sich mit den beiden Selbstanteilen zu beschäftigen. Mit dem Kinderstuhl wird begonnen: Der Patient wird gebeten, alles auszusprechen, was ihm bei dem Betrachten des Stuhls einfällt. Die Therapeutin spricht dabei den Patienten nicht direkt an im Sinne von „Warum, glaubten Sie, sich die Anerkennung der anderen mit Geschenken erkaufen zu müssen?“, sondern aus einer Distanz ermöglichenden „Er“-Form „Warum glaubte er, sich Anerkennung erkaufen zu müssen?“. Die Vorteile dieser Anleitung, die den Patienten nicht direkt anspricht, sind

darin zu sehen, dass der Patient nicht so leicht von starken Gefühlen wie Schmerz oder Angst überflutet wird. Sondern es gelingt ihm eher, einen reflektierenden, aber nicht emotionsarmen, rationalisierenden Standpunkt einzunehmen. Die Exploration mündet in die Frage: „Was hätte das Kind denn gebraucht?“

In derselben Weise wird der Patient dazu angeleitet, den Selbstideal-Heron-Anteil in Form des imposanten Schreibtischdrehessels zu explorieren: *„Ich habe noch im Ohr, wie Sie über das Spielen gesprochen haben. Sie haben erzählt, was Sie da so angezogen hat, und äußerten sich etwa so: ‚Ich habe mich so wohl dort gefühlt. Es war herrlich‘. Ich verstehe das so, dass Sie es im PC-Spiel genossen haben, auf Herausforderungen zu treffen. Endlich einmal angemessen gefordert zu werden. Das war herrlich. Leistung zeigen können, das scheint etwas zu sein, was Ihnen im wirklichen Leben fehlt? Ist das richtig? Dann schreibe ich auf ein Blatt ‚Herrlich: Leistung zeigen können‘ und klebe es hier an den Schreibtischstuhl, der für ihr exzellentes Erleben im PC-Spiel stehen soll.“*

Die Therapeutin klebt ein solches Blatt an den Schreibtischstuhl.

„Jetzt sehen Sie hier den kleinen Stuhl. Der steht für die Wirklichkeit im Beruf oder im Alltag. Wie würden Sie sich denn da beschreiben – Sie sagen ‚gelangweilt und unterfordert‘ – dann schreibe ich das auf ein neues Blatt und klebe das an den kleinen Stuhl. Bei dem großen Stuhl steht ‚herrlich‘. Wenn Sie für ‚gelangweilt und unterfordert‘ ein Wort gewissermaßen als Überschrift finden sollten, was würden Sie da sagen? Ihnen ist schnell ‚Öde‘ eingefallen. Dann schreibe ich das drüber.“

Oft ziehen Patienten von sich aus dann den weiteren Schluss, dass die negativen Selbstbildelemente mit ihrer Kindheit assoziiert sind. Naheliegenderweise fördert der Kinderstuhl, der sichtbar mit den negativen Selbstbildelementen durch die entsprechenden angeklebten Blätter verknüpft wurde, entsprechende Einsichten.

Auswertung und Weiterführung. Die zentrale Frage, in die diese Exploration mündet, lautet: „Welchen Rat könnte Heron dem Kind hier gegenüber geben?“ Die Therapeutin arbeitet heraus, welche Schlussfolgerungen daraus für den Patienten in seinem Alltag gezogen werden sollten: In welcher Weise könnten die positiven und starken Anteile, die erkannt wurden, am Arbeitsplatz, im sozialen Kontext oder im Umgang mit sich selbst nutzbar gemacht werden? Welche Fähigkeiten fehlen dem Patienten noch, damit er dies auch umsetzen kann? In welcher Weise kann die Therapie helfen, diese Ziele zu erreichen? Die ACT-Therapie von Hayes (2007) gibt viele Anregungen, um die Arbeit an der Integration von negativen und positiven Selbstbildelementen zu vertiefen.

1.2.3 Aus der dritten Therapieeinheit

Ich und die anderen

Ziel. Die innere Repräsentanz der Beziehungswelt soll durch das assoziative Material erkundet werden. Obgleich nicht in dem Materialangebot vorgegeben, werden die Motive in der Regel in einen sozial-interaktiven Zusammenhang gestellt, der zum Ausdruck gebracht wird und die Richtung vorgibt hinsichtlich der notwendigen weiteren therapeutischen Vorgehensweise, etwa bezüglich der Förderung der sozialen Kompetenz.

Material. Vier bemalte Holzstelen, die etwa 1 m hoch sind (Lauer, 2007), stellen ein Haus, einen Berg, einen See und einen Wald dar. Bilder geeigneter Holzstelen sind von der CD zur Publikation der Therapieanleitung herunterladbar (Schuhler & Vogelgesang, 2012). Die Stelen können aufgestellt werden, so dass man um sie herumgehen kann. Die Patienten werden gebeten, sich zu dem Symbol zu stellen, das sie am liebsten mögen.

Vorgehen. Die Therapeutin ermuntert den Patienten zu schildern, was ihn gerade an dem von ihm ausgesuchten Motiv besonders angezogen hat. Wie in dem Fall eines Patienten, der sich zu dem Hausmotiv gestellt hat:

„Sie haben sich zu dem Haus gestellt. Was verbinden Sie damit?“

Der Patient erinnerte sich wieder an ein schönes Städte-Reiseerlebnis mit seinen Eltern, woran er schon lange nicht mehr gedacht hatte. Es war in den letzten Jahren von der großen Problemlast, die das Sohn-Eltern-Verhältnis wegen des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs trübte, überlagert worden. Der Patient war nun sehr berührt: „Damals haben sie mir gesagt, dass ich eine angenehme Reisebegleitung wäre und sie froh wären, dass ich mit wäre. Ohne mich wäre es nur halb so schön. Das gab es also auch zwischen uns. Nur eben schon lange nicht mehr.“ Solche positiv besetzten inneren Repräsentationen der sozial-interaktiven Welt in der Realität werden verstärkt.

Auswertung und Weiterführung. Dabei wird der Patient dazu angeleitet, die positive Erfahrung für die zukünftige Beziehungsgestaltung zu nutzen: „Was müsste denn geschehen, damit Sie und Ihre Eltern wieder eine so gute Zeit miteinander haben? Oder noch weiter gedacht: Wie wäre es anzugehen, dass Sie auch mit anderen Menschen eine gute und befriedigende Zeit verbringen können?“

1.2.4 Aus der vierten Therapieeinheit: Stärkung des affektiven Realitätsbezugs

Vier Sinne

Zentral ist die Förderung positiven Erlebens in der Realität durch die Sensibilisierung von vier Sinnesmodalitäten: riechen, sehen, tasten, hören. Dabei geht es nicht nur um das Auslösen positiven Empfindens, wie in therapeutischen Ansätzen zum Genießen lernen (Koppenhöfer, 2004), sondern viel mehr darum, dem Patienten wieder zu einem fokussierten inneren Zugang zur Alltagsrealität zu verhelfen.

Material. Zur Sensibilisierung der Sinnesmodalität „Riechen“ werden Kartonstreifen in den Farben „rot, gelb, lila, grün“ gebraucht und ätherische Öle in den Duftrichtungen Rose, Zitrone, Lavendel, Patschuli.

Das Kartonpapier wird in zweifingerbreite Streifen geschnitten. Der Rosenduft wird auf einen roten, der Zitrusduft auf einen gelben, der Patschuliduft auf einen grünen und der Lavendelduft auf einen lila Papierstreifen geträufelt, bis der Karton davon durchtränkt ist. Es empfiehlt sich, dies auf Alufolie zu tun, in die anschließend die Duftstreifen fest eingepackt werden bis zum Öffnen in der Therapiesitzung.

Um „Sehen“ als sensorischen Zugang zur realen Welt zu fördern, werden Bildmotive benötigt, die geeignet sind, interessiert-zugewandtes sowie euthymes Erleben im realen Kontext auszulösen. Eine Vielzahl solcher farbiger Motive findet sich bei Schuhler & Vogelgesang (2012).

Zur Sensibilisierung der Sinnesmodalität „Tasten“ werden Gegenstände mit unterschiedlichen Tastqualitäten eingesetzt, etwa ein Stück Samt, die poröse Oberfläche eines Lavasteins oder hauchfeine, kleine Federn. Die Fotos geben einen Einblick in das Tastmaterial, das angeboten werden kann. Diese sollen nur Beispiele geben. Natürlich kann auch anderes Material, das deutliches Tastempfinden ermöglicht, eingesetzt werden.

Um das „Hören“ als sensorische Möglichkeit, die Realität zu erfahren, zu differenzieren, können Hörbeispiele wie auf der „Audio Super Stakkato“-CD (2003) bereitgehalten werden, die eigentlich entwickelt wurde, um die Güte von Stereoanlagen zu testen. Auf solchen CD's sind Hunderte von Alltagsgeräuschen zu hören, wie die Fluggeräusche von Mücken, Fahrgeräusche von Dampfbahnen oder Intercity-Zügen oder Wassergeräusche vom kleinen Rinnsal bis zum Wasserfall.

Bei jedem Sinnesbereich wird das jeweilige Material dem Patienten mit der Bitte angeboten,

aus dem Angebot das herauszusuchen, was ihm am meisten gefällt oder zusagt. Diese positiven Assoziationen werden herausgearbeitet mit dem Ziel, sich solche Erfahrungen im realen Alltag wieder erschließen zu können.

Sinnvoll: Das Gefühl

Ziel. Es soll herausgearbeitet werden, dass Gefühle eine Signalfunktion für uns selbst und für andere haben. An ihnen kann besonders gut die Qualität interaktiver Beziehungen abgelesen werden, sowohl in ihrer inneren Repräsentation als auch in der sozialen Interaktion. Vor diesem Hintergrund wird die Angemessenheit des emotionalen Erlebens und Ausdrucks erkundet und korrigiert. Nach Greenberg (2006) werden dabei folgende Probleme im Umgang mit Emotionen unterschieden: Unkenntnis der Auslöser und Inhalte maladaptiver Gefühle, innere Regulierung intensiver Emotionen, Umgang mit Wut und Hass sowie mit wiederkehrenden belastenden Emotionen, die an vergangene Erfahrungen gebunden sind, und schließlich adäquates Verfolgen eigener Interessen und Bedürfnisse.

Vorgehen. Das individuelle emotionale Problem wird herausgearbeitet. Dies gelingt gut auf der Grundlage des klinischen Interviews, was an drei Interviewausschnitten erläutert wird. Der erste Interviewausschnitt spiegelt die Hemmung emotionalen Ausdrucks, in diesem Fall Kränkung, Enttäuschung und Schmerz, wider. Im zweiten Ausschnitt werden Probleme thematisiert, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu identifizieren und zu verfolgen, im dritten Ausschnitt geht es um unterdrückte Wut. Die Interviews werden nach der in diesem Heft von Schuhler beschriebenen Methode geführt. Alle Interviewausschnitte wurden solchermaßen geführten Interviews entnommen (Schuhler & Vogelgesang, 2012).

Intervention auf der Basis des Interviewausschnitts 1: Die Therapeutin spricht den Inhalt folgendermaßen an: *„Ich habe noch so im Ohr, wie Sie von Ihrem Vater erzählt haben, dass der zwar an der Oberfläche freundlich und heiter gewesen sei, aber dass ihm eigentlich alle gleichgültig gewesen seien. Und dass Sie das auch an sich beobachten: kein Gefühl zeigen, aber immer heitere Miene, auch wenn es Ihnen schlecht geht.“*

Ich möchte da noch einmal zurückgehen in Ihrer Erinnerung: Damals an Weihnachten, als er nicht gekommen ist, wie war Ihnen da eigentlich zumute? Lassen Sie uns da noch einmal hingehen. Sehen Sie hier, diese Figuren. Wie war das an diesem Abend? Wo waren Sie und wer war an diesem Heiligabend noch dabei?“

Die Therapeutin legt einige Figuren aus dem Aufstellungsset bereit.

„Hier – das sind Sie. Und da stehen Ihre ... Versetzen Sie sich in die Lage des kleinen Jungen, der Sie damals waren. Welches Gefühl beherrscht ihn wohl? Versucht er vielleicht seine Wut und Traurigkeit zu unterdrücken, damit dies niemand merkt und er selbst das nicht spürt? Sie meinen, er hat sich abgeschottet, innerlich unempfindlich gemacht, damit ihm niemand mehr wehtun kann?“

Fällt da aber nicht etwas auseinander, was eigentlich zusammengehört. Ich meine, wenn etwas Trauriges passiert, sollten wir uns auch traurig fühlen dürfen. Genauso wie wir glücklich sein sollten, wenn etwas Schönes passiert. Das hat oft einen ganz bestimmten Grund, wenn das nicht mehr gelingt, dass Gefühl und Wirklichkeit zusammenkommen. Um Ihnen zu erläutern, was ich meine, möchte ich folgende Geschichte erzählen:

Paul war ein sensibles Kind. Sein Vater sagte ihm immer: ‚Sei hart, mein Junge. Das Leben ist auch hart. Lerne Dich zu wehren.‘ Paul kam das Leben zwar eigentlich nicht so hart vor, aber er stellte nun immer häufiger fest, dass da schon etwas dran war. Beispielsweise schoss ihm der Nachbarjunge seinen Ball weg und seine kleine Schwester machte ihm das Spielzeug kaputt. Also lernte er boxen. Er drosch auf den Nachbarjungen ein und schubste seine kleine Schwester aus seinem Zimmer. Da hatte er Ruhe.

Paul war leicht zu durchschauen. In der Schule wurde er immer als erster erwischt. Da legte er sich einen Panzer zu. Seiner undurchdringlichen Miene war nichts mehr anzumerken. Er fiel keinem Lehrer mehr auf.

Paul war auch sehr empfindsam. Er weinte leicht, wenn jemand unfreundlich zu ihm war. Da verschloss er sein Herz. Ihm konnte niemand mehr wehtun, alles prallte an ihm ab. Paul wurde ein scheinbar furchtloser Mann, ihm konnte keiner zu nahe kommen. Als er seine Traumfrau kennenlernte, fiel ihm gar nicht auf, dass die sich elend fühlte, weil sie auch nicht an ihn rankam. Und er war außer sich, als sie ihn verließ.

Kommt Ihnen davon etwas bekannt vor? Wie steht es denn um Ihr Herz und Ihre Gefühle? Ich würde Ihnen gerne dabei behilflich sein, sich nicht mehr abzuschotten und unempfindlich zu machen.“

Intervention auf der Basis des Interviewausschnitts 2: *„Ich erinnere mich an etwas, was Sie in dem Interview erzählt haben, von damals, als Sie lieber Gitarre, aber Klavier spielen mussten nach dem Motto ‚Dort wo es weht tut, muss man sich anstrengen. Das, was einem gefällt, diese Leistung dort, das zählt nicht.‘ Ich frage mich, was Sie sich damals als Junge eigentlich gewünscht hätten.“*

Um das herauszufinden, bitte ich Sie, noch einmal in diese Zeit zurückzugehen. Setzen Sie sich bitte bequem hin, stellen Sie die Füße nebeneinander auf

den Boden. Ihre Unterarme und Hände ruhen locker auf der Stuhllehne oder auf Ihren Oberschenkeln. Achten Sie nun auf Ihren Atem. Folgen Sie ihm, wie er durch die Nasenlöcher in Sie hineinströmt und durch den Mund wieder hinaus. Wenn Sie möchten, dann schließen Sie die Augen.

Gehen Sie in Ihrer Erinnerung zurück in die Zeit, als Sie hörten: ‚Dort, wo es weh tut, muss man sich anstrengen.‘ Stellen Sie sich den kleinen Jungen vor, der das hört.

Finden Sie heraus, was er sich eigentlich wünscht oder was er eigentlich braucht.

Wenn Sie das herausgefunden haben, dann kommen Sie bitte wieder hierher zurück, reckeln Sie sich, strecken Sie sich, gähnen Sie, wenn Sie möchten und lassen Sie uns hören, was der kleine Junge eigentlich will.“

Häufig wird der Wunsch nach Freude und Freiraum beim Leistungsstreben thematisiert, im Gegensatz zu einem überstrengen Leistungsideal. Es bietet sich an, dem Patienten bewusst zu machen, wie er das strenge Leistungsideal verinnerlicht hat: „Mir scheint, Sie haben etwa zu sich selbst gesagt: ‚Nicht jeder bekommt Respekt, nur der zählt, der Leistung erbringt. Ich war Weltklasse. Ich habe mir endlich Achtung erungen.‘ Was würde der kleine Junge dazu sagen? Wo bleibt im PC-Spiel Ihr Bedürfnis nach Freude und Freiraum? – Ich möchte Ihnen gerne dabei behilflich sein, diese unbeschwerte Freude zu finden, auch dann, wenn es um Leistung geht.“

Intervention auf der Basis des Interviewauschnitts 3: „Mir fällt da etwas ein, was Sie mir einmal erzählt haben. Nämlich, dass Sie sich als Junge für Ihre Eltern prügeln. Da waren Sie offenbar so wütend, dass Sie dem andern Kind dabei die Nase gebrochen haben. Lassen Sie uns das doch einmal genauer ansehen. Sehen Sie hier, die Figuren. Bitte stellen Sie doch einmal sich und Ihre Eltern so hin, dass es der Situation damals entspricht. Und auch das andere Kind mit der gebrochenen Nase. Schauen wir erst einmal auf zu dem kleinen Jungen, der Sie damals waren. Geben Sie doch bitte diesem Jungen eine Stimme und drücken Sie aus, was der empfunden hat, als er heimgekommen ist und von seinem wütenden Vater empfangen wurde, der von der Sache gehört hatte...“

Ich möchte Ihnen vorschlagen, noch einmal in diese Zeit zurückzugehen: Setzen Sie sich bitte bequem hin, stellen Sie die Füße nebeneinander auf den Boden. Ihre Unterarme und Hände ruhen locker auf der Stuhllehne oder auf Ihren Oberschenkeln. Achten Sie nun auf Ihren Atem. Folgen Sie ihm, wie er durch die Nasenlöcher in Sie hineinströmt und durch den Mund wieder hinaus. Wenn Sie möchten, dann schließen Sie die Augen.

Gehen Sie in Ihrer Erinnerung zurück in die Zeit, als Sie sich für Ihre Eltern prügeln. Sie kommen nach Hause. Ihre Eltern wissen Bescheid und

machen Ihnen Vorwürfe. Stellen Sie sich das Gesicht ihres Vaters vor. Schauen Sie ihn direkt an. Teilen Sie ihm in Ihrer Vorstellung mit, was Sie wütend gemacht hat. Werden Sie deutlich. Sagen Sie ihm, was Sie gebraucht hätten und was Sie sich von ihm gewünscht hätten...“ Es kommt vor, dass Patienten die Imaginationskraft noch nicht aufbringen, sich diese Szene vorzustellen. In diesem Fall ist folgendes Vorgehen empfehlenswert: „Sie können sich die Szene nicht vorstellen? Das schadet nichts. Bitte öffnen Sie die Augen, strecken Sie sich und sehen Sie mir zu. Ich schlüpfe einmal in die Rolle des Jungen und gebe ihm eine Stimme. Also, ich stelle mir vor, der Junge kommt nach Hause und wird von einem aufgebracht Vater empfangen. Der Junge sagt zu ihm: ‚Nun sei einmal still und lass mich mal reden. Ich habe mich für euch geprügelt. Der andere hat euch beleidigt und da habe ich euch verteidigt. Wenn das jetzt gar nichts zählt, dann fehlt aber ein wesentliches Stück bei dem ganzen Problem und ich bin traurig und wütend, weil ich nie Anerkennung bekomme.‘ Wie klingt das denn für Sie? Was löst das in Ihnen aus?“

Auswertung und Weiterführung. Der Beitrag Greenbergs (2006) zur emotionsfokussierten Therapie gibt viele Anregungen, wie die emotionale Regulation in den Fokus der therapeutischen Arbeit gestellt werden kann, ebenso wie Youngs Ansatz zur Bearbeitung der Schema-assoziierten emotionalen Zustände (Young et al., 2008).

1.2.5 Aus der fünften Therapieeinheit

Aufbau handlungswirksamer Lebensplanung: Vom Wünschen zum Wollen – Blick in die Zukunft: Die Kristallkugel

Ziel. Der Patient wird darin unterstützt, für die Zeit nach der Therapie positiv formulierte Ziele festzulegen, die in einen konkret umsetzbaren Handlungsplan eingebunden sind.

Material. Die Therapeutin sollte eine Glas-kugel (s. Abbildung 3) zur Verfügung haben, sowie ein Symbol für die therapeutische Arbeit, wie etwa ein Konzeptbroschüre. Beides wird auf dem Boden im Abstand von ca. 1,5 m hintereinander gelegt. Außerdem werden Karteikarten zum Notieren der Ziele und der dafür erforderlichen Umsetzungsschritte bereitgelegt, sowie ein digitaler Fotoapparat.

Vorgehen. Der Patient, der sich vor das Therapiesymbol stellt und auf die Kugel sieht, wird folgendermaßen in die therapeutische Arbeit eingeführt:

„Die zwei Gegenstände hier auf dem Boden stehen symbolisch einmal für die Fortschritte, die Sie in der Therapie erreicht haben. Dafür liegt das Bild

hier. Und dann für die Pläne, die Sie für die Zukunft haben. Dafür steht die Kristallkugel.“ Die Therapeutin deutet auf das Symbol für die Therapie.

„In der Therapie haben Sie viel erreicht. Dafür habe ich das Behandlungskonzept hingelegt.“ Die Therapeutin zeigt auf das Konzeptheft. „Dort die Kristallkugel, die steht für die Zukunft.“ Die Therapeutin zeigt dem Patienten die Kugel von Nahem.

„Die Kugel hat Einschlüsse in Form von unterschiedlich großen Blasen. Die Blasen trüben den klaren Blick in die Zukunft. Sie sind die Probleme, die Ihnen im nächsten Jahr im Weg stehen könnten. Welche Problembasen sehen Sie da jetzt? Ich erzähle Ihnen einmal, wie es ein anderer Patient vor ihnen getan hat.“

Die Therapeutin hat das folgende Narrativelement parat, das modellhaft den Patienten anleiten kann, entsprechende Assoziationen zu entwickeln.

„Um zu erläutern, wie das vor sich gehen soll, möchte ich Ihnen von einem anderen Patienten erzählen und wie der das gemacht hat. Der sagte: ‚Also, eine Problembase, das ist meine Arbeit. Was soll ich denn machen? Abitur nachholen will ich nicht.‘ Ich habe dann ‚kein Abitur‘ auf eine Karte geschrieben und gefragt: ‚Und sehen Sie noch andere Problembasen im nächsten Jahr?‘ Der Patient meinte nachdenklich: ‚Wo soll ich denn wohnen? Nach Hause gehe ich auf keinen Fall mehr‘. Ich habe dann notiert: ‚Nicht zu Hause wohnen.‘ Nachdem ihm keine Probleme mehr eingefallen sind, haben wir die Karten ausgewertet. Zunächst habe ich ihn mal gebeten, nicht in dem Sinn zu formulieren ‚Das will ich nicht haben‘, sondern ‚Das will ich haben‘. Statt: ‚kein Abitur‘ soll gesagt werden: ‚Am liebsten was Handwerkliches an der Luft.‘ Und so hat er denn statt ‚Ich will nicht mehr zu Hause wohnen‘ sich entschieden für: ‚Ich will ein eigene kleine Wohnung, die ich auch selbst sauber mache.‘ Auf diese Weise sollten wir jetzt auch vorgehen.“

Also: Die eingeschlossenen Blasen, das sind die Aufgaben, die sich Ihnen stellen und die Sie lösen müssen, wenn Sie Ihre Ziele erreichen wollen. Damit möchte ich mich gerne mit Ihnen beschäftigen.“

Die Therapeutin holt die Kugel heran und zeigt sie dem Patienten.

„Welche Aufgaben stellen sich Ihnen, wenn Sie jetzt bald die Schritte in die Zukunft gehen? Was, glauben Sie, steht als erstes an? Sie wollen vor allem die Ausbildung, die Sie sich vorgenommen haben, beginnen. Da kommt jetzt das Bewerbungsgespräch auf Sie zu. Ich schreibe einmal ‚Bewerbungsgespräch‘ auf eine Karteikarte.“

Die Karteikarte wird auf den Boden zwischen Therapiesymbol und Kugel gelegt.

„Sie wollen sich auch im Badmintonverein anmelden?“



Bild 3

Glaskugel

Die Therapeutin schreibt „Verein“ auf eine weitere Karte und legt diese ebenfalls auf den Boden zwischen Therapiesymbol und Kugel. Sie thematisiert dann Ziele, die sich auf intrapsychische und sozial-interaktive Bereiche beziehen.

„Vielleicht gibt es ja auch Ziele, wie Sie künftig damit umgehen wollen, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen. Sie wollen sich selbst ermuntern und Mut machen? Ich schreibe dann ‚mir selbst Mut machen‘ auf eine Karte.“

Die Therapeutin legt auch diese Karte auf den Boden in den Raum zwischen Therapiesymbol und Kugel. Die Zielerarbeitung wird ggf. durch die Therapeutin ergänzt. Schließlich liegen ca. 8-10 Zielkarten auf dem Boden, die mit dem Fotoapparat festgehalten werden. Dem Patienten sollte am Ende der Stunde ein Ausdruck der Anordnung mit den beiden Symbolen und den Karten mitgegeben werden.

Auswertung und Weiterführung. Die Ziele werden im Einzelnen dahingehend untersucht, auf welchen Wegen sie erreicht werden können, welche Möglichkeiten offenstehen oder wer dabei helfen könnte. Fokussiert wird, was noch erarbeitet werden muss, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Die Exploration hinsichtlich der intrapsychischen und sozial-interaktiven Verarbeitung eröffnet viele Anknüpfungspunkte an die therapeutische Arbeit in der zweiten und dritten Therapieeinheit.

Am Ende der Therapie sollten alle therapeutischen Schwerpunkte bearbeitet sein, wobei die Reihenfolge je nach der individuellen Problemlage variieren kann. Die Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens wurde mit befriedigenden Ergebnissen überprüft (Schuhler et al., 2011).

2 Arbeitsbezug bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch

2.1 Arbeitskontext und berufliche Leistungsfähigkeit

Anhaltende Fehlbeanspruchung im Arbeitskontext gilt sowohl als wesentliche Ursache als auch Folge psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (Baumeister, 2010). Insofern nimmt die Schwerpunktsetzung auf die Verflechtung von Arbeitsbedingungen und beruflicher Leistungsfähigkeit mit den psychischen (und auch körperlichen) Erkrankungen der Patienten ganz allgemein und im Besonderen bei der PC-/Internet-Pathologie eine Schlüsselrolle ein, wie dies in einer Rehabilitationsbehandlung vor allem geschieht: Psychische Leistungsfähigkeit im Arbeitskontext wird vor allem durch die psychotherapeutischen Behandlungsfortschritte, die die Basis des Erfolgs aller weiteren Interventionen, auch im sozio- oder ergotherapeutischen Bereich sind, wiederhergestellt. Das PC-/Internet-spezifische Therapieprogramm wird sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppenpsychotherapie eingesetzt.

2.2 Die Gruppenpsychotherapie im Rahmen der therapeutischen Wohngruppe

Der wirkungsvollste Ansatz, um arbeitsbezogene kognitive, emotionale und motivationale Therapieziele zu erreichen, ist zweifellos die interaktionelle Gruppenpsychotherapie im Rahmen der therapeutischen Wohngruppe. Diese wird flankiert von Einzeltherapie und indikativem Therapieprogramm in einem multiprofessionellen Team, das medizinische Versorgung, ergo-, sport- und soziotherapeutische Behandlungselemente integriert. Die Gründe für die Überlegenheit des so eingebundenen gruppentherapeutischen Ansatzes liegen in seiner Explorations- und Veränderungspotenz arbeitsbezogener Erlebens- und Handlungsdefizite. Dazu zählen basale Arbeitstugenden wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Ordnung, Genauigkeit, Freundlichkeit oder Ehrlichkeit, ebenso wie die in der modernen Dienstleistungsgesellschaft unverzichtbaren Fähigkeiten der sozialen Interaktion, zur Teambildung und Emotionsarbeit im Allgemeinen. Gerade bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch bewirkt die Gruppenpsychotherapie, die gleichermaßen Betroffene zusammenführt mit dem Effekt der Stärkung der Öffnungs- und Veränderungsbereitschaft des Einzelnen, einen Abbau der

oft übermächtigen Selbstwertdefizite und der damit zusammenhängenden Isolationstendenzen, die der Rückkehr zu einem funktionalen Mediengebrauch und damit einem beruflichen Neuanfang entgegenstehen. Insofern sind die Therapieeffekte der Gruppenpsychotherapie im Wohngruppenkontext, wie es dem Münchwieser Modell entspricht, der Dreh- und Angelpunkt einer günstigen poststationären beruflichen Perspektive. Dieser Stellenwert wird dadurch erreicht, dass die Gruppenpsychotherapie in einem realitätsnahen Kontext erfolgt, der zentrale Arbeitsanforderungen der modernen Dienstleistungsgesellschaft simuliert: Die Patienten leben während der Behandlung auf einer Station zusammen, sie machen vielfältige Erfahrungen miteinander, müssen sich als Gruppe organisieren, Aufgaben verteilen, miteinander auskommen, Konflikte lösen, eine Arbeitshaltung entwickeln, all das, was Arbeitsteams im Arbeitsalltag auch tun müssen, wenn das Ergebnis gelingen und die Teammitglieder nicht wegen der Arbeitsbedingungen Gefahr laufen sollen zu erkranken, wie dies nicht selten in der betrieblichen Praxis geschieht.

2.3 Die Einzeltherapie

Vor diesem Hintergrund hat die therapeutische Beziehung große Bedeutung. Wünschenswerte Veränderungen, die in die Arbeitswelt der Patienten hineinreichen sollen, werden auch durch die Arbeit an der therapeutischen Beziehung angestrebt. Dies verlangt auf Therapeutenseite hohe interpersonelle Flexibilität, Empathiefähigkeit, Vermögen zur Selbstreflexion sowie die Fähigkeit, Wertschätzung und Halt vermitteln zu können. Der Therapieaufbau umfasst die Vermittlung eines kompetenzorientierten plausiblen Verstehensmodells, die Förderung der Selbstwahrnehmung, die Reflexion eigener interpersoneller Bedürfnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen, das Erkennen eigener dysfunktionaler Grundannahmen, die die Begegnung mit anderen in der Arbeitswelt und der eigenen Person im inneren Dialog steuern, die Förderung der Empathiefähigkeit, sowie die der affektiven Regulationsfähigkeit und der sozialen Kompetenz, sowie die Sicherung der Therapiefortschritte in der Arbeitswelt. In der Einzeltherapie laufen alle therapeutischen Fäden zusammen, dort wird die komplexe Reha-Erfahrung integriert und auf der Basis der therapeutischen Beziehung transferiert auf den beruflichen und häuslichen Kontext.

2.4 Das themenzentrierte Therapieprogramm

Das skizzierte Therapieprogramm wird durch indikative Therapiegruppen ergänzt, die sich auf die in aller Regel ausgeprägte psychische und somatische Komorbidität richten. Dazu gehören bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch: Wege aus der Depression, Angstbewältigung, schädlicher Gebrauch von Cannabis, Umgang mit Aggressionen, Persönlichkeitsstile, Problembewältigung am Arbeitsplatz, Männerspezifische Therapieprogramme, Raucherentwöhnung und die Kleine Schule des Genießens. Besonderen Stellenwert haben ggf. auch folgende indikative Therapieprogramme: Traumatherapie, Pathologisches Glücksspielen, Ess-Störungen wie Anorexia und Bulimia nervosa, Adipositas, Gewichtsreduktion. Methoden der Konzentrativen Bewegungstherapie ergänzen das indikative Programm sowie darüber hinaus die Vermittlung verschiedener Entspannungsverfahren.

2.5 Das ergotherapeutische Programm

Die PC-/Internet-Pathologie führt oft zu drastischen Einbußen bei Konzentration und Ausdauer. In den ergotherapeutischen Programmen kann in verschiedenen Werkstätten gezielt an diesen Defiziten gearbeitet werden. Nicht zuletzt profitieren davon auch eine wieder aktivere Freizeitgestaltung und das (Wieder-)Entdecken kreativer Talente in der Realität.

Die Sport- und Bewegungstherapie. In den individuell auf die Leistungsfähigkeit abgestimmten sport- und bewegungstherapeutischen Programmen wird körperliche Fitness und Ausdauer, v.a. beim angeleiteten Ergometertraining, in den Walking- und Jogging-Gruppen verbessert. Dies führt zu einem Mehr an körperlichem Selbstbewusstsein und dazu, dass an womöglich vergessenen sportlichen Fähigkeiten wieder angeknüpft werden kann. Ein entscheidender Entwicklungsfaktor ist dabei die Freude am gemeinsamen Sport mit anderen, zu der die Programme einladen. Schwimmbad, Tennisplatz, Turnhalle, Körpertherapieraum sowie die medizinische Trainingstherapie bilden den dafür geeigneten Rahmen.

2.6 Die soziotherapeutischen Maßnahmen

Der Erfolg soziotherapeutischer Maßnahmen hängt unmittelbar von der psychotherapeuti-

schen Zielerreichung hinsichtlich Selbstwertsteuerung, Frustrationstoleranz, sozio-emotionaler Regulierungsfähigkeit, kognitiver und behavioraler Flexibilität im Arbeitskontext ab. Werden dort solche kognitiven, emotionalen, motivationalen und behavioralen Ziele verfehlt, laufen soziotherapeutische Leistungen im engeren Sinn, wie die Beantragung beruflicher Integrationsmaßnahmen, der Kontakt zum Arbeitgeber oder Adaptionsmaßnahmen zwangsläufig ins Leere. Sind jedoch die psychotherapeutischen Zielsetzungen zufriedenstellend erreicht, hat die soziotherapeutische Hilfestellung bei den gehäuft auftretenden, meist psychischen Belastungen am Arbeitsplatz, einen großen Stellenwert für die berufliche Perspektive. Die oft arbeitslosen oder noch nie erwerbstätig gewesenen Patienten brauchen darüber hinaus besonders ausführliche Beratung, Arbeitserprobung und ein sorgsames Bewerbungstraining.

2.7 Die Nachsorge

Dazu gehört ggf. die Tagesklinik, die im Anschluss an die stationäre Behandlung den Transfer der Therapiefortschritte auf das häusliche Milieu erleichtert und den (Wieder-)Einstieg in das Arbeitserleben noch unterstützen kann, ebenso wie das Angebot einer Nachsorge an Beratungsstellen. Noch während der stationären Behandlung stellen wir außerdem, wenn möglich, den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her.

2.8 Weitere arbeitsbezogene Maßnahmen

Unterschieden werden Basismaßnahmen, Kernmaßnahmen und spezifische Maßnahmen. Als Basismaßnahmen gelten Informationsveranstaltungen im Sinn von Vorträgen für alle Patienten, Screeningverfahren zur Erfassung besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL), sozialrechtliche Beratung und sozialmedizinische Aufklärung. Kernmaßnahmen umfassen psychoedukative Angebote, arbeitstherapeutische Maßnahmen, Betriebsseminare, Fähigkeitsprofile und Hirnleistungstraining. Unter spezifischen Maßnahmen ist ein besonderer Bedarf bei ausgeprägter sozialer oder beruflicher Desintegration zu verstehen, wie beispielsweise Reha-Fachberatung, Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Adaption.

3 Schlussfolgerungen für die stationäre Rehabilitationsbehandlung

Bei pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch ist offensichtlich häufig eine Reha-Maßnahme indiziert, weil das Krankheitsbild von weitgehender Gefährdung der beruflichen Leistungsfähigkeit, sozialen Integration und Alltagstauglichkeit, sowie von hoher psychischer und somatischer Komorbidität geprägt ist (Schuhler et al., 2013). Dies umso mehr als die ausgeprägte Problemlage bereits im jungen Erwachsenenalter besteht, die – unbehandelt – lange Chronifizierung mit entsprechend gravierenden Folgeschäden nach sich ziehen würde. Klafft derzeit noch eine große Lücke zwischen Reha-Bedarf und Reha-Versorgung, darf von einer sozialversicherungsrechtlichen Anerkennung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs als Krankheit ein nachhaltiger Entwicklungsschub in Richtung Professionalisierung und gebotener Behandlungsversorgung erwartet werden.

Die pathogene Passung zwischen individueller vulnerabler Bedürftigkeit und medialem Angebot erklärt die starke Bindung an die Computer-/Internet-Aktivität, die eine schnelle, oft radikale Abkehr von belastend erlebter Realität verursacht und so eine Verleugnung der immer drängender werdenden Probleme in der Alltagswelt begünstigt. Unsere klinische Erfahrung und empirische Studien (Schuhler et al., 2011; 2013) zeigen, dass eine differenzierte psychotherapeutische Vorgehensweise unverzichtbar ist, wenn bei der schwerwiegenden komplexen psychischen Erkrankung der Computer-/Internet-Pathologie eine günstige Prognose, v.a. hinsichtlich der Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit, erreicht werden soll. Aus diesem Grund verbieten sich Versuche, die Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch in herkömmlichen Behandlungsprogrammen ohne die PC-/Internet-spezifische Schwerpunktsetzung zu integrieren. Diese sollte auch beinhalten, dass eine Mindestanzahl betroffener Patienten zusammen behandelt wird, damit indikative Gruppenprogramme angeboten werden können, von denen die Patienten besonders profitieren. Vor allem die besondere Dynamik der Computer-/Internet-Pathologie in ihrer Verflechtung mit der komorbiden psychischen (und auch körperlichen) Symptomatik sollte zum Ausgangs- und wiederkehrenden Referenzpunkt in der Therapie gehören (Schuhler & Vogelgesang, 2012).

Ein Reha-Ansatz mit ausgeprägtem Arbeitsweltbezug ist insbesondere bei der Computer-/Internet-Pathologie ein unverzichtbarer Fokus, stellen doch Probleme im Arbeitskontext

sowohl häufige Auslöser als auch Verstärker der Pathologie dar. Pointiert formuliert, kann ohne Einbeziehung der Arbeitssituation eine erfolgversprechende Behandlung kaum realisiert werden. Dabei geht es etwa nicht nur um die Kompensation einer umschriebenen Leistungseinschränkung, wie z.B. eines Bandscheibenvorfalles auf orthopädischem oder einer Sprachstörung auf neurologischem Fachgebiet. Vielmehr müssen vor allem die persönlichen Voraussetzungen, das sozio-emotionale Regulierungsvermögen, die kognitive und behaviorale Flexibilität sowie die Pathogenese und soziale Lebenssituation in den Blick genommen werden. Diese Vielfalt der Faktoren bestimmt nämlich das berufliche Leistungsvermögen, neben den körperlichen Erkrankungen, die leistungslimitierend wirken können. Deshalb ist gerade im Fall der Computer-/Internet-Pathologie eine intensive Konzentration auf den Reha-Prozess unabdingbar, so wie dies in der stationären Behandlung möglich ist. Ambulante Behandlungen dürften deshalb oft zu kurz greifen, da die prognostisch so bedeutsame Erarbeitung einer beruflichen Perspektive nicht genügend ermöglicht werden kann. In diesem Zusammenhang ist auch für eine ausreichende Behandlungsdauer in der stationären Reha-Behandlung zu plädieren. 10 Wochen sollten es sein, kürzere Behandlungszeiten erschweren den Weg zu einer Wiederaufnahme der Arbeit, die wesentlich zum adäquaten Mediengebrauch und anhaltender Gesundheit beitragen kann.

Viele unserer Patienten haben keinen Arbeitsplatz mehr. Nicht wenigen ist es noch nie gelungen, einen Arbeitsplatz zu finden, an den sie wieder zurückkehren könnten. Arbeitslosigkeit stellt aber eine große Gefahr dar, wieder in den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch mit allen negativen Auswirkungen zurückzufallen. Deshalb bedeutet gelungene Rehabilitation in diesen Fällen, die Patienten zu befähigen, wieder oder erstmals eine Arbeit zu finden. Auch das ist in erster Linie ein psychotherapeutisches Anliegen, geht es doch um die Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens, des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, des Vermögens, Probleme aktiv zu lösen. Diese wesentlichen Eigenschaften beim Finden eines Arbeitsplatzes stehen im Zusammenhang mit der Computer-/Internet-Pathologie und der komorbiden psychischen Symptomatik und sind deshalb prioritär im psychotherapeutischen Prozess zu behandeln. Nur wenn dort Fortschritte erzielt werden, können soziotherapeutische Maßnahmen wie das Bewerbungstraining oder die Hilfe bei der Arbeitsplatzsuche gelingen. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie (Schuhler et al., 2011) sprechen für die Wirksamkeit

der skizzierten psychotherapeutischen Vorgehensweise, die emotionsfokussierende und metakognitive Ansätze integriert mit der Orientierung auf Ressourcen und die Unterstützung der Mentalisierungsfähigkeit sowie auf die therapeutische Beziehung als bedeutsames therapeutisches Agens. In einer qualitativen katamnestischen Pilotstudie, die von Holger Feindel an der Münchwieser Klinik geführt wurde, zeigte sich bei 27 von 42 einbezogenen Patienten im Jahr nach Klinikentlassung ein befriedigender poststationärer Verlauf, was den Umgang mit PC und Internet und mit den damit assoziierten intrapsychischen und interpersonellen Problemen angeht. Dieser Trend bestätigte sich in einer nachfolgenden Katamnesestudie (Sobotta et al., 2013).

Zusammenhänge zwischen Arbeiterleben und -verhalten in Verbindung mit der Computer-/Internet-Erkrankung sind im Reha-Verlauf in besonders sorgfältiger Weise zu erarbeiten, um eine berufliche Perspektive erschließen zu können. Dabei haben die Projektergebnisse (Schuhler et al., 2013) gezeigt, dass zur Erreichung dieser Zielsetzung zentrale Merkmale sozial-interaktiver Beziehungsregulations- und Selbststeuerungsfähigkeit sowie der Handlungsfähigkeit prioritär im psychotherapeutischen Plan zu berücksichtigen sind. Die weitgehende soziale und berufliche Desintegration sowie die ausgeprägte psychische und somatische Komorbidität begründen die besondere Reha-Bedürftigkeit und eine angemessene stationäre Behandlungsdauer von 10 Wochen. Die hohe Akzeptanz des Therapieprogramms macht eine nachhaltige Erlebens- und Verhaltensänderung wahrscheinlich, wobei der prognostische Verlauf aber auch wesentlich durch die Inanspruchnahme einer adäquaten Nachsorge bestimmt sein wird. Weder bei Beratungsstellen, die entsprechend der Nachsorge beim pathologischen Glücksspielen in die Nachsorge eingebunden werden könnten, noch in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis stehen ausreichend adäquate Behandlungs- oder Beratungsplätze zur Verfügung. Hinsichtlich stationärer Behandlungen bleibt zu hoffen, dass die wichtige Frage der Nachsorge bald befriedigend gelöst wird. Als Modell könnte das erfolgreiche Nachsorgesystem dienen, das für pathologisches Glücksspielen bereitsteht.

4 Fazit

Die Wirksamkeit der skizzierten therapeutischen Vorgehensweise wurde in einer ersten Evaluationsstudie belegt (Schuhler et al., 2011). In unseren beiden Büchern zur Computer-

Internet-Pathologie, einer Therapieanleitung (Schuhler & Vogelgesang, 2012) und einem Buch für Betroffene (Schuhler & Vogelgesang, 2011), stellen wir die klinische Arbeitsweise ausführlich vor. Die Ergebnisse des Forschungsprojekts „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation“ (Schuhler et al., 2013), das wir zusammen mit der AHG Klinik Schweriner See durchgeführt haben, untermauern die Sichtweise, dass es sich bei der PC-/Internet-Pathologie um eine Form der Verhaltens- und Beziehungsstörung handelt, die besondere methodische und technische Schritte erfordert, um die notwendige therapeutische Tiefung zu erreichen.

Die klinische Evidenz und die empirischen Ergebnisse ermutigen, den eingeschlagenen Weg des expliziten Arbeitsweltbezuges mit Fokussierung der arbeitsrelevanten Funktionsdefizite auf der Basis befriedigend erreichter Fortschritte in der anspruchsvollen Psychotherapie weiter zu verfolgen, die erst eine berufliche (Re-)Integration erlauben: Die stationäre Rehabilitation mit diesem Schwerpunkt erweist sich im Spiegel der empirischen Resultate als geeignet, die relativ junge (im Durchschnitt 27-Jährige) Rehabilitandengruppe mit pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch (Schuhler et al., 2013) mit erheblichen psychomentalen und sozial-interaktiven Funktionsdefiziten wieder bzw. nach vielen krankheitsimmanent gescheiterten Versuchen oft erstmals in die Arbeitswelt zu integrieren. Ob dies gelingt oder nicht, entscheidet in hohem Ausmaß darüber, ob im künftigen Leben die revolutionäre Medientechnik produktiv genutzt und ein Rezidiv der PC-/Internet-Pathologie mit seinen gravierenden negativen Folgen vermieden werden kann.

Literatur

- Allen, J. & Fonagy, P. (2006). *Mentalisierungsgestützte Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Audio Super Stakkato (2003). Lotus Records: Phono Audi.
- Baumeister, H. (2010). Arbeitsplatzprobleme und Sucht. In: M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht* (S. 388-408) Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Beaulieu, D. (2005). *Impact-Techniken für die Psychotherapie*. Heidelberg: Auer.
- Bolm, T. (2009). *Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis*. München: Reinhardt.
- deShazer, S. (2009). *Worte waren ursprünglich Zauber*. Heidelberg: Auer.

- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. (2007). *Akzeptanz und Commitment Therapie*. München: CIP-Medien.
- Greenberg, L. S. (2006). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: dgvt.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lauer, M. (2007). *Holzstelen mit vier Motiven. Therapeutisches Material*. Münchwies: AHG Klinik.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2004). *Leben in Metaphern*. Heidelberg: Auer.
- Lammers, C.-H. (2011). *Emotionsbezogene Psychotherapie: Grundlagen, Strategien und Techniken*. Stuttgart: Schattauer.
- Rogers, C. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schuhler, P. & Baumeister, H. (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Schuhler, P. (2007). Der narrative Ansatz als nicht-konfrontative Motivierungsstrategie. In: Schuhler, P. (Hrsg.), *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten* (S. 62-73). Weinheim: Beltz PVU.
- Schuhler, P., Flatau, M. & Vogelgesang, M. (2011). Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch: Diagnostische Einordnung, psychotherapeutischer Ansatz und erste Evaluationsergebnisse. *Suchttherapie*, 3, 72-29.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2011). *Abschalten statt abdriften*. Weinheim: Beltz.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M. et al. (2013). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch in der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sobottka, B., Feindel, H., Schuhler, P. et al. (2013). 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *DRV-Schriften Band 101*, 496-497.
- Vogelgesang, M. (2007). Imaginative Verfahren in der Therapie des schädlichen Substanzgebrauchs. In: P. Schuhler (Hrsg.), *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten*. Weinheim: Beltz PVU.
- Vogelgesang, M. & Schuhler, P. (2010). *Psychotherapie der Sucht*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar M. E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.



Dr. phil. Petra Schuhler
 Psychologische Psychotherapeutin
 Ltd. Psychologin
 AHG Klinik Münchwies
 Turmstraße 50-58
 D-66540 Neunkirchen-Münchwies
 pschuhler@ahg.de

Patienten mit PC-Abhängigkeit und Internetsucht: Behandlung im Anton-Proksch-Institut

Birgit Oitzinger & Michael Peter

Einleitung

Surfen, Spielen, Posten, Mailen, Informationen suchen – es geht immer noch eine Nachricht, ein kleines Spiel, einen Link weiter. Die Nutzung und Beliebtheit von neuen Medien hat im Verlauf der letzten Jahre stark zugenommen. Dementsprechend ist auch die Anzahl der Betroffenen gestiegen, die in der virtuellen Welt versinken und sich von der realen Welt distanzieren.

Da es in der heutigen Gesellschaft nahezu unmöglich und auch nicht erstrebenswert ist vom Computer völlig abstinent zu bleiben, weil dies sowohl im beruflichen als auch im sozialen Leben eine verstärkte Exklusion zur Folge hätte, war bei der Behandlung von PC- und Internetsucht ein Paradigmenwechsel von üblichen abstinentenorientierten Therapieansätzen notwendig. Das Ziel einer Behandlung ist es vielmehr eine Kontrolle über die Internetnutzung, eine so genannte Medienkompetenz, zu erlangen.

1 Situation in Österreich

Die Internetnutzung in Österreich ist in den letzten Jahren konstant angestiegen. Laut Statistik Austria hat sich die Anzahl der Internetzugänge von 34% im Jahr 2002 auf 81% im Jahr 2013 erhöht, zusätzlich dazu muss man noch die mobilen Zugänge berücksichtigen. Als wichtigster Nutzungsbereich hat sich das Suchen von Informationen über Waren und Dienstleistungen herausgestellt. Bei den Jugendlichen (14-19 Jahre) nutzen 99% das Internet, da auch im Schulsystem der Computer implementiert wurde (GfK, 2011).

Da in Österreich bislang kaum repräsentative Studien zur PC- und Internetabhängigkeit, außer im Bereich der Jugendlichen (Batthyány et al., 2009; Lederer-Hutsteiner & Geishofer, 2011) vorliegen, orientieren wir uns an einer Studie von Rumpf et al. (2011), die von 1% Betroffenen im Alter von 14 bis 64 spricht.

2 Besonderheiten in der Behandlung

In der Behandlung von PC- und Internetabhängigen haben sich im klinischen Alltag einige Besonderheiten herauskristallisiert, siehe auch Wölfling et al. (2013). Ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung ist die therapeutische Beziehung, die natürlich keine Besonderheit darstellt, aber in diesem Zusammenhang noch mehr an Bedeutung gewinnt. Die Betroffenen haben meist konfliktreiche bzw. belastende Beziehungserfahrungen hinter sich, und aus diesem Grund dient eine stabile therapeutische Beziehung auch dem Zweck einer korrigierenden Erfahrung.

Es hat sich in der Behandlung als ein vertrauensfördernder Umstand erwiesen, wenn Therapeuten ein gewisses Maß an Sachkenntnis bzw. Interesse in diesem Bereich, der virtuellen Realität, aufweisen. Die Betroffenen fühlen sich dadurch besser verstanden. In diesem Zusammenhang ist von Seiten des Therapeuten auf einen achtsamen Umgang mit der von den Betroffenen empfundenen Intimität, die durch den gewährten Einblick in die Erlebensweise der virtuellen Realität entsteht, zu achten. Zudem ist ein Verständnis für die innerpsychisch regulierende Funktion notwendig, die der Betroffene durch die Identifikation mit der virtuellen Welt erlebt. Die Betroffenen stoßen mit ihrem Verhalten bezüglich des Computers bei ihrem nahen realen Umfeld meist auf negative Reaktionen und Abwertung. Diesbezüglich ist eine Wertschätzung dessen, was sie am Computer machen, unbedingt notwendig.

Ein Umdenken in diesem Bereich betrifft die klassische abstinentenorientierte Behandlung, da diese nicht derart umsetzbar ist, wie man es aus anderen Suchtbehandlungen kennt. Es ist nicht möglich sich gänzlich vom Medium Computer zu distanzieren, daher ist die Erarbeitung von Medienkompetenz sinnvoll. Dabei ist eine Distanzierung vom Medium zu Beginn der Therapie förderlich und im Bereich der pathologischen Nutzung unbedingt notwendig.

Aus diesem Grund ist der Wunsch nach einer kontrollierten Nutzung der jeweiligen Applikation, wie man das aus anderen Suchtbereichen kennt, durchaus vorhanden. Für die Betroffenen stellt es sich als äußerst schwierig heraus, das Computerverhalten als selbstwertfördernde Strategie aufzugeben und nach geeigneten Alternativen zu suchen.

3 Die Behandlung der PC- und Internetsucht im Anton-Proksch-Institut

Das Anton-Proksch-Institut beschäftigt sich schon sehr lange mit diesem Thema, schon 1998 unter der Leitung von Prim. H. Zimmerl wurden Betroffene behandelt und in diesem Bereich geforscht. Im Laufe der Jahre entstand daraus ein eigener Behandlungsschwerpunkt. Es wurden zu Beginn Beratungsgespräche, ambulante Behandlung und vereinzelt stationäre Behandlungen angeboten. Die Nachfrage hat sich erhöht, v.a. der Bedarf an Beratungsgesprächen mit Angehörigen hat zugenommen.

Im Jahr 2012 waren im Anton-Proksch-Institut 19 Patienten stationär aufgenommen und 41 wurden ambulant behandelt. Der Großteil der Betroffenen sowohl stationär als auch ambulant ist männlich mit einem Alter von 17 bis 57 Jahren (siehe Grafik 1).

In diesem Zusammenhang sollte unbedingt hervorgehoben werden, dass es nicht ausreichend wäre, die Betroffenen nur auf Symptomebene zu behandeln. Es wird ein multimodales, ressourcenorientiertes Behandlungsprogramm benötigt, da es sich bei der PC- und Internetsucht um eine komplexe psychische Erkrankung handelt.

Der erste Schritt zu einer erfolgreichen Behandlung ist, den Patienten in seinem Vertrauen zu sich und in die Therapie soweit zu stärken, dass er sich ein erfolgreiches Mitwirken zutrauen kann. Von besonderer Wichtigkeit ist hierbei eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung in ihrer ganzen Komplexität und des Weiteren das genaue Informieren über alle

zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten.

Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme erfolgt in den meisten Fällen per E-Mail, vor allem bei den jüngeren Betroffenen durch die Eltern. Beispielfür die Kontaktaufnahme steht die folgende E-Mail, welche ganz deutlich den Leidensdruck der Angehörigen widerspiegelt:

„Ich vermute, dass mein Sohn S. (17 J.) seit ca. einem halben Jahr internetsüchtig ist. Er geht nicht mehr rechtzeitig ins Bett, steht in der Früh nicht auf, isst wenig, duscht nur selten und lernt gar nicht mehr für die Schule (hat im Semester 2 Fünfer). Ich habe ihm gestern ab 22 Uhr das Smartphone weggenommen, weil ich ihn immer wieder mit dem Telefon am Ohr im Bett liegen und schlafen sehe, und sagte ihm, dass er es in der Früh wieder bekommt. Er hat sich mit Händen und Füßen dagegen gewehrt. Der PC läuft immer und er ist dauernd in seinem Zimmer.“

Ältere Betroffene nehmen meist aufgrund eines enormen Leidensdrucks und sozialer Schwierigkeiten selbst Kontakt auf.

Behandlungsverlauf

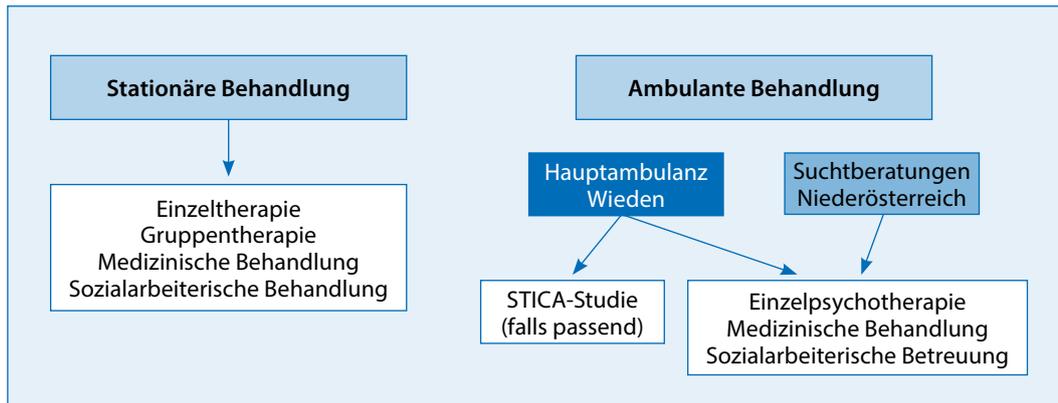
In einem Erstgespräch erfolgt eine Bestandsaufnahme der Problematik, eine Abklärung der Erwartungshaltung und der Befürchtungen seitens der Betroffenen. Nach einer genauen Anamnese mit Diagnostik und psychopathologischem Status wird, gemeinsam mit dem Patienten, ein individueller Therapieplan erstellt. In dieser Phase ist eine genaue Abklärung der derzeitigen sozialen Situation unumgänglich. In manchen Fällen ist ein Informationsgespräch sowohl für die Eltern, als auch für die Betroffenen ausreichend. Ein wesentlicher Teil zu Beginn der Behandlung ist die Abklärung eventueller komorbider Störungen, um diese in der weiteren Therapie ebenfalls zu behandeln. Ziel dieser Kontaktphase ist die Entwicklung einer ersten Behandlungsbereitschaft.

Eine wichtige Information bei der Diagnosestellung ist auch der Bereich im Internet bzw. am Computer, in dem das problematische Verhalten ausgelebt wird. Diesbezüglich werden verschiedene Nutzungsbereiche wie Online-Rollenspiele, Soziale Netzwerke usw., aber auch Bereiche, in denen das Internet ein neues Medium für bekannte Verhaltenssüchte bietet, wie zum Beispiel die Online-Glücksspielsucht oder Online-Kaufsucht, unterschieden.

Grafik 1

Stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten am Anton-Proksch-Institut mit der Diagnose PC- und Internet-Abhängigkeit im Jahr 2012





Grafik 2

Überblick stationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten

In herkömmlichen, kategorialen Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 findet sich derzeit die Diagnose PC- und Internetsucht in der Kategorie der Impulskontrollstörungen. Aufgrund dieser unzureichenden Klassifizierung erscheint ein Umdenken in Richtung mehrdimensionaler Diagnostik angemessen, welche symptom-, prozess- und pathogeneseorientiert ist. Diese beleuchtet suchtauslösende sowie -aufrechterhaltende Faktoren ebenso wie den individuellen Krankheitsverlauf und rückt den Menschen stärker in den Mittelpunkt der Diagnostik.

Behandlungsmöglichkeiten

(s. Grafik 2)

Ambulante Behandlung

Die ambulante Behandlung findet zum einen in der Hauptambulanz, Wiedner Hauptstraße 105, in 1050 Wien statt, wo derzeit die Betroffenen, falls sie den Einschlusskriterien entsprechen, die Möglichkeit haben, an der STICA-Studie (Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction) teilzunehmen. Dies ist eine Multicenterstudie, in der die Betroffenen sowohl Einzelpsychotherapie als auch Gruppenpsychotherapie in Anspruch nehmen können. Die Studie läuft seit Herbst 2012 und schließt männliche Probanden im Alter von 17 bis 45 Jahren ein. Die Betroffenen, die diese Einschlusskriterien nicht erfüllen, haben die Möglichkeit, wie in den weiteren Suchtberatungen des Anton-Proksch-Instituts, Einzelpsychotherapie, sozialarbeiterische Betreuung und bei Bedarf eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Stationäre Behandlung

Eine stationäre Behandlung ist bei bisherigen frustriert verlaufenden ambulanten Therapien

oder bei einer massiv ausgeprägten Suchtproblematik, damit zusammenhängend einem konfliktreicheren privaten und beruflichen Milieu oder schwerwiegenden komorbiden Störungen, empfehlenswert. Außerdem bietet eine stationäre Aufnahme einen geschützten Rahmen und einen vorübergehenden Abstand zu eventuell belastenden Lebenssituationen, die dann, aus diesem Abstand heraus, oft besser therapeutisch bearbeitet werden können.

Die Distanz ist ein großer Vorteil der stationären Behandlung, da viele der Betroffenen einen Großteil ihrer Zeit sozial isoliert in ihren Wohnungen verbringen und es sehr viel an Motivation erfordert, diesen Teufelskreis zu unterbrechen. Da die Betroffenen meist kaum soziale Kontakte besitzen, ist es ein Benefit der stationären Behandlung, dass die Betroffenen mit Mitpatienten konfrontiert sind und soziale Kompetenzen wieder erlernt werden können. In diesem Zusammenhang zeigt sich bei vielen Betroffenen eine Umkehr der Tag-/Nachtaktivität und im stationären Bereich kann ein circadianer Rhythmus wiederhergestellt werden. Die Durchführung therapeutischer Ausgänge nach einer anfänglichen Stabilisierungsphase ist empfehlenswert, um einen sukzessiven Transfer der Therapieinhalte in die Lebensumgebung bereits im Zuge der laufenden stationären Therapie zu ermöglichen. Zunächst erfolgen Tagesausgänge, bei zunehmender Sicherheit im Umgang mit Risikosituationen der Person auch Nachtausgänge.

Bei der ambulanten Behandlung ist es von Vorteil, dass der Patient in seiner gewohnten Umgebung weiterlebt und das Umfeld auch aktiv in den therapeutischen Prozess eingebunden werden kann. Die in der Therapie erlernten Strategien können hier unmittelbar im Lebensalltag umgesetzt werden.

In manchen Fällen wird die Durchführung einer ambulanten Behandlung auch aufgrund einer enormen geographischen Distanz erschwert und somit ist eine stationäre Behandlung unumgänglich.

Motivation und Krankheitseinsicht

Ein wichtiges Kriterium in der Entscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ist die Therapiemotivation des Patienten. Die Bereitschaft zur Veränderung des Konsummusters scheint oftmals erst gegeben zu sein, wenn die Erfahrung gemacht wird, dass die negativen Suchtmittelkonsequenzen gegenüber den positiven überwiegen. Häufig herrschen beim Betroffenen auch ambivalente Gefühle vor, auf der einen Seite mit dem selbstzerstörenden Suchtverhalten aufhören zu wollen und auf der anderen Seite sich von den subjektiv als positiv erlebten Emotionen, die mit dem pathologischen Verhalten zusammenhängen, zu verabschieden.

Behandlungsziele

Im Zentrum steht die Herausarbeitung der Funktionalität des Problemverhaltens wie z.B. als emotionales Coping (medienfokussiertes Coping) oder als dysfunktionale Stressregulation, um auch dadurch konkrete Therapieziele ableiten zu können. Die Motivation der Betroffenen ist nicht als statischer, sondern als veränderbarer Zustand zu sehen. Im Zusammenhang mit der Veränderungsmotivation steht natürlich auch die Krankheitseinsicht. Die Einsicht und Akzeptanz, suchtkrank zu sein und die daraus abgeleitete Konsequenz der notwendigen Veränderung im Verhalten sind zentrale therapeutische Zielsetzungen. In diesem Zusammenhang soll nochmals auf die Behandlung der komorbiden Erkrankungen hingewiesen werden, da die Wechselwirkungen und Einflüsse meist eine wichtige Rolle in der Aufrechterhaltung der Abhängigkeit haben.

Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Suche nach suchtauslösenden und -aufrechterhaltenden Faktoren und den dadurch entstandenen Veränderungen dar. Dies kann sowohl in Form von Einzel- als auch Gruppentherapien passieren. Die meisten der Betroffenen zeigen schon im Kindesalter eine gewisse Affinität zum Computer. Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass Computerspielsüchtige durchschnittlich 1,5 Jahre früher mit dem regelmäßigen Computerspielen begonnen haben (Batthyány et al. 2009). Bezugnehmend auf Probleme setzen die Betroffenen ein medienfokussiertes Coping ein, welches auch der Emotionsregulation dient. In den Einzeltherapien kann nach den individuellen Bedürfnissen und der individuellen Hintergrundproblematik ein Behandlungsplan erstellt werden, der neben der Thematisierung von suchtauslösen-

den und -aufrechterhaltenden Faktoren v.a. auch ressourcenorientiert ist. Die Betroffenen erleben im Zusammenhang mit Onlinespielen eine massive Selbstwertsteigerung und meist stellt dies den einzigen sozialen Kontakt dar. In der Therapie ist es notwendig hierfür geeignete Strategien und alternative Möglichkeiten zu finden. Meist kann der vorübergehende Verzicht helfen, Distanz zum Suchtmedium zu gewinnen, um in Folge einen kontrollierten Umgang zu erlernen. Dieser Verzicht z.B. in Form von Löschen seines Accounts kann auch (siehe Fallvignette) zu einer Trauerreaktion führen. In diesem Zusammenhang spielt sowohl die gewonnene enge Beziehung zu dem jeweiligen Avatar als auch die mit ihm verbrachte Zeit und die gemeinsamen Erfolgserlebnisse eine entscheidende Rolle. Hierfür gibt es die Möglichkeit, den Avatar virtuell auf einer Homepage zu begraben (siehe www.herolymp.de).

Auch die Analyse und Veränderung von Denkprozessen im Hinblick auf die Erkennung positiver Verstärker (virtuelle Belohnung) und negativer Konsequenzen (reale Kränkung) stellen einen wesentlichen Aspekt der Behandlung dar. Es wird eine konkrete Veränderung von Verhaltensweisen angestrebt, wobei es wichtig ist, das pathologische Mediennutzungsverhalten durch positive Erlebnis- und Verhaltensweisen in der konkret-realen Umwelt zu ersetzen.

Weitere Ziele sind die Erarbeitung und Wiedererlangung von Problemlösefertigkeiten und sozialen Kompetenzen, die durch die meist soziale Isolation von realen Kontakten reduziert sind. Ebenso erforderlich ist die Stärkung des bestehenden sozialen Netzwerks, sofern dieses noch vorhanden ist, und nach Möglichkeit eine Erweiterung desselben für die voranschreitende Verankerung in der realen (nicht virtuellen) Lebenswelt.

Für Betroffene ist es unbedingt notwendig wieder eine Tagesstruktur zu erlangen, dazu tragen auch alternative Freizeitgestaltungsmöglichkeiten bei. Dementsprechend stellt die Aktivierung von Ressourcen, um eine Lebensneugestaltung und ein Entdecken neuer Lebensperspektiven zu ermöglichen, einen weiteren Kernpunkt der Therapie dar. Gerade in diesem Bereich fehlt es Betroffenen massiv an alternativen Möglichkeiten. Der Suchtkranke soll die Veränderung nicht als Verzicht erleben, sondern als Basis zur Transformation und als Chance zur Lebensneugestaltung. Am Anton-Proksch-Institut werden unsere Patienten mit Hilfe der „Orpheus-Module“ bei der (Wieder-)Aufnahme eines sinn- und freudvollen Lebens unterstützt. Diese Module beinhalten Philosophie, Angebote zum Genuss erleben, kreative und schöpferische Handlungsrahmen, inner-

halb derer die Patienten Möglichkeiten für eine Lebensneugestaltung entdecken können. Denn nur ein reichhaltiges, freud- und sinnvolles Leben, angepasst an die individuellen Ressourcen, kann Garant dafür sein, nicht den verlockenden Rufen des „Suchtmittels“ zu erliegen. Es werden mit den Betroffenen im Laufe der Therapie „computerfreie Tage“ erarbeitet, bei denen dies eine wesentliche Rolle spielt.

Am Ende der Behandlung ist eine geeignete Rückfallprophylaxe von besonderer Bedeutung. Die Betroffenen sollen Rückfallauslöser und Risikosituationen erkennen und dementsprechend reagieren können.

Gerade bei der PC- und Internetsucht im Erwachsenenalter ist meist eine Unterstützung von sozialarbeiterischer Seite notwendig. Da sich die Betroffenen meist auf den Computer fokussieren, kann es zu Arbeitsplatzverlust, Delogierung und finanziellen Schwierigkeiten kommen. Während der Behandlung können die Betroffenen auch bei Themen, die die existenzielle Grundsicherung betreffen, unterstützt werden.

Eine ambulante Weiterbehandlung bzw. Nachsorgephase nach einer Therapie dient der Stabilisierung und Aufrechterhaltung. Die Betroffenen sind mitunter nach einer intensiven ambulanten bzw. stationären Behandlung mit dem Gefühl einer erneuten Isolation oder Einsamkeit konfrontiert, dies kann ein erhebliches Rückfallrisiko darstellen. Der Betroffene sollte darauf vorbereitet werden, dass weniger Fremd-, sondern mehr Selbstkontrolle zur Steigerung seines Verhaltens notwendig ist. Es ist empfehlenswert, die Nachbetreuung längerfristig in Form von Einzel- und/oder Gruppentherapien regelmäßig und konsequent in Anspruch zu nehmen.

Komorbidität

Es zeigt sich im klinischen Alltag, dass die Betroffenen meist eine komorbide affektive Erkrankung oder eine Angststörung aufweisen. Dies deckt sich auch mit den internationalen Komorbiditätsstudien (wie Kratzer, 2006; Campbell, Cumming & Hughes, 2006; Ko, Yen, Chen, Chen & Yen, 2008; Petersen et al. 2009; Petry, 2010). Ein Großteil der Betroffenen zeigt auch eine Cannabisabhängigkeit.

Angehörige von PC- und Internetsüchtigen

Das pathologische Verhalten der Betroffenen hat nicht nur Auswirkungen auf den Einzelnen

selbst, sondern auch auf sein soziales Umfeld. Aufgrund des enormen Leidensdrucks der Angehörigen nehmen sie selbst meist Kontakt zu Beratungsstellen auf und machen einen Großteil der Behandlungsmotivation aus. Dies spiegelt sich auch im klinischen Alltag wider. Die Angehörigen erleben häufig die Entwicklung der Abhängigkeit aufgrund der Fokussierung auf den Computer als eine enorme Distanzierung des Betroffenen, der man hilflos gegenübersteht. Die Betroffenen, die in einem Familiensystem leben, reagieren auf Reglementierungen meist mit Aggression (durch die dadurch entstandene Entzugssituation) und noch mehr Rückzug. Die Abwertung des Computers durch die Angehörigen führt zu einer Verstärkung des Abwehrverhaltens durch den Betroffenen, da der Computer für diesen meist sehr positiv besetzt ist. Erst verzögert tritt im Zuge der Reflexion des Betroffenen bezüglich der sozialen Konflikte eine kognitive Dissonanz gegenüber dem Computerspiel- und Internetnutzungsverhalten ein.

Gerade bei jungen Betroffenen oder Spätadoleszenten ist es wichtig, auch die Angehörigen in die Behandlung mit einzubeziehen. Wichtige Bereiche sind die Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktlösefertigkeiten, eine Erarbeitung von Strategien zur Aufrechterhaltung einer funktionalen Computernutzung, bzw. eines konkreten Notfallplans im Umgang mit Rückfällen (Wölfling et al., 2013).

Da Angehörige meist einen sehr hohen Leidensdruck aufweisen, ist es ebenso notwendig, dass sie die Möglichkeit für Unterstützung finden. Derartige Gespräche sollten entlastend wirken und einen geeigneten Umgang mit der Hilflosigkeit ermöglichen.

Fallvignette

Frau M. ist aufgrund der meist männlichen Patienten in diesem Bereich eher eine Seltenheit, deshalb soll ihr Fall hier dargestellt werden.

Frau M. kam nach einer kurzen ambulanten Behandlung zu ihrer ersten stationären Aufnahme zur Behandlung einer PC- und Internetsucht ins Anton-Proksch-Institut. Zum Zeitpunkt der Aufnahme ist sie 27 Jahre alt, ledig und Angestellte in einem großen Betrieb. Frau M. hat zwei Brüder und einen guten Kontakt zu ihren Eltern, die sie auch zu einer Behandlung motivierten. In der Anamnese schildert Frau M. eine dreijährige Heroinabhängigkeit, damit zusammenhängend gab es auch eine Haftstrafe wegen Drogenhandel und schwerer Körperverletzung. Ein Drogenentzug wurde während der Haftstrafe erfolgreich durchgeführt.

Weiters schildert Frau M. einen regelmäßigen Cannabiskonsum. Frau M. beschreibt seit der Haftentlassung vor 6 Jahren einen problematischen Umgang mit dem Computer. Sie spielt ein Online-Rollenspiel namens „Die Stämme“, in dem es um die Eroberung feindlicher Dörfer im Mittelalter geht. In diesem Spiel hat sie die Position der „Stammesführerin“ inne. Dies beinhaltet ständig präsent zu sein, eine gewisse Kompetenz zu delegieren, aber auch Verantwortung und eine gewisse Machtposition, die es ihr ermöglicht, auch ihre Aggressionen auszuleben. Frau M. gibt an, wochentags in etwa 8 Stunden und am Wochenende in etwa 17 Stunden online zu sein. Darin inkludiert sind auch Informationsrecherchen für das Spiel und die Aktivität im dazugehörigen Chat. Aufgrund ihrer Arbeitszeiten (von 14.00 bis 22.00 Uhr) reduzierten sich ihre realen Sozialkontakte auf ihre Eltern. Dadurch stieg die Wichtigkeit des Spiels immer mehr. Frau M. konnte durch dieses Spiel mehrere Bedürfnisse befriedigen, wie soziale Kontakte zu pflegen, ein gewisses Maß an Macht innezuhaben, was aufgrund ihrer Persönlichkeit selbstwertsteigernde Funktion hat und auch eine Möglichkeit, ihre aggressiven Impulse auf eine legale Art und Weise auszuleben. Gleichzeitig leidet Frau M. sehr unter ihrer Arbeitssituation, meint aber aufgrund ihrer Haftstrafe keinen anderen Job zu bekommen.

Zu Beginn des stationären Aufenthalts hatte Frau M. massive Schwierigkeiten, sich bei den anderen Patienten einzuordnen und verhielt sich der Therapie gegenüber eher abwehrend. Dementsprechend waren die Erarbeitung einer Behandlungsmotivation und eine Verbesserung ihrer sozialen Kompetenzen notwendig. Während der Therapie konnte mit Hilfe von Einzel- und Gruppentherapien und der Eingliederung in unser Orpheus-Programm eine Stabilisierung ihres Zustandes erreicht werden. Im Rahmen des Orpheus-Programms, das mehrere Module wie Bewegungstherapie, Beschäftigungs- sowie Arbeitstraining, Kinotherapie, Wandern etc. beinhaltet, wird eine Lebensneugestaltung und ein Entdecken neuer Lebensperspektiven ermöglicht. Dieser Bereich ist für Frau M. enorm wichtig, um auch hier selbstwertsteigernde Bedingungen zu finden. Signifikant und für Frau M. durchaus überraschend war die Tatsache, dass die Löschung ihres Accounts zu einer massiven Trauerreaktion führte. Dies zeigte sich in einer depressiven Symptomatik, die aber in der Therapie gut bearbeitet werden konnte. Diesbezüglich waren auch die neu gewonnenen sozialen Kontakte von Bedeutung. Auch der Austausch zwischen den Betroffenen, zu dieser Zeit waren zwei weitere Personen mit PC- und Internetsucht in

stationärer Behandlung, erlebte sie als einerseits hilfreich und andererseits entlastend. Frau M. war während der Behandlung einmal rückfällig, hat dies aber gleich besprochen und der Vorfall konnte auch im Sinne einer zukünftigen Rückfallprophylaxe bearbeitet werden. Die ambivalente Beziehung zu den Eltern konnte nur bedingt erläutert werden, soll jedoch in einer nachfolgenden Einzelpsychotherapie bearbeitet werden.

Frau M. konnte in einem stabilen und weiterhin motivierten Zustand entlassen werden.

4 Diskussion

Im Bereich der stationären Therapie von PC- und Internetsucht sind die Behandlungsmöglichkeiten bislang, trotz einer hohen Nachfrage, noch sehr gering. Leider mussten wir feststellen, dass die Betroffenen oft zu wenig Leidensdruck und damit auch zu wenig Eigenmotivation für eine Behandlung aufweisen. Die geringe Eigenmotivation der Betroffenen spiegelt sich auch in Rekrutierungsproblemen für ambulante Gruppen zu Onlinesucht wider. Beispielsweise lehnte ein Betroffener die Teilnahme an den geschlossenen Gruppen ab, weil er als jemand, der ausschließlich Sexportale bezieht und das Konsumieren von Pornografie im Internet exzessiv betreibt, nicht von dem auf Onlinesucht fokussierenden, umfassenden Therapieangebot profitieren würde. Zwei Elternpaare drängten beispielsweise auf die Teilnahme ihrer jeweils siebzehnjährigen Söhne, diese jedoch lehnten die Teilnahme aus fehlendem Leidensdruck und fehlender kognitiver Dissonanz zu ihrem Online-Nutzungsverhalten ab. Ein weiterer Patient erschien durch seine intermittierend auftretenden Kontrollverluste und „Ausfälle“ im Zuge seiner komorbid vorliegenden Benzodiazepinabhängigkeit als zu unzuverlässig, um in die Studienteilnahme inkludiert zu werden. Zudem gelten zusätzliche Suchterkrankungen im Zuge dieser wissenschaftlich evaluierten Pilotstudie per se als Ausschlussgrund von der Teilnahme. Der Koordinator der STICA-Studie in Wien, Dr. Andreas Schuster, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stationsführender Oberarzt am Anton-Proksch-Institut Wien, beschreibt in seiner Wahrnehmung einen großen Bedarf an Therapieangeboten für männliche Jugendliche unter 17 Jahren. Das vorhandene Therapieangebot steht allerdings lediglich Teilnehmern ab dem 17. Lebensjahr zur Verfügung. Gerade für Jugendliche sind die Behandlungsmöglichkeiten sehr gering, diesbezüglich wäre es unbedingt notwendig die Möglichkeiten an den hohen Bedarf anzupassen.

5 Zusammenfassung

Die Behandlung der PC- und Internetsucht stellt in vielerlei Hinsicht eine therapeutische Herausforderung dar. Die PC- und Internetsucht als eine komplexe Erkrankung bedarf komplexer, individueller Therapieangebote. Diese sollen die PatientInnen nicht nur in der Behandlung der Krankheitssymptome und komorbiden Störungen unterstützen, sondern ihnen auch die Möglichkeit bieten, die eigenen Fähigkeiten zu entdecken bzw. an Ressourcen anzuknüpfen, um diese als Basis für ein freudvolles, suchtfreies Leben umsetzen zu können.

Literatur

- Batthyány, D., Benker, F., Müller, K. & Wölfling, K. (2009). Computerspielverhalten – klinische Merkmale von Abhängigkeit und Missbrauch. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 121, 502-509.
- Campbell, A. J., Cummings, S. R. & Hughes, I. (2006). Internet use by the socially fearful: addiction or therapy? *Cyberpsychology & Behavior*, 9 (1): 69-81.
- GfK Online Monitor (2011). *Internetmarkt in Österreich*. www.gfk.at.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C. & Yen, C. F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: An interview study. *CNS Spectrums*, 13 (2), 147-153.
- Kratzer, S. (2006). *Pathologische Internetnutzung: Eine Pilotstudie zum Störungsbild*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lederer-Hutsteiner, T. & Geishofer, M. H. (2011). *Internetsucht und Internetnutzungsverhalten bei steirischen Schülerinnen und Schülern*. Eine repräsentative Untersuchung ab der 9. Schulstufe.
- Mader, R. & Musalek, M. (2010). *Ressourcen-orientierte Diagnostik der Sucht als Grundlage für integrative Behandlungsformen*. Wien: Spectrum.
- Petersen, K. U. et al. (2009). *Präsentation der Ergebnisse der Breitenbefragung im Rahmen des Forschungsprojekts „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“*. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg.
- Petry, J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologischer PC und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Rumpf, H. J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PIN-TA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Wölfling, K., Jo, C., Bengesser, L., Beutel, M. & Müller, K. (2013). *Computerspiel- und Internetsucht*. Stuttgart: Kohlhammer.



Mag. Birgit Oitzinger
Klinische und Gesundheitspsychologin
am Anton-Proksch-Institut
Gräfin-Zichy-Straße 6
A-1230 Wien
birgit.oitzinger@api.or.at



Mag. Michael Peter
Klinischer Psychologe und Psychotherapeut
am Anton-Proksch-Institut Wien. Bereich
stationäre Behandlung von Alkohol-,
Medikamenten- und Glücksspielsucht
sowie in freier Praxis.
Anton-Proksch-Institut
Gräfin-Zichy-Straße 6
A-1230 Wien
michael.peter@aoi.or.at

www.herolymp.de – Der Internetfriedhof für Avatare

Anregung zum Ausstieg aus dem exzessiven Computerspielen

Regina Ernst & Renate Lind-Krämer

www.herolymp.de, der einzige Internetfriedhof für Avatare oder Charaktere, wie die Spielfiguren aus Computerspielen heißen, ist ein Projekt des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main. Wobei „Herolymp“ nicht nur ein Friedhof, sondern zugleich eine Ruhmeshalle für Avatare ist. Spielaussteiger können ihrem Helden auf der interaktiven Webseite ein Denkmal setzen und in einem „Nachruf“ mitteilen, was die Zeit mit dem Spiel so besonders gemacht hat, und was sie beim Abschied empfinden.

Nebenbei bietet „Herolymp“ online auch Rat und Hilfe an, die allerdings nicht im Vordergrund steht. Jeder und Jede kann „Herolymp“ sinnvoll nutzen – auch ohne Hilfebedarf. Die Hilfe ist bewusst nur eine mögliche Option.

„Herolymp“ verlangt auch kein Problembewusstsein für das eigene Spielverhalten. Genau dadurch wird der Internetfriedhof zum niedrigschwelligen und akzeptierenden Suchtpräventionsangebot, das anerkennt, wie wichtig das Spiel für den Spieler ist. Die Hall of Fame als feierliche letzte Ruhestätte und angemessener Ort der Erinnerung macht es für die Spieler leichter, sich von ihrer Spielfigur zu verabschieden, und hilft dabei, das Spiel zu beenden.

Die Reaktionen nach dem Start des Angebots 2010 waren beeindruckend: Überregionale Medien, darunter Spiegel online, berichteten über den Internet-Friedhof und auch die Computerspieler selbst nahmen „Herolymp“ sehr positiv auf. Die Webseite traf 2010 genau den Bedarf: Es brauchte ein niedrigschwelliges Angebot für Menschen, die viel Zeit mit Computerspielen wie „World of Warcraft“ verbringen, sich aber schwer tun, sich wieder von ihrer Spielfigur zu trennen, die zu einem Freund oder eine Art virtuelle Identität geworden ist. Seit dem Start des „Herolymp“ haben mehr als 250.000 Menschen die Seite besucht und es gab weit mehr als eine Million Zugriffe.

Dabei ist „Herolymp“ kein singuläres Projekt, sondern eingebunden in eine stadtweite Präventionsinitiative „Medienkonsum“, die auch Angebote für Eltern, Lehrkräfte und Erziehende umfasst, um deren Medienkompe-

tenz zu fördern sowie Hilfen für diejenigen, die in gesundheitsschädlichem Ausmaß Computer spielen oder im Internet surfen.

Rasante Veränderung der digitalen Welt

Seit dem Start des „Herolymp“ 2010 hat sich die digitale Welt rasant verändert. Durch die Weiterentwicklung digitaler Technik und neue Nutzergeräte wie Smartphone oder Tablett haben sich die Möglichkeiten der mobilen Kommunikation via sozialer Netzwerke, WhatsApp oder Instagram wesentlich verbessert. Computerspiele haben dadurch an Attraktivität verloren.

Doch auch der Spielemarkt ist sehr dynamisch und innovativ. Computerspiele sind inzwischen vernetzter, sozialer und mobiler, und sie werden überall gespielt: unterwegs auf mobilen Geräten wie Tablett oder Smartphone oder zu Hause auf dem Fernseher. So hält der Trend zu Onlinespielen weiter an. Sie können kostenlos heruntergeladen werden, Nutzer müssen nur für Extras und Premium-Funktionen („Free2play“) zahlen. Computerspiele werden heute häufiger gewechselt und kürzer gespielt. Sie beanspruchen weniger Zeit und setzen keine dauerhafte Bindung voraus wie World of Warcraft.

Bei dem einstigen „Renner“ sind die Nutzerzahlen seit einiger Zeit rückläufig. An dessen Stelle ist League of Legends getreten, ebenfalls ein Online-Rollenspiel, allerdings ohne die enge und langfristige Bindung an eine Spielfigur.

Monitoring System Drogentrends 2013¹ zur Nutzung von Computerspielen

Bei den Computerspielern sind in den letzten Jahren zunehmend Geschlechtsunterschiede

¹ Quelle: Wersé et al. (2014): Monitoring System Drogentrends 2013. Frankfurt a. M.

zu beobachten. Nach der repräsentativen Befragung des Monitoring System Drogentrends 2013 spielen dreiviertel aller Jugendlichen in Frankfurt aktuell mindestens einmal im Monat Computerspiele. Online-Rollenspiele werden nur noch von jedem Siebten gespielt. Wobei die männlichen Jugendlichen deutlich mehr Lust am Spiel zeigen: 92 Prozent geben an, regelmäßig Computerspiele zu spielen, wohingegen es bei den weiblichen Jugendlichen nur 59 Prozent sind (Tabelle 1).

Auch bei der Wahl der Computerspiele unterscheiden sich männliche und weibliche Jugendliche deutlich. Die jungen Männer bevorzugen Ego-Shooter und Sportspiele, während die jungen Frauen am liebsten zu Jump'n'Run-Spielen greifen. Bei den Ego-Shootern, den Sportspielen und den Online-Rollenspielen sind die Geschlechtsunterschiede besonders groß.

Die Zahlen machen es deutlich: Insgesamt verbringen männliche Jugendliche fast viermal so viel Zeit mit Computerspielen (10,1 Stunden pro Woche) wie weibliche Jugendliche (2,6 Stunden pro Woche).

Aktuell sind 17 Prozent der männlichen Befragten intensive Computerspieler, die mehr als 20 Stunden pro Woche spielen.

Erfahrungen mit Herolymp

Die Nutzerzahlen von Computerspielen spiegeln sich auch bei „Herolymp“ wider. Von den 400 Personen, die bisher ihrer Spielfigur ein Denkmal gesetzt haben, sind 88 Prozent männlich. Ihr Altersdurchschnitt liegt bei 26 Jahren (s. Grafik 1). Und drei Viertel der beerdigten und gewürdigten Charaktere stammen aus Online-Rollenspielen.

Besonders interessant sind die Nachrufe, die oftmals beschreiben, welche Bedeutung das Spielen für einige Nutzer hat. Sie lassen gleichzeitig aber vermuten, dass nur ein sehr geringer

	männlich	weiblich	gesamt
Computerspiele-Nutzung 30 Tage	92	59	76
Online-Rollenspiele	22	8	15
Ego-Shooter	65	15	41
Strategiespiele	31	23	27
Sportspiele	52	18	35
Jump'n'Run-Spiele	29	34	32

Tabelle 1

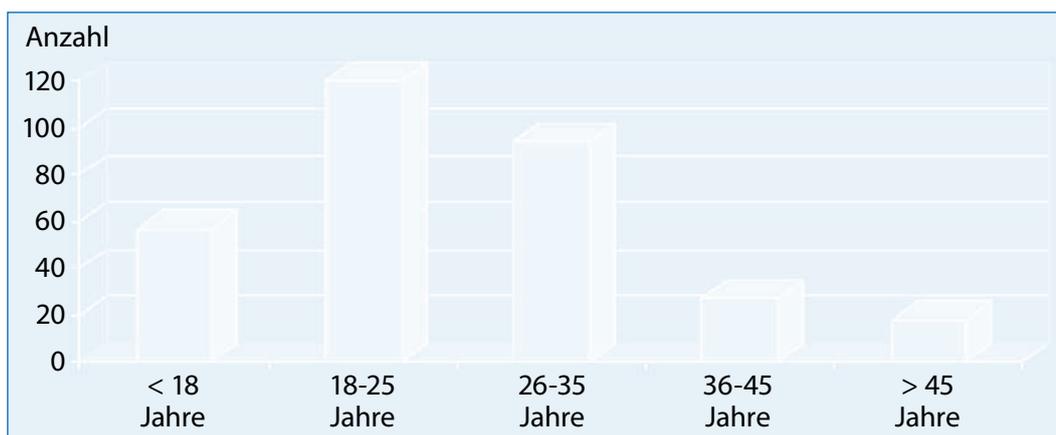
Nutzung von Computerspielen und Spielart (%), Monitoring System Drogentrends 2013

Teil der Computerspieler professionelle Hilfe braucht, um sich vom Spiel zu lösen.

Auch wenn das exzessive Computerspielen anscheinend bei den meisten eine vorübergehende Phase ist, aus der sie wieder herausgewachsen, bleibt diese vor allem bei Jüngeren dennoch nicht ohne Folgen für das reale Leben. Sie haben es in der Spielphase versäumt, sich mit den anstehenden Entwicklungsaufgaben auseinanderzusetzen. Auch wenn es sich beim exzessiven Computerspielen oder Internetkonsum also in den meisten Fällen nicht um „Sucht“ handelt, zeigen sich doch Folgeerscheinungen die dem Substanzen-Missbrauch ähnlich sind: Versäumte Entwicklungsaufgaben müssen nachgeholt und soziale Kontakte in der realen Welt wiederhergestellt werden.

Berichte von Besuchern des „Herolymp“ machen deutlich, dass sie es sehr ernst nehmen, ein Denkmal anzulegen und der Prozess Monate dauern kann. Erst wenn sich die Plattform tatsächlich als vertrauenswürdig erwiesen hat, sind die Nutzer bereit, ihr die Figur anzuvertrauen. Sie erwarten eine Plattform, die lebendig und vor allem beständig ist, deshalb muss „Herolymp“ intensiv gepflegt werden und immer möglichst aktuell sein.

Bereits zwei Jahre nach Start des Internet-Olymps stellte sich denn auch die Notwendigkeit, den Internet-Friedhof grundlegend zu



Grafik 1

Nutzer von Herolymp nach Altersgruppen

verändern und an die neuen Entwicklungen anzupassen. Aufgrund der anhaltend hohen Zahl an Zugriffen wurde die Seite denn auch ganz neu, modern und mit zusätzlichen Nut-

zungsmöglichkeiten gestaltet. Eine Arbeit, die ständig im Fluss ist, um inhaltlich immer mit neuen Trends und den Bedürfnissen der Spieler mitzuhalten.



Regina Ernst

Diplom-Soziologin, Leiterin des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main
regina.ernst@stadt-frankfurt.de
www.drogenreferat.stadt-frankfurt.de



Renate Lind-Krämer

Diplom-Psychologin, Stellvertretende Leiterin des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main
renate.lind-kraemer@stadt-frankfurt.de
www.drogenreferat.stadt-frankfurt.de



196 Seiten
ISBN 978-3-89967-832-1
Preis: 20,- Euro



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Rudolf Kammerl, Lena Hirschhäuser, Moritz Rosenkranz, Christiane Schwinge, Sandra Hein, Lutz Wartenberg, Kai Uwe Petersen (Hrsg.)

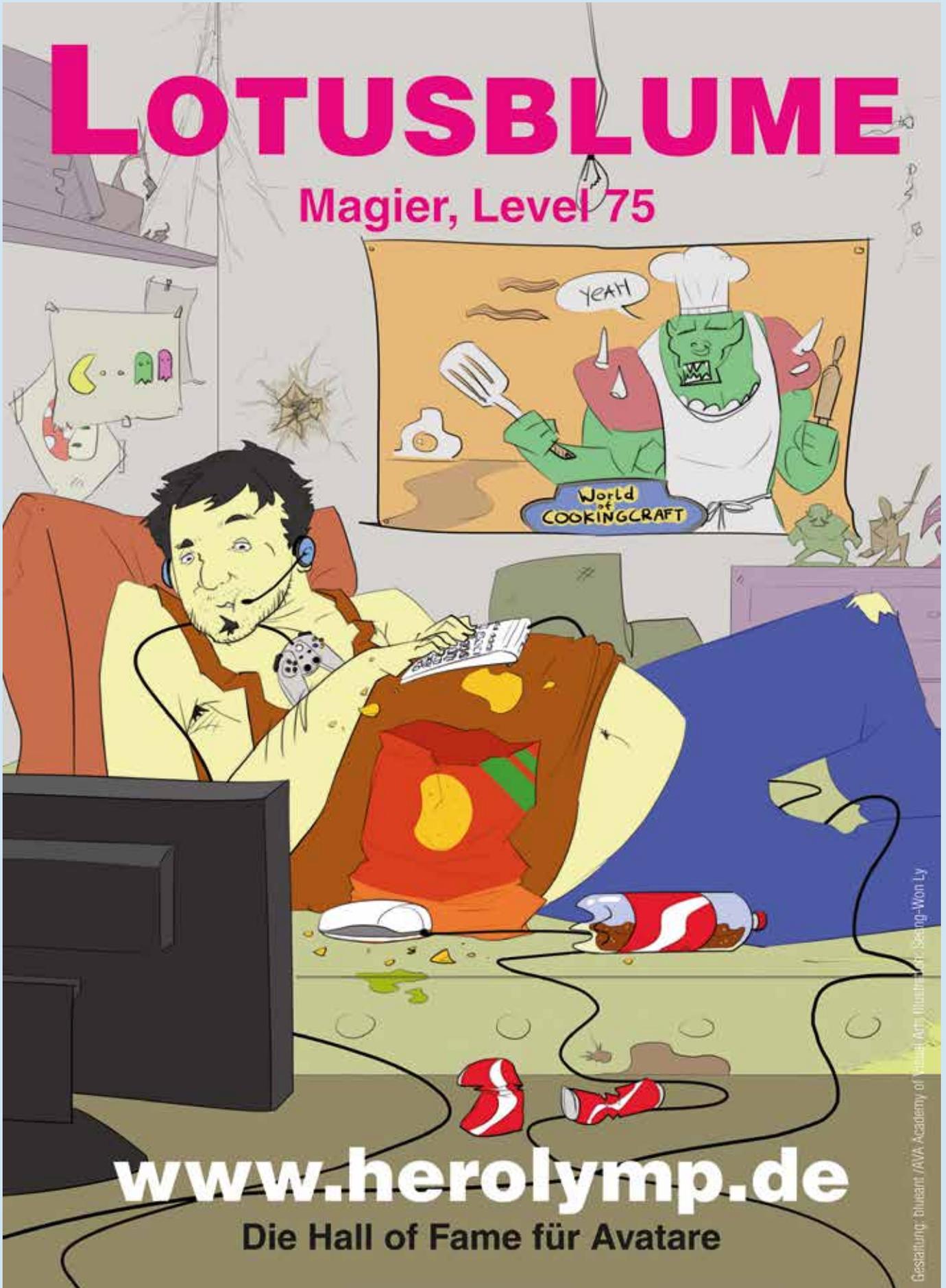
EXIF – Exzessive Internetnutzung in Familien

Zusammenhänge zwischen der exzessiven Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und dem (medien)erzieherischen Handeln in den Familien

Die EXIF-Studie zeigt Zusammenhänge zwischen der Medienerziehung in den Familien und dem Phänomen einer als exzessiv bewerteten Computer- und Internetnutzung von Jugendlichen auf. Heranwachsende in ihrem Umgang mit Computer und Internet erzieherisch adäquat zu begleiten, stellt in allen Bevölkerungsgruppen eine große Herausforderung dar. Ob die zeitliche Regulierung der Computer- und Internetnutzung zu einem Problem in der Familie wird, hängt dabei von vielfältigen Faktoren ab. In diesem Projekt standen die Qualität der Beziehungen in den Familien, die Einstellungen der Eltern zu digitalen Medien und ihr medienbezogener Erziehungsstil im Vordergrund.

Die Ergebnisse zeigen, dass es einerseits Familien gibt, in denen in erster Linie die – meist formal höher gebildeten – Eltern die Computer- und Internetnutzung ihrer Jugendlichen als zeitlich ausufernd und problematisch bewerten, ohne dass es nähere Anhaltspunkte für einen suchtmäßigen Gebrauch gibt (rund 9% der Familien in Deutschland). Es finden sich aber auch Familien, in denen eine suchtmäßige Computer- und Internetnutzung der Jugendlichen sowohl aus der Perspektive der Eltern als auch der Jugendlichen selbst wahrgenommen wird sowie nach den Kriterien der Suchtforschung festzustellen ist (rund 6% der Familien in Deutschland).

Diese Studie ergänzt das Forschungsfeld „suchtmäßiges Mediennutzungsverhalten“, indem erstmals die Perspektiven von Eltern und Jugendlichen konsequent im Forschungsprozess berücksichtigt wurden. Dafür wurden Experteninterviews, Gruppendiskussionen und eine für Familien mit 14- bis 17-Jährigen repräsentative Erhebung durchgeführt, bei der bundesweit 1.744 Jugendliche und jeweils ein dazugehöriges Elternteil befragt wurden.





Profil

NN: RakiX3

GAME: Last Chaos

ALTER: 19

AFK: November 2011

ORT:

Ich möchte hiermit endgültig Abschied nehmen von meinem langjährigen Charakter. Ich hatte viel Spaß ingame, war relativ erfolgreich und habe letzten Endes aufgehört, weil ich Prioritäten setzen musste. Entweder weiter Spaß haben, und nur zu Hause abhängen, oder ein gutes Abitur schaffen und zu studieren. Heute studiere ich das, was ich immer wollte: Chemie. Ich hätte es echt bereut, wenn das nicht geklappt hätte. Damals war der Studiengang überall nicht zulassungsbeschränkt, heute hab ich den Studienplatz auch erst im Nachrückverfahren bekommen, wenn ich damals weitergespielt hätte, wäre es vielleicht nicht so gekommen. Ich möchte mich hier bedanken, bei den Menschen, die mich jahrelang begleitet haben: die DominationS auf Delum, sowie bei SunShineLive, unseren früheren Gildenleader. Bei KingonTilt, bei Wand3r3r, bei Narc0, bei LadyGaga sowie bei BearT, ihr alle liegt mir immer noch am Herzen. Ich hoffe, man kann sich mal treffen. Meine Handynummer ist immer noch die selbe :-)) ich hab mich nämlich sehr verändert... aus der „Maus“ die den Chat angeheitert hat, ist eine erwachsene Frau geworden :) .. mir würde jedenfalls sehr viel daran liegen, euch mal zu treffen. Die Burgschlacht damals, als wir gewonnen haben, war super, mein persönlicher Höhepunkt im Spiel. Das war damals schon gegen Ende meiner Laufbahn. man soll ja aufhören, wenns am besten läuft. Ich hab alles erreicht, was ich damals wollte, super Equipment (zu Ende sogar mein eigenes *g* danke nochmal KingonTilt :-)) und war LvL 104 und konnte meine Rüstung tragen 109+15er Dolche ... es war perfekt. Manchmal trauer ich dieser Zeit noch hinterher. So wie heute. Aber ich habe seitdem kein anderes MMORPG mehr gespielt und werde es nicht mehr tun. Es war damals schon sehr hart für mich aufzuhören. Ich bin froh, diesen Schritt geschafft zu haben und denke es gibt kein Role Play mehr für mich, was annähernd an den Spaß rankommt, den ich damals hatte. Positiv für mich ist jetzt: dass ich viel weniger zocke. Ich glaube, ich hab es einfach über, und eh zu wenig Zeit dafür. Stattdessen hab ich meine ganze Leidenschaft, mit der ich früher gezockt habe, in ein Instrument gesteckt, was ich jetzt auch manchmal mehr oder weniger erfolgreich :-)) spielen kann ich weiss nicht, wer den Account weiter benutzt, aber der Charakter ist inzwischen min. LvL 113 (so ist zumindest mein Letzter Stand). ich verfolge die Fortschritte der DominationS auch immer noch mit und bin stolz auf meine Jungs. Auf dem Bild sieht man meinen Charakter (Assassine) mit KingonTilt kurz vor dem Roll Back damals. Eines der wenigen Bilder, welche ich noch von der Zeit hab.



Profil

NN: Sath Feuertänzer

GAME: P&P; diverse

ALTER: 24

AFK: 2010-01-02

ORT: 49477

Feuertänzer; wir haben eine wundervolle Zeit gehabt ich werde dich auf ewig in meinen Erinnerungen tragen. Doch die reale Welt bleibt nicht stehen und ich muss versuchen zu ihr zurück zu finden.

Wir sind gemeinsam durch viele Wälder gestreift; haben Ungeheuer besiegt und sind immer wieder in die gleichen Tavernen eingekehrt. Es war eine wundervolle Zeit; für die ich dir hiermit danken möchte.

Ruhe in Frieden

In Liebe

Aythe



Profil

NN: Frahil

GAME: WOW

ALTER: 47

AFK: 2007

ORT: Aschaffenburg

RIP



Profil

NN: Zipdiwip
 GAME: World of Warcraft
 ALTER: 42
 AFK: 2008-02-17
 ORT: Viersen

beliebter Magier auf Nachtwache mit einer Menge an Freunden doch auch hier BC und die neue Generation ich will alles geschenkt und einfacher Spieler liesen mich auf diesen Avatar verzichten. Es war eine schöne Zeit doch auch das Ende hat man nie bereut da man gesehen hat virtuelle Elfen Freunde sind keine RL Freunde



Profil

NN: Blutsschwester
 GAME: Hero Zero
 ALTER:
 AFK: Heute
 ORT: Mechernich

Tapfer gekämpft gegen Schurken , Betreiber Irrsinn , Profit und sonstige üble Gestalten ... doch dieser Kampf ist scheinbar nicht zu gewinnen .



Profil

NN: GrumpyCaT
 GAME: Metin2
 ALTER: 16
 AFK: 22monaten
 ORT: köln

Meine Altes acc hier mit verabschiede ich mich von dir hast du warst mir treu



Profil

NN: Lightknight
 GAME: World of Warcraft
 ALTER: 20
 AFK: 2010-07-01
 ORT: Himmel

Werte Krieger;
 einst war ich ein Epic Held.Jetzt bin ich fort. Ich lebete 2 Jahre mein Herz schlug immer für das Licht.Ich streite als Todesritter das Lich fand ich auch .Ich wünsche euch noch alees gute;meine treuen Kammeraden.Mein Herz hat aufgehört zu schlagen.meine Rüstung und mein Gold soll die Ehrenwerte Allianz halten und für Kämpfe gegen die Horde verwenden.Mein Gold spende ich an das Kinderheim in Stormwind.Das waren meine letzten Worte.

Lightknight

Nachwort:

Schweren Herzens hör ich mit WoW auf.Ich spielte die Wochenenden durch und machte zu viel Mist und auch die Schule litt.Liebe real leben als virtuell ;).



Profil

NN: Cingiz Kahn
 GAME: Artyria
 ALTER: 25
 AFK: 2010-09-09
 ORT: Hamburg

Name: Cingiz Kahn
 Level: 55
 Volk: Phönizier
 Legion: Bund der Schwarzen Rose
 Schlachtross: Stufe4
 Lebensenergie: 17702
 Kampfschaden: 3065-4135
 Distanzschaden: 2725
 Treffsicherheit: 940
 Enthusiasmus: 900
 Löwentöter



Profil

NN: Killerqueenie
 GAME: Last Chaos
 ALTER: 43
 AFK: 2010-01-15
 ORT: Osna

Adé; meine Queenie!

Was haben wir alles zusammen erlebt; sind zusammen groß geworden; haben Freunde gefunden; uns Feinde geschaffen; haben Intrigen überlebt und Verschwörungen aufgedeckt. Wir haben geliebt und gehasst und wurde geliebt und gehasst.

Ich bin mit dir gerne durch die virtuelle Welt gereist und habe manchmal die reale zu weit zur Seite geschoben.

Nun sage ich dir: rest in Peace; es war schön und aufregend; aber ... nur ein Spiel.



Profil

NN: Dracoromia
 GAME: Runes of Magic
 ALTER: 31
 AFK: 2011-12-04
 ORT: Rödermark

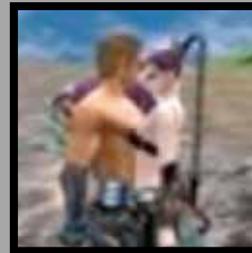
Als ich dich zum ersten mal sah; warst du klein und sehr verletzlich. Wir haben zusammen gekämpft und geheilt; bis du ganz stark wurdest.

In der Gilde warst du beliebt; weil du gut heilen konntest und gerne mit in Inis gekommen bist. Sie nannten dich dort gerne Draco oder Drac. Zwei Magier in der Gilde waren dir besonders wichtig.

Wir haben viele schöne Tage erlebt. Leider wurden die Tage immer grauer....

Deshalb musste ich dich los lassen. Du wirst mir fehlen.

In tiefer Trauer
 Sandra



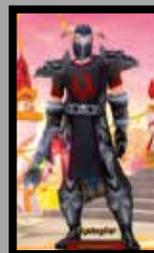
Profil

NN: LikeMe
 GAME: Last Chaos
 ALTER: 34
 AFK: 2011-02-01
 ORT: Bielefeld

Hiermit verabschiede ich mich von meinem Ingame-Mann!

Du warst mir ein gute Gefährte; 1 Jahr haben wir jeden Tag zusammen verbracht; Höhen und Tiefen zusammen überwunden! Viel Spaß zusammen gehabt!

Gut das das nur ein Game ist und mir Dein Puppenspieler ein guter Freund geworden ist und das auch bleibt^^



Profil

NN: Dystopier
 GAME: World of Warcraft
 ALTER: 20
 AFK: 24.1.2014
 ORT: Bielefeld

Der Navigator ging von Bord. Auch wenn Paladine bekannt sind viel auszuhalten, so kommt irgendwann der Tag, an dem auch der Stärkste zusammenbricht. Die Mischung aus Restauration und Dolchstoß zusammen mit dem verjähung des Todestages waren zuviel. Nun geht er von uns mit der Gewisseheit seinen Herrn ein letztes mal seine Pflicht als Helfer getan zu haben.

Das klinische Bindungsinterview bei pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch: Implikationen für das psychotherapeutische Vorgehen

Petra Schuhler

Die entwicklungspsychologische Bindungstheorie Bowlbys (1969; 2008), die in den letzten Jahren großes klinisches Interesse gefunden hat (Brisch, 2013), ist auch geeignet, das Beziehungsgeschehen zwischen Mensch und PC-/Internet-Aktivität besser zu verstehen: Sie befasst sich mit den grundlegenden frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes, bietet ein tragfähiges Erklärungsmodell für die Entstehung und Veränderung von starken gefühlsmäßigen Bindungen im gesamten Lebenslauf – eben auch für die virtuellen Beziehungen im Internet, in den PC-Games, Chats und Surfdomänen. Die Mehrpersonen-Online-Rollenspiele erlauben recht sicheres Explorationsstreben, die Abfuhr aggressiver Regungen, ohne einen realen Gegenangriff fürchten zu müssen, und das Empfinden von Sicherheit und Geborgenheit in einer Gruppe. In den Chats gelingt eine Beziehungsregulierung und Selbstdarstellung, die unter Ausblendung oder Verzerrung der Realität negative, verunsichernde Rückmeldungen weitgehend minimiert und positiv stärkendes Feedback erleben lässt. Das ausufernde Surfen vermag die trügerische Gewissheit einer eigenen kleinen Welt verschaffen, die beherrschbar erscheint, die neue Entdeckungen bereithält und in der Erfolg greifbar nahe ist – im subjektiven Erleben.

Nach Bowlby (1969) stellt das Bindungssystem ein primäres, genetisch verankertes motivationales System dar, das zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling nach der Geburt aktiviert wird und das überlebenssichernde Funktion hat. Von besonderer Bedeutung ist die Empathiefähigkeit der Bezugsperson, d.h. ob diese in der Lage ist, die Signale des Kindes richtig zu interpretieren. Der Säugling entwickelt nämlich zu den Personen eine sichere Bindung, die durch ihr Pflegeverhalten seine Bedürfnisse feinfühlig befriedigen. Aus vielen Interaktionserfahrungen, in denen sich die primäre Bezugsperson und das Kind voneinander trennen und wieder zusammen kommen, bildet das Kind ein inneres Ar-

beitsmodell heraus. Ein solches Modell ist am Anfang noch flexibel, im Entwicklungsverlauf wird es aber zunehmend stabiler und zu einer psychischen Repräsentanz, der Bindungsrepräsentation, die weiter wirkt über die Kindheit hinaus bis ins Erwachsenenalter. Dem Bindungsbedürfnis steht das Explorationsbedürfnis des Kindes gegenüber, das von Bowlby als antagonistisches starkes motivationales System konzeptualisiert wurde: Das Bindungssystem und das Explorationssystem entspringen entgegengesetzten Motivationen, stehen aber zueinander in Abhängigkeit. Eine sichere Bindung ist Voraussetzung dafür, dass ein Kind seine Umwelt erforschen und sich dabei als selbstwirksam und aktiv-handelnd erfahren kann. Wichtig ist, dass die Mutter sich immer wieder als sichere Basis für die Rückversicherung des Kindes zur Verfügung stellt. Kehrt das Kind von seinen Erkundungen zurück, muss es sich bei der Bezugsperson emotional angenommen fühlen. Mahler et al. (1993) haben dies als „emotionales Auftanken“ bezeichnet. Diese für die menschliche Entwicklung grundlegende Dynamik zwischen Sicherheitsempfinden und Explorationsmut und -freude kann in vielfältiger Form in der PC-/Internet-Aktivität beobachtet werden. Offensichtlich zieht die im Gegensatz zur realen Welt weitaus größere Kontrollierbarkeit der virtuellen Welt Menschen mit Defiziten im Bindungs-Explorationssystem stark an.

In diesem Beitrag wird ein klinisches Interviewverfahren auf bindungsdynamischer Grundlage beschrieben, das nicht die Klassifizierung der Bindungsqualität (obwohl Rückschlüsse auf die Bindungsorganisation möglich sind) zum Ziel hat. Vielmehr kann die therapeutische Zielsetzung auf der Basis der Interviewergebnisse differenziert, die therapeutische Arbeitsbeziehung vertieft und emotional getragenes, in der Beziehungswelt der Patienten verankertes therapeutisches Material für den therapeutischen Prozess bereitgestellt werden. Diese Darstellung folgt der ausführlichen

Beschreibung des Verfahrens bei Schuhler & Vogelgesang (2012, S. 73-92).

1 Ziele, Technik und Interviewleitfaden

1.1 Interviewziele

Mit den Interviewergebnissen sollen die innere Repräsentation naher Beziehungen und deren Regulierung, die Dynamik des Selbst- und Affekterlebens sowie der besondere Stellenwert der PC-/Internet-Aktivität erschlossen werden. Auf diese Weise wird ein tiefgreifendes Verstehen der Bedingungen ermöglicht, die an der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Problems beteiligt waren und sind. Die Auswertung mündet in Einsichten für den therapeutischen

Zugang, die Ableitung von Therapiezielen, den therapeutischen Beziehungsaufbau, die Planung der einzelnen Therapieschritte, sowie das frühzeitige Erkennen von möglicherweise hartnäckigen Therapiehindernissen, wie beispielsweise gravierende Trennungsängste oder spezifische Defizite in der Selbstregulation. Der Ertrag des Interviews hängt jedoch wesentlich von einer adäquaten Interviewtechnik ab, die nachfolgend in klinischen Beispielen erläutert wird.

1.2 Interviewtechnik

Wir wenden eine narrative Interviewtechnik an, die es dem Patienten leicht macht, sich mit seinen Beziehungserfahrungen auf einer emotionalen Ebene auseinanderzusetzen. Die von

Kasten 1

Interviewleitfaden

A Entwicklung und Funktionalität des PC-/Internet-Gebrauchs sowie Reaktion des sozialen Umfelds

1. Bitte erzählen Sie mir über Ihren Umgang mit PC und Internet. Wie es anfang und wie es sich entwickelt hat.
2. Was hat Sie bei Ihrer bevorzugten PC-/Internet-Aktivität besonders angezogen? – Was haben Sie erlebt beim Spielen/Surfen/im Chat? – Können Sie mir etwas besonders Typisches erzählen?
3. In welche Stimmung oder Befindlichkeit gerieten Sie mit der PC-/Internet-Aktivität? Könnten Sie mir das genauer erzählen?
4. Können Sie sich an eine Situation erinnern, wie Ihre Familie/Ihr Partner/Ihre Partnerin auf Ihre PC-/Internet-Aktivität reagierte? Was ist da passiert?

B Beziehung zu den Eltern und Verbindung dieser frühen Beziehungserfahrungen zur PC-/Internet-Aktivität

1. Als Sie ein kleines Kind waren, wie war das Verhältnis zu Ihren Eltern? Erinnern Sie sich an eine bestimmte Situation, die das besonders gut ausdrückt? Erzählen Sie mir bitte davon.
2. Bitte nennen Sie 5 Eigenschaftswörter, die Ihre Beziehung zur Mutter in der Kindheit beschreiben (nach konkreten Erinnerungen zu dem jeweiligen Wort fragen).
3. Bitte nennen Sie 5 Eigenschaftswörter, die Ihre Beziehung zum Vater in der Kindheit beschreiben (nach konkreten Erinnerungen zu jedem Wort fragen).
4. Wenn Sie als Kind durcheinander oder beunruhigt waren, sich nicht wohlfühlten, unglücklich oder krank waren – an wen haben Sie sich gewandt? Konnte die PC-/Internet-Aktivität Sie trösten oder fühlten Sie sich damit besser? Haben Sie noch eine bestimmte Situation in Erinnerung?
5. Bitte versuchen Sie einmal Ihre Beziehung zu dem PC-Spiel, Chatten, Surfen zu beschreiben. Können Sie 5 Eigenschaftswörter benennen,

die diese Beziehung beschreiben (nach konkreten Erinnerungen zu dem jeweiligen Wort fragen)?

C Bindungsrelevante Situationen: Trennung, Zurückweisung, Ablehnung, Gewalterfahrung und PC-/Internet-Aktivität

1. Fühlten Sie sich als Kind jemals von den Eltern abgelehnt? Was war damals geschehen? Fühlten Sie sich in der PC-/Internet-Welt jemals abgelehnt? Was war da passiert?
2. Hatten Sie als Kind Angst oder machten Sie sich Sorgen als Kind? Können Sie sich an eine bestimmte Situation erinnern? Erlebten Sie Angst in der PC-Welt? Wenn ja, was erlebten Sie dort?
3. Haben Ihre Eltern Sie jemals bedroht, Sie geschlagen oder Ihnen auf andere Weise absichtlich wehgetan? Könnten Sie mir ggf. einen Vorfall erzählen? Haben Sie den Eindruck, dass Gewalt auch in der PC-Aktivität eine Rolle spielt? Können Sie mir da eine Situation schildern, die Ihnen noch lebhaft in Erinnerung ist?
4. Gab es etwas in Ihrer Kindheit, durch das Sie sich in Ihrer Entwicklung beeinträchtigt fühlen? Erzählen Sie mir davon.
5. Wann waren Sie zum ersten Mal von den Eltern getrennt? Was ist damals passiert? Gab es dann noch weitere Trennungen, vielleicht auch von Geschwistern? Bitte erzählen Sie mir davon. Gab es auch Trennungen in der PC-/Internet-Aktivität – wie erlebten Sie diese Trennungen? Erinnern Sie sich an eine bestimmte Situation?
6. Haben Sie einen Elternteil verloren in Kindheit oder Jugend? Sind Geschwister oder andere nahe stehende Menschen gestorben oder weggegangen? – Erinnern Sie sich noch daran? Wie war das für Sie?
7. Hatten Sie noch andere Verluste in der Kindheit (z.B. Tiere)? Wie haben Sie das erlebt? Gab es Verluste in der PC-Welt? Wie erlebten Sie diese? Was war da geschehen?

uns entwickelte Interviewtechnik lehnt sich an die Prinzipien der biographisch-narrativen Interviewführung (Rosenthal, 2005; Rosenthal et al., 2006) an und verzichtet entsprechend auf einen starren Leitfaden. Interviewthemen sind jedoch vorgegeben und in einem flexibel zu handhabenden Leitfaden zusammengefasst. Techniken des aktiven Zuhörens (Rogers, 1983; 1985) und des sokratischen Dialogs (Stavemann, 2002) ergänzen das Repertoire der Interviewführung. Die Patienten sollen angeregt werden, die eigene Problemsicht zu entwickeln. Dabei sollte aber nicht das jeweilige Interviewthema außer Acht gelassen werden. Die nachfolgende Anleitung für die Interviewführung fasst diese Grundsätze zusammen, dem geht der Interviewleitfaden voraus.

1.3 Interviewleitfaden

Der nachfolgende Leitfaden ist entstanden in Anlehnung an das Adult-Attachment-Interview (AAI – George et al., 1996; Gloger-Tippelt, 2000), weicht jedoch in Zielsetzung und Durchführung von diesem ab. Im Unterschied zum AAI, das die Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen und Jugendlichen untersucht, hat das hier vorgestellte klinische Interview zum Ziel, die Kompensationsstrategie „pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ für Defizite in der inneren und sozial-interaktiven Steuerungsfähigkeit und Bindungsqualität zu erhellen.

1.4 Interviewleitfaden – Klinisches Interview

Im Interviewleitfaden sind geeignete erzählstoßende Fragen aufgeführt (s. Kasten 1).

2 Interviewführung

Das klinische Interview sollte nicht direkt bei Therapiebeginn geführt werden, sondern erst, nachdem der Patient oder die Patientin Vertrauen gefasst und sich eine therapeutische Arbeitsbeziehung entwickelt hat.

2.1 Einführung

Die Intervieweinleitung kann wie folgt formuliert werden: „Ich möchte Sie bitten, mir über die Familie zu erzählen, in der Sie aufwuchsen, und über wichtige Ereignisse im Lauf Ihres Lebens. Dabei sind oft aufschlussreiche Parallelen

zum Spielen/Chatten/Surfen zu entdecken und wir sollten das in Ruhe zusammen erkunden. Ich habe dazu einige Fragen vorbereitet – bitte beantworten Sie die Fragen so, wie Ihnen das jetzt gerade einfällt. Richtige oder falsche Antworten gibt es nicht. Was alleine zählt, ist Ihre Sichtweise der Dinge. Ich mache mir Notizen für Nachfragen – wenn ich etwas nicht verstehe – die können wir dann besprechen. Ich möchte Sie um Ihr Einverständnis bitten, das Gespräch mit einem Audio-Aufnahmegerät aufzuzeichnen. Es dient nur mir zur Auswertung für die Therapieplanung, die Aufnahme ist anonym und wird nach Therapieende gelöscht. Das Interview kann ein bis zwei Stunden dauern. Wenn wir nicht ganz fertig werden, können wir in einem zweiten Gespräch weitermachen. Es besteht also kein Zeitdruck.“ Hierbei handelt es sich um eine Aufforderung zum offenen Erzählen, das enge Themenfestlegungen und die Erwartung einseitig definierter Interaktionsmuster vermeidet (Fragen des Therapeuten – Antworten des Patienten, so wie es etwa in einer Anamneseerhebung erfolgt).

2.2 Interviewmaterial

Das Interview wird am besten an einem Tisch geführt und eingeleitet mit der Bitte, bereitgelegte kleine Familienfiguren, die ähnlich gestaltet sind wie Playmobil-Figuren (Aufstellungsfiguren, Auer, o.J.) so hinzustellen, dass die Familiendynamik der frühen Jahre und die eigene Person als Kind dadurch gekennzeichnet werden.

2.3 Prinzipien der Interviewtechnik

Den Patienten soll soviel Strukturierungsfreiraum wie möglich gelassen werden, ohne jedoch die Interviewziele aus dem Auge zu verlieren. Dazu ist es notwendig, die Interviewthemen präsent zu haben (wenn auch durchaus der Leitfaden vorliegen darf zur eigenen Orientierung).

2.4 Fragetechnik

Die Aspekte, die in den Äußerungen des Patienten themenrelevant (s. Interview-Leitfaden, Kasten 1) sind, werden aufgegriffen und nachgefragt. Hilfreich sind Notizen, die eigene Nachfragen festhalten, um den Erzählfluss möglichst wenig zu unterbrechen. Als Leitlinie gilt, die bindungsrelevanten Inhalte, sowie die innere und sozial-interaktive Dynamik in der

Kasten 2

„Erzählstoßende
Formulierungen“

Folgende Frageformulierungen unterstützen die Selbstöffnungsbereitschaft:

- „Können Sie mir über die Zeit Ihrer Kindheit, über ... noch etwas mehr erzählen? Könnten Sie mir über das, was Sie damals erlebt haben, noch etwas mehr erzählen?“
- „Sie erwähnten Ihre Internatszeit, die ... Können Sie mir bitte von Ihrer ersten Zeit dort erzählen, wie es Ihnen dort erging, wie es am Schluss war und wie Sie heute daran zurückdenken?“
- „Sie erwähnten vorhin, dass Sie Ihre Freundin mit Ihrem Freund in flagranti ertappt haben. Wie kam es dazu?“
- „Können Sie sich noch an eine Situation erinnern, in der Sie in die PC-Welt geflohen sind?“
- „Können Sie sich noch an eine Situation erinnern, in der Sie sich vorgestellt haben, wie das wäre, ohne PC-Spiele zu leben?“

Kasten 3 >>

Beispiele für gelungenes
aktives Zuhören

(1) Patient: „Wirklich, in meinem ganzen Leben hat mir noch nie ein Mensch was zugetraut. Das war schon immer so. Nur im PC – da war ich jemand. Da wird man doch verrückt.“

Aktives Zuhören: „In der Realität da hat man Ihnen nie was zugetraut. Das macht Sie traurig.“ Oder: „In der virtuellen Welt, da wurden Sie anerkannt. Das macht Sie stolz.“ Oder: „Dieses Wechselbad zwischen Wirklichkeit und virtueller Welt. Das halten Sie fast nicht mehr aus.“

(2) Patient: „Es gibt sehr viele, die mich nicht mögen, einfach so. Dabei kennen sie mich kaum. Ich kann mir das einfach nicht erklären.“

Aktives Zuhören: „Warum Sie so abgelehnt werden, darüber grübeln Sie oft.“

(3) Patient: „Ich weiß wirklich nicht, was ich machen soll. Ich weiß nicht, ob ich zu meiner Frau zurückkehren soll, mir geht einfach alles auf den Wecker. Das regt mich auf zu Hause.“

Aktives Zuhören: „Bei dem Gedanken, zu ihr zurückzukehren, werden Sie richtig wütend.“

realen Welt einerseits und im virtuellen Raum der PC-/Internet-Aktivität andererseits zu erkunden (Kasten 2).

Unterstützendes Frageverhalten durch **aktives Zuhören** (Rogers, 1985) regt die Auseinandersetzungsbereitschaft mit dem Erleben auf einer emotionalen Ebene an (Kasten 3).

Techniken des sokratischen Dialogs (Stavemann, 2002) können bestimmte Aussagen oder Meinungen klarifizieren (Kasten 4). Dies ist immer dann indiziert, wenn es im Interview um Begriffs- und Erklärungen geht,

wie beispielsweise die Erhellung dessen, was der Patient oder die Patientin unter einer „guten Mutter“ versteht. Es geht aber dabei nicht nur um Präzisierung einer Meinung und Begriffsklärung. Darüber hinaus eröffnet die sokratische Dialogführung das selbstständige Finden von „Denkfehlern“. Bewusstseinsinhalte, die zuvor nur getrennt zur Verfügung standen und nicht verbunden wurden, können durch das geschickte Fragen einer Integration nähergebracht werden (Kasten 5).

Kasten 4

„Sokratischer Dialog
als Interviewtechnik“

Anforderungen an die Therapeutin:

- In der Lage sein, die „Wahrheit“ des Patienten zu akzeptieren, d.h. der Versuchung widerstehen, etwas geradezurücken, zu relativieren, zurückzuweisen, moralisch zu bewerten.
- In der Lage sein, scheinbar naive Fragen zu stellen.
- Beim Thema des Patienten bleiben.
- Abstrakte Themen ohne Erzählbezug, den der Patient hergestellt hat, vermeiden.

- Emotionales Nachvollziehen der Patientenäußerungen.
- Keine Belehrungen.
- Geduld zeigen.
- Nicht bedrängen.
- Nicht den Anschein eines allwissenden Experten geben.
- Nicht bewerten.
- Äußerungen des Patienten wiederholen, präzisieren, nach Bestätigung fragen.

Kasten 5

„Explikation von Begriffen
im sokratischen Dialog“

(1) Pat.: „Eine gute Mutter ist immer für ihre Kinder da.“

Konkretisierung:

Th.: „Was wäre dafür ein konkretes Beispiel aus dem Alltag?“

Pat.: „Wenn ein Kind Angst hat, sollte die Mutter da sein.“

Th.: „Immer, wenn ein Kind Angst hat und die Mutter ist da, ist das eine gute Mutter?“

Pat.: „Nein, das reicht nicht, das kann ja einfach rein zufällig nur zur selben Zeit sein. Sie muss auch das richtig machen, also richtig trösten und beschützen.“

(2) Pat.: „Eine gute Mutter erkennt man an den Kindern. Wenn die gut geraten sind, dann war das eine gute Mutter. Also war meine garantiert eine schlechte Mutter.“

Hinterfragen:

Th.: „Woran erkennen Sie, dass Sie nicht gut geraten sind?“

Pat.: „Ich habe einen Sack voller Probleme – ich bin ein Loser, ich weiß nicht, wie es weitergehen soll.“

Th.: „Sie selbst sehen nichts Positives?“

Pat.: „Nein, nichts.“

Th.: „Und deshalb war Ihre Mutter keine gute Mutter?“

Pat.: „Also, ich meine, sie hat daran indirekt Schuld. Aber natürlich nicht nur.“

Th.: „Wie viel Prozent gehen auf das Konto Ihrer Mutter?“

Pat.: „Na, so 60 Prozent.“

Th.: „Könnten Sie mir eine Episode erzählen, die den 60-Prozent-Anteil, den Ihre Mutter hat, veranschaulicht?“

3 Interviewauswertung, Ergebnisse und Schlussfolgerungen für den therapeutischen Zugang

3.1 Vorbereitung

Es wird empfohlen, das Interview mit einem Audio-Aufnahmegerät aufzunehmen. Eine Transkription kann in wichtigen Teilpassagen erfolgen, ist aber nicht Voraussetzung für die Auswertung des Interviews. Dazu wird zunächst das Interviewmaterial in Sinneinheiten eingeteilt, die anschließend analysiert werden. Unter Sinneinheiten werden Interviewpassagen verstanden, die einen thematischen Zusammenhang haben und sich den Interviewparametern zuordnen lassen. Dabei werden in den Schilderungen oft Überlappungen der klinischen Parameter deutlich in dem Sinn, dass beispielsweise sowohl Selbst- als auch bindungsdynamische Aspekte in einem inhaltlichen Zusammenhang angesprochen werden, was immanenten Interdependenzen entspricht. Der jeweilige inhaltliche Schwerpunkt soll dann in der Interviewauswertung festgehalten werden. Dabei wird in folgenden Schritten vorgegangen:

- Einteilung in Sinneinheiten – dabei können Interviewpassagen an verschiedenen Stellen des Interviews zusammengeführt werden.
- Überprüfen, welche Inhalte (s. Klinische Interviewparameter im nächsten Abschnitt) thematisiert werden.
- Die Definition der klinischen Parameter mit dem Ausschnitt vergleichen.
- Festhalten, welche Ausprägung der klinischen Parameter zutrifft.
- Ableiten von Einsichten für den therapeutischen Zugang
- Nutzbarmachen dieser Einsichten für die Vorbereitung und Durchführung therapeutischer Interventionen

3.2 Klinische Inhalte

Diese werden als klinische Interviewparameter untersucht, die mit den postulierten zentralen diagnostischen Kriterien übereinstimmen (s. Schuhler, in diesem Heft). Darüber hinaus kann das Interview Hinweise geben auf die Bindungsorganisation und das Mentalisierungsniveau.

Im Einzelnen werden folgende Parameter unterschieden:

- **Dysfunktionale Problemlösung**
- **Selbsterleben**
- **Affekterleben**

- **Erleben sozialer Interaktionsfähigkeit**
- **Motivationserleben**

3.3 Sondierungsfragen für die Interviewauswertung

Im Folgenden werden die klinischen Parameter beschrieben und mit Sondierungsfragen verknüpft, die bei der Auswertung des Interviewmaterials herangezogen werden sollten. Es empfiehlt sich das Interviewmaterial unter Zuhilfenahme der (kursiv gesetzten) Sondierungsfragen zu untersuchen, die nicht im Interview gestellt werden. Sie dienen als Auswertungsraster, das das komplexe Material strukturieren und so die Auswertung erleichtern kann.

3.4 Dysfunktionale Problemlösung

Der innere Verarbeitungsmodus belastender Situationen entscheidet wesentlich über den empfundenen Leidensdruck und die kognitive wie behaviorale Flexibilität. Jede, auch noch so problematische innere Bewältigungsstrategie hat zwar eine kompensatorische Funktion, dennoch ist es aber richtig, die Qualität der inneren Bewältigungsstrategien zu erfassen, weil diese auch destruktiv im Erleben und Verhalten wirken können.

3.4.1 Auswertungsaspekte

Ist kompensatorisches Erleben im virtuellen Kontext (Ersatzerleben, stellvertretendes Erleben, Suche nach einem Selbstideal) in der PC-/Internet-Aktivität erkennbar?

Ist eine Umkehrung des aktiven in den passiven Modus festzustellen, häufig als „aktiv in der virtuellen Welt – passiv in der Realität“?

3.5 Selbsterleben

Prinzipiell kann das Selbst differenziert reflektiert werden oder es kann sich eher Unvertrautheit mit dem Selbst zeigen. Eng damit verknüpft ist die Fähigkeit, den eigenen Selbstwert zu regulieren. Positive (in der Regel grob idealisierte) Selbstanteile werden in der PC-/Internet-Aktivität untergebracht, während das Selbst in der realen Welt als wertlos, schwach und verächtlich skizziert wird. Zur gelingenden Selbststeuerung gehört auch das Selbstwirksamkeitserleben, d.h. die Zuversicht, eigene Ziele aus eigener Kraft erreichen zu können: Ist Kontrollerleben nur noch in der PC-Internet-Aktivität möglich?

Dominieren dagegen in der Realität Ohnmacht, Kraftlosigkeit und Schwäche? Freiheitsempfinden und Entscheidungskraft im virtuellen Raum stehen oft den Kleinheitsgefühlen in der wirklichen Welt gegenüber. Virtuell gelingen dagegen verführerische Größenphantasien.

3.5.1 Auswertungsaspekte

Ist eine Fähigkeit zur Selbstreflexion erkennbar? Gelingt diese im virtuellen Kontext besser als auf die reale Welt bezogen?

Wird die virtuelle Identität idealisiert, während das Ich in der realen Welt hauptsächlich negativ und schwach beschrieben wird?

Ist die PC-/Internet-Aktivität zur Projektionsfläche der eigenen Sehnsüchte und Ideale geworden?

Kann eigenes Verhalten in Zusammenhang gebracht werden mit inneren Prozessen? Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen virtuellem und realem Kontext?

Gibt es Hinweise darauf, dass begriffen wird, auf welche Weise sich eigene Motive, Gefühle, Ziele und eigene Bewertungen anderer vollziehen? Gelingt das im virtuellen Kontext besser als in der realen Welt?

Ist das Selbsterleben kohärent? Wenn nicht: Wo sind Brüche erkennbar? Fällt Selbsterleben in der Realität und im virtuellen Kontext auseinander? Kann dies wahrgenommen und verstanden werden?

3.6 Affekterleben

Ebenso wie der eigene Blick auf das Selbst mehr oder weniger klar gelingt, können eigene Gefühle nur eingeschränkt wahrgenommen und reguliert werden. In der PC-/Internet-Aktivität dominieren oft als positiv getönte Affekte Neugier und stolze Freude über gelungene Herausforderungen, was in der realen Welt kaum mehr erreichbar erscheint.

3.6.1 Auswertungsaspekte

Wie werden eigene Gefühle geschildert? Passen diese zu den Erzählinhalten? Gibt es Unterschiede zwischen den Gefühlsschilderungen, die sich auf reale Kontexte beziehen, und solchen, die sich auf die PC-/Internet-Aktivität beziehen?

Werden in der realen Welt Gefühle unterdrückt, können aber im virtuellen Kontext ausgedrückt werden?

Wie werden negative Gefühle wie Schmerzerleben, Kränkungsgefühle, Trauergefühle oder Wut- und Hassgefühle thematisiert? Scheinen diese im realen Raum keinen Platz zu haben, während sie in der PC-/Internet-Aktivität ausgestaltet werden können?

3.7 Soziale Interaktionsfähigkeit

Die Grenzen zwischen mir und den andern können als unterschiedlich sicher wahrgenommen werden. Die eigene Perspektive kann bereits nur unscharf erkannt und nicht klar von der anderer abgegrenzt werden. Die Perspektive des andern, seine Absichten, Gefühle und Motive können entschlüsselt werden oder es gelingt keine Empathieleistung. Häufig ist mit dem Misslingen einer Perspektivenübernahme eine einseitige Wahrnehmung des Gegenübers verbunden, typischerweise als entweder nur positiv oder nur negativ. Diese groben Zuschreibungen können rasch umschlagen in das jeweilige Gegenteil. Das Vermögen, soziale Perspektiven zu verstehen und selbstreflexiv zu koordinieren, ist etwas anderes als das emotionale Einfühlen in andere, hängt aber dennoch grundlegend davon ab: Dies ist besonders schwierig, wenn die eigene Person in der Weise involviert ist, dass Kränkungen, Zurückweisungen oder Angriffe erlebt werden. Die PC-/Internet-Aktivität hat oft reparative Funktion für die misslingende Perspektivenkoordination und die dadurch mitverursachten sozial-interaktiven Probleme in der Realität. Stellvertretend werden an einem nicht-realen Schauplatz Konflikte und Krisen gelöst, sonst angstbesetzte Gefühle gezeigt, wird nur der virtuelle andere verstanden und nur mit ihm gemeinsam gehandelt. Die innere Repräsentanz der Beziehung zum andern kann so beschaffen sein, dass diese in der Schilderung abreißt und nur verwirrt dargestellt werden kann. Unverständlichkeit und Unberechenbarkeit dominieren die Sicht auf die beteiligten Perspektiven, v.a. in den nahen Beziehungen, in denen sich Entwicklungsdefizite vornehmlich abbilden.

3.7.1 Auswertungsaspekte

Ist die Fähigkeit zur sozial-interaktiven Perspektivenübernahme gegeben, d.h. kann vom eigenen Standpunkt auch abgesehen werden? Gelingt es, sich in den anderen hineinzuversetzen? Gelingt sogar Perspektivenkoordination? Werden kreative Lösungen skizziert, die sich auf flexible Weise auf eine Verbesserung der Situation richten und die den nahen anderen mit einbeziehen?

Dominieren Verwirrung und Abbrüche in der Schilderung von Kommunikationsepisoden in der realen Welt, während kommunikative Zusammenhänge in den Erzählungen aus der PC-/Internet-Aktivität recht gut dargestellt werden können?

Sind Unterschiede in der Nähe-Distanz-Regulierung im virtuellen vs. realen Kontext erkennbar?

3.8 Motivation

Im pathologischen Fall wird die virtuelle Welt als der Ort erlebt, der anregende, komplexe, schwierige, aber reizvolle und potenziell lösbare Aufgaben bereithält, während die Anforderungen der realen Welt als langweilig, zu schwierig, nicht zu bewältigen oder sogar bedrohlich erlebt werden. Die positiv besetzte Hinwendung zum realen Leben kann weitgehend erloschen sein, während die virtuelle Aktivität hohe Attraktivität besitzt. Dort werden der eigenen Person hohe Potenziale zugeschrieben, womit auch die Schnittstelle zum Selbsterleben deutlich wird.

3.8.1 Auswertungsaspekte

Können die eigenen Motive klar erkannt werden? Dominieren Motivationshemmungen oder Blockaden in der realen Welt und zeigt sich in der PC-/Internet-Aktivität ein gegenteiliges Bild?

Sind motivationale Prozesse eher vom Wünschen als vom Wollen bestimmt, d.h. sind diese eher vage und unbestimmt, ohne dass eine darauf gerichtete Handlungsplanung erkennbar ist oder gelingt ein spezifisch-differenzierender Handlungsentwurf, der folgerichtige, realitätsangepasste Einsichten für das eigene Handeln enthält? Sind diesbezüglich Unterschiede in der virtuellen vs. der realen Welt erkennbar?

3.9 Hinweise auf das Mentalisierungsniveau

Können innere Prozesse in den Blick genommen werden? Ist es möglich, eine Innenperspektive einzunehmen und Gefühle, Gedanken, Ziele, Werthaltungen einzubeziehen in den Versuch, die Wirklichkeit im äußeren Raum, der von der eigenen Person getrennt ist, zu verstehen? Lässt ein solches Niveau die von der eigenen abweichende, fremde Perspektive akzeptieren, ohne dass der eigene Standpunkt aufgegeben werden muss? Das erlaubt dann auch, dem Gegenüber Irrtümer und Fehler zuzugestehen. Dem steht die eingeschränkte Fähigkeit gegenüber, auf die Absichten eines andern – unabhängig von der erlebten Wirkung auf die eigene Person – zu schließen. Eine solche Mentalisierungsstörung, die natürlich abträglich Selbststeuerung, innere Bewältigungsstrategien und Perspektivenübernahmefähigkeit beeinflusst, lässt sich an verschiedenen Manifestationen im Erleben und Verhalten erkennen.

3.9.1 Auswertungsaspekte

Gelingt eine selbstkritische Perspektive? Kann der Standpunkt eines andern gewürdigt werden? Bleibt der andere innerlich repräsentiert, auch wenn er oder sie nicht konkret präsent ist?

Gelingt eine klare Abgrenzung zwischen der eigenen und der fremden Perspektive, zwischen Phantasie und Realität? Ist die Projektionsbereitschaft hoch, weil diese Unterscheidung zwischen Phantasie und Realität nicht angemessen gelingt?

Können die eigenen Probleme in einem selbst-reflektorischen Prozess im inneren verbal-symbolischen Raum abgewogen werden oder dominiert das Ausleben der Probleme im virtuellen Raum?

Ist eine bewegliche und realitätsangepasste mentale Organisation erkennbar?

Sind ruheloses Nachdenken oder Grübeln erkennbar?

Gibt es Anzeichen von als-ob-Nachdenken, das stereotyp und oberflächlich erscheint?

Wird die faktische Umwelt in der Erzählung verändert erlebt, als „unlebendig, tot, unbelebt“, während in der virtuellen Welt belebte und reizvolle Umweltcharakteristika erkannt werden?

Das Interview sollte enden mit einem Würdigen des Gesprächs, der Offenheit und des Vertrauens, das entgegengebracht wurde. Es sollte erklärt werden, dass die Interviewergebnisse dazu dienen, die Therapie zu planen und zu gestalten. Am Ende des Interviews könnte etwa folgendermaßen formuliert werden: „Vielen Dank für Ihre Offenheit, das war bestimmt nicht immer leicht, der Vergangenheit noch einmal zu begegnen. Es bringt aber den Ertrag, dass der Blickwinkel auf das Problem weiter wird. Ihre Therapie kann davon profitieren.“

Die folgenden Abschnitte geben anhand eines Fallbeispiels Einblick darin, wie das Interview für den therapeutischen Prozess nutzbar gemacht werden kann. Dabei dominiert in der Auswertung und den Einsichten für das therapeutische Vorgehen die Sicht auf die Pathologie.

4 Einsichten für den therapeutischen Zugang

Fallbeispiel – Mehrpersonen-Online-Rollenspiel: 32-jähriger Patient

Bei dem Patienten handelt es sich um einen kaufmännischen Angestellten, der seit 3 Jahren „Word of Warcraft“ gespielt hat, im letzten halben Jahr jeden Tag 6-8 Stunden. Die Partnerin des Patienten hat ihn verlassen, den Arbeitsplatz hat er verloren. Leere und Isolation bestimmten im letzten halben Jahr sein Leben,

was jedoch kaum mit Leidensdruck verbunden war, da er immer wieder kompensatorischen Ausgleich im Spiel fand. Seine Familie drängte ihn zur Behandlung. Dem Patienten wurden das Interview und seine Zielsetzung angekündigt und er erklärte sich damit einverstanden.

Zum Interview erscheint er ungewöhnlich formal-korrekt gekleidet mit Jackett und Krawatte; bisher ist er in legerer Freizeitkleidung gekommen. Er legt demonstrativ ein imposant aussehendes Etui auf den Tisch. Es könnte Autoschlüssel enthalten oder auch ein Schreibset. Die Therapeutin hat den Eindruck, dass er heute seine professionelle, erwachsene Seite präsentieren will, den erfolgreichen und kundigen Geschäftsmann, der sich darauf vorbereitet, seiner Vergangenheit zu begegnen. Er rückt an seiner Brille, räuspert sich und faltet die Hände ineinander. Im Kontakt ist er gut erreichbar, versteht die Fragen mühelos und antwortet spontan und konzentriert. Trotz aller freundlichen Zugewandtheit zeigt sich aber ein Mangel an affektivem Mitschwingen, vor allem, wenn sich der Patient schmerzlichen Erfahrungen zuwendet. Freude und Begeisterung sind jedoch spürbar, wenn er sich mit der PC-Aktivität beschäftigt: Gestik und Mimik werden lebhafter. Der Patient ist dann im Kontakt präsenter, wie es die Therapeutin erlebt. Bis zum Ende des Interviews etabliert sich jedoch keine emotional dichte Atmosphäre. Die Therapeutin fühlt sich immer auf Distanz gehalten, bleibt selbst emotional neutral – auch bei schmerzlichen oder traurigen Erzählungen. Die oft naheliegende Bedürftigkeit des Patienten nach Schutz, Anteilnahme, Zuwendung wird ihr nicht recht zugänglich, wenn überhaupt, stellt sich diese Bedürftigkeit auf einer betont sachlichen, gefühlsarmen Ebene dar.

Die Therapeutin erklärt zu Beginn des Interviews die Figuren, mit denen seine innere Repräsentation der Herkunftsfamilie skizziert werden soll. Der Patient rückt die Figuren hin und her, bis er eine Anordnung gefunden hat, die ihm zusagt. Seinen Bruder und sich stellt er zusammen, recht weit weg von Mutter und Vater, die ihrerseits auch auseinander stehen. Die Vaterfigur dreht er um, von der Familiengruppe weg, mit dem Gesicht nach unten: „Der hat sich überhaupt nichts aus der Familie gemacht.“

Aus der biographischen Entwicklung:

Der Patient hat als 6-Jähriger mit seiner deutschstämmigen Familie sein Geburtsland verlassen und ist nach Deutschland gezogen. Er glaubt inzwischen, ganz mit dem Land abgeschlossen zu haben, in dem er geboren wurde. Der Wechsel nach Deutschland – damals

in seiner Kindheit – wird jedoch als besonders schwer geschildert, weil er lange Heimweh gehabt habe. Er habe in seinem Geburtsland kaum Hänseleien und Abwertungen wegen seiner deutschen Herkunft erfahren. Es scheint jedoch, als ob im inneren Erleben der frühen Jahre dennoch Feindseligkeit und Kälte dominieren. Kristallisationspunkt ist dabei sein Verhältnis zu den Eltern: Hart geht er mit ihnen ins Gericht. Er schildert beide als beziehungsunfähig, aggressiv und abgewandt. „Die hätten nie zusammenkommen dürfen.“ Er erinnert sich an ein Waldstück, in dem er immer gespielt habe: „Nachdem wir weg waren, ist das zuge wachsen. Da war dann nur noch tote Hose.“ Dies kann als eine Metapher seiner Sicht auf die eigene Entwicklung verstanden werden, die offenbar doch nachdrücklich durch die Migration belastet wurde. Die Beziehungswelt in der Familie wird als kalt und leer beschrieben. Niemand habe sich so richtig um ihn gekümmert. Die Schilderung der Großeltern bleibt blass, nur kurz wird erwähnt, dass beide Großväter „bei der Wehrmacht waren“. In Deutschland sei er gut aufgenommen worden. Nur zu Hause habe sich nichts geändert. Wenn er krank gewesen sei, habe man höchstens einen Arzt gerufen, sich aber nicht besonders um ihn gekümmert. Wenn er unglücklich gewesen sei, habe er das nicht gezeigt. Da hätte sich nämlich ohnehin nichts getan. Deshalb habe er auch soviel draußen gespielt, da sei er wenigstens von zu Hause weggekommen. Mit 4 Jahren sei er für eine Woche ins Krankenhaus gekommen. Dort sei es schlimm gewesen, die Eltern hätten ihn nur zweimal besuchen dürfen. „Wie es mir ging, das war ihnen nicht bewusst.“ – „Und die Krankenschwester hatte einen Damenbart, nein, schön war es nicht.“

Die nachfolgenden Ausschnitte wurden dem klinischen Interview entnommen, geführt auf der Grundlage des Interviewleitfadens, der im vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurde. Diese werden den klinischen Parametern zugeordnet und in folgender Weise kommentiert: Welche Problemzusammenhänge sind in der Exploration erkennbar? Und: Welche Einsichten für den therapeutischen Zugang können gezogen werden?

Erster Interviewausschnitt

Interviewerin: „Können Sie sich noch an etwas erinnern im Spiel, das Sie besonders angezogen hat? Können Sie mir das genauer erzählen?“

Patient: „Das Spiel wurde immer mehr zu meinem eigentlichen Daseinszweck. Die tiefe Komplexität des Spiels hat mich angezogen. Ich hab mich

dadurch herausgefordert gefühlt in meinem Können. Es war herrlich.“

I.: „Da war etwas ganz Bestimmtes wunderbar für Sie?“

Patient: *„Ich hab versucht, die Aufgaben zu lösen und die Figur zu gestalten, das hat mir Spaß gemacht. Ich war als Heiler unterwegs. Mensch, ich hab den Arsch der Gruppe gerettet, oft und oft ... außerdem konnte ich als IT-Experte die Oberfläche gestalten, die Web-Usability war mir zugänglich. Ich konnte mir mein eigenes Interface zusammenbauen. Das ist ein sagenhaftes Gefühl. Ich konnte dann gut vorhersagen, was passiert.“*

Klinischer Parameter „Selbsterleben“

Problemexploration

Die eigene Person wird als Retter der Gruppe im Spiel konturiert und begeistert „gefeiert“. Es gelingt nur eine grob idealisierende Selbstdarstellung, die auch abgeschwächt in der realen Welt nicht möglich ist. Das Spiel wird idealisiert, ihm wird eine „tiefe Komplexität“ zugeschrieben und der grandiose Moment im Spiel („es war herrlich“) ist für ihn noch präsent. Ein Erleben, das in der realen Beziehungswelt nicht möglich ist, auch nicht in Ansätzen. Der Patient erlebt eine Art Schaffensrausch im Spiel, das er im – engen – Rahmen, der den Usern zur Verfügung steht, nach seinen Wünschen gestaltet. Diese kreative Begeisterung hat ihren Ursprung darin, dass das eigene Schaffen mit einem Mehr an Kontrolle verbunden erlebt wird, die in der realen Beziehungswelt nicht erlebt wird.

Therapeutische Einsichten

Folgende therapeutische Zielsetzungen sind ableitbar: Eigene Gefühle sollen in der realen Beziehungswelt deutlicher wahrgenommen, angemessener reguliert und ausgedrückt werden können. Dies gilt sowohl für Gefühle in Freundschaften und Liebesbeziehungen als auch für Interaktionen in der Arbeitswelt. Erfolge, die der eigenen Anstrengung in der Realität zugeschrieben werden können, sollen internal attribuiert werden können. Außerdem soll das Erleben von Selbstwirksamkeit gestärkt werden, sowohl im Zusammenleben mit Familie, Freunden, Partnerin als auch im beruflichen Zusammenhang. Die Zuversicht, selbst gesteckte Ziele auch aus eigener Kraft in der Realität erreichen zu können, soll wachsen.

In der therapeutischen Haltung dürfte zuverlässige Präsenz wichtig sein, die aber keine streng-kontrollierende Qualität annehmen sollte, wiewohl zu vermuten ist, dass der Patient in seiner Beziehungsgestaltung dazu einladen

wird. Ressourcenaktivierende Strategien in der Realität sollten zum therapeutischen Schwerpunkt werden. Es ist zu erwarten, dass die resignativ-passive Haltung in der Wirklichkeit dadurch zurückgedrängt werden kann.

Zweiter Interviewausschnitt

I.: „Bitte versuchen Sie einmal Ihre Beziehung zu dem PC-Spiel zu schildern. Können Sie fünf Eigenschaftswörter benennen, die diese Beziehung beschreiben? Was fällt Ihnen da ein?“

Patient: *„Also, vor allem Geborgenheit.“*

I.: „Sie schätzten vor allem, dass Sie sich geborgen fühlten?“

Patient: *„Ja, genau. Weil es war ja ein Gruppenspiel, allein schafft man das nicht. Wenn man in Gilden unterwegs ist, mit denen man ja als einziges weiter kommt, dann braucht man viel Zeit und die muss man sich nehmen. Getroffen habe ich die nie, schließlich hatte ich 300 bis 400 Mitspieler, aber wir waren ein Team. Das ist einerseits vielleicht schade, aber andererseits fand ich das gerade so toll. Das Gute ist doch, dass sie einem nicht so nahe rücken können. Man hat immer die Kontrolle. Allerdings habe ich dann in der Familie immer weniger gemacht. Ich hab gelogen, um spielen zu können, ich hab die Kontakte weitgehend eingeschränkt, na ja, das war vielleicht nicht so gut. Im Spiel gefällt mir gerade das Kooperative, denn dort kann ich mich darauf verlassen, dass die andern das auch gut machen, was sie zu tun haben. Das erlebe ich deutlich anders als im wirklichen Leben. Deshalb kann ich auch auf der Arbeit nicht delegieren und habe kein Vertrauen zu anderen. Da bin ich mir nie sicher, welche Leistung die anderen bringen. Das einzige, was mir in letzter Zeit Freude gemacht hat, war das Spielen gewesen. Ich habe aber immer zwischen Phantasie und Realität unterscheiden können. Ich wollte doch im Spiel der echten Welt entfliehen. Wenn mir das verschwimmt, das wäre ja blöd. Da hätte ich ja gar keinen Anreiz. Dann wäre es doch egal, wo ich bin. Nein, nein – das war etwas deutlich anderes. Das war mein Ding, dort war ich wie ein Fisch im Wasser. Dass ich dann Depressionen entwickelt habe, na ja, das habe ich in Kauf genommen. Ich konnte ja immer wieder zurück in die WoW-Welt.“*

Klinischer Parameter „Bindungsdynamik“

Problemexploration

Die Funktionalität des PC-Internet-Gebrauchs wird beschrieben als das Erleben von Zusammengehörigkeit und Sicherheit, neben der bergenden und tröstenden Qualität, die das Spiel angenommen hat. In der Auseinandersetzung mit diesem Aspekt gelingt eine ihm sonst

nicht zur Verfügung stehende affektive Reaktion. Besonders attraktiv scheint im Spiel das Gefühl von Kontrolle im Zusammensein mit anderen zu sein. Die nahen Beziehungen in der realen Welt bleiben demgegenüber blass, die Wertschätzung der anderen und der Ertrag des Kontakts zu ändern („mit den Gilden kommt man als einziges weiter“) werden nur im Spiel anerkannt. Es gelingt keine angemessene Interpretation sozialer Interaktion, in diesem Fall des eigenen Lügens: Das Streben nach Geborgenheit in einer Spielgemeinschaft, deren Nähe vom Patienten kontrollierbar erlebt wird, steht im auffallenden Kontrast zu der erkennbaren Empathieschwäche („immer weniger mit der Familie machen ... lügen ... das war vielleicht nicht so gut“) im realen Leben.

Therapeutische Einsichten

Folgende Ziele dürften im therapeutischen Prozess wichtig werden: Der Patient sollte den besonderen Wert menschlicher Beziehungen schätzen und die eigene Beziehungsbedürftigkeit akzeptieren lernen. Dazu gehört auch, dass Verantwortung übernommen wird für die Qualität naher Beziehungen. Nähe in realen sozialen Kontakten wird vermutlich Ängste auslösen. Die Therapeutin sollte sich darauf vorbereiten, in diesen Phasen als „sichere Basis“ im Kontakt in besonderer Weise zur Verfügung zu stehen. Förderlich dürften auch imaginative Techniken sein, die es dem Patienten ermöglichen, mit seinen inneren Ressourcen in Kontakt zu kommen und auf diese Weise narzisstische Zufuhr zu erfahren.

Dritter Interviewausschnitt

I: „Als Sie ein kleines Kind waren, wie war das Verhältnis zu Ihren Eltern? Erinnern Sie sich an eine bestimmte Situation, die das besonders gut ausdrückt? Erzählen Sie mir bitte davon.“

Patient: „*Es gab oft Streit zu Hause, mein Vater war Alkoholiker und die Mutter körperlich behindert. Ich hab bis heute ein schwieriges Verhältnis zu ihr, es war nie liebevoll, noch nie gewesen. Nie haben meine Eltern mit mir gespielt, ich kann mich an kein einziges Mal erinnern.*“

I: „Wenn Sie sich das jetzt vor Augen führen, macht Sie das traurig?“

Patient: „*Ach, das ist vorbei, was nutzt es sich über die Vergangenheit Gedanken zu machen. Computer sind irgendwie verlässlicher. Ich habe eigentlich immer schon von Computern geträumt. Ich hatte von je her ein Faible für Computer, aber wir konnten sie uns zu Hause nicht leisten. Deshalb war ich viel außer Haus im Freien, aber nicht aus eigenem Antrieb.*“

Klinischer Parameter „Erleben sozialer Interaktionsfähigkeit“

Problemexploration

Es gelingt keine differenzierte Darstellung der inneren Elternrepräsentation, Vater und Mutter werden plakativ als unzureichend und abgewandt beschrieben. Die eigene Perspektive dominiert die Schilderung. Die emotionale Bewegung, die mit der erlebten Zurückweisung durch die Eltern verbunden war, wird zurückgedrängt. Klar kristallisiert sich die reparative Funktion des Computerspielens heraus: Offenbar wird als besonders anziehend erlebt, dass Kränkungen und Verletzungen wenig wahrscheinlich sind.

Therapeutische Einsichten

Die Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen, sollte gestärkt werden. Diese sollte auch dann gezeigt werden können, wenn Kränkung oder Zurücksetzung erlebt wird.

Der eigene Standpunkt sollte in seiner Relation zu dem anderer eingeordnet werden können, damit selbst-reflexive Perspektivenkoordination gelingen kann.

Im Beitrag „Stationäre Psychotherapie und Arbeitsweltbezug bei Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch“ wird in Abschnitt 2.4.2 an einem Beispiel illustriert, wie die Interviewergebnisse in psychotherapeutische Interventionen Eingang finden.

5 Fazit

Die für die menschliche Entwicklung grundlegende Dynamik zwischen Sicherheitsempfinden und Explorationsmut kann in vielfältiger Form in der PC-/Internet-Aktivität beobachtet werden. Auf diesem Hintergrund wird das Gaming, Chatting oder Surfing verstanden als die Suche nach einer Balance zwischen stark anflutenden Bindungs- und Explorationsimpulsen, deren Erkundung großen Stellenwert für eine gelingende Psychotherapie hat. Das klinische Interviewverfahren bietet einen reichhaltigen Zugang zu diesem inneren Raum und ist besonders produktiv für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

Literatur

- Aufstellungsfiguren (o.J.). Carl-Auer-Verlag. www.constellationset.com.
Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol 1: Attachment*. London: Hogarth.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol 2: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis*. München: Reinhardt.
- Brisch, K.-H. (2013). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Gloger-Tippelt, G. (2000). *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern: Huber.
- Mahler, M. (1993). *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Rogers, C. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Rogers, C. (1985). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Rosenthal, G. (2005). Interpretative Sozialforschung. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Grundlagentexte Soziologie*. München: Juventa.
- Rosenthal, G., Köttig, M., Witte, N. & Blezinger, A. (2006). *Biografisch-narrative Gesprächsführung mit Jugendlichen*. Leverkusen: Budrich.

- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stavemann, H. (2002). *Sokratische Gesprächsführung*. Weinheim: Beltz PVU.



Dr. phil. Petra Schuhler
Psychologische Psychotherapeutin
Ltd. Psychologin
AHG Klinik Münchwies
Turmstraße 50-58
D-66540 Neunkirchen-Münchwies
pschuhler@ahg.de



164 Seiten
ISBN 978-3-89967-847-5
Preis: 20,- Euro



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

P. Schuhler, B. Sobottka, M. Vogelgesang, T. Fischer, M. Flatau,
S. Schwarz, A. Brommundt, L. Beyer

Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtreha- bilitation

Der Pathologische PC-/Internet-Gebrauch hat sich als schwere, oft chronische Erkrankung junger Erwachsener rasch verbreitet. Diesem brisanten Problem in der Gesundheitsversorgung steht aber noch wenig klinisches Wissen gegenüber. Das Buch hat sich zur Aufgabe gemacht, diese Lücke schließen zu helfen.

In der bislang einzigartigen Studie mit 400 Patienten und Patientinnen der stationären psychosomatischen und Suchtbehandlung wird das neue Krankheitsbild erforscht. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob Patienten mit Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch den klinischen Gruppen der Glücksspieler, Alkohol- und Medikamentenabhängigen und psychosomatisch Kranken ähnlich sind oder ob und wie sie sich von diesen unterscheiden und als eigene distinkte Patientengruppe angesehen werden müssen. Diese Frage ist von mehr als nur akademischen Interesse, weil je nachdem spezifische therapeutische Vorgehensweisen erforderlich sind.

Das Buch gibt Antworten auf diese Frage und zeigt dem klinischen Praktiker auf, wo die Schwerpunkte in Diagnostik und Therapie zu legen sind.

Fragebogen bei Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch: Vergleich der Testgütekriterien des KPC und der CIUS*

Susanne Schwarz, Jörg Petry, Marco Flatau & Luzi Beyer

1 Einleitung

Zur Feststellung eines Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs gibt es im deutschen Sprachraum mehrere gängige Screeningverfahren, v.a. für erwachsene Personen. Eines davon, der Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC; Petry, 2010) wurde bisher vor allem bei Patienten mit Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation eingesetzt. Die Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk et al., 2009; dt. von Petersen, 2009) wurde als Screeningverfahren auch in epidemiologischen Untersuchungen eingesetzt. Neben diesen beiden Tests gibt es noch eine Reihe anderer Screening-Verfahren zur Einschätzung der Ausprägung eines Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs. Dazu gehören u.a. im englischen/amerikanischen Sprachraum der Diagnostic Questionnaire (DQ; Young, 1998a), der Internet Addiction Test (IAT; Young, 1998), die Virtual Addiction Scale (Greenfield, 1999) und die Game Addiction Scale (Chiu et al., 2004). Im deutschen Sprachraum gibt es außerdem die Internet-Suchtskala (ISS; Hahn & Jerusalem, 2001), den Fragebogen zur Erfassung des Computerspielverhaltens bei Kindern (CSVK; Thalemann et al., 2004) und die Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S; Wölfling et al., 2010).

Methodische Mängel dieser Verfahren bestehen beispielsweise darin, dass aufgrund bisher nicht einheitlich festgelegter Diagnosekriterien Probanden mit sehr unterschiedlichen Störungsbildern untersucht wurden und keine klinische Validierung der gewählten Cut-off-Werte vorliegt.

Der Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC) erfasst verschiedene Aspekte des Erlebens bei der PC-/Internet-Nutzung und stützt sich dabei auf ein entwicklungspsychopathologisches Konstrukt. Er besteht aus 20 Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala in Abstufungen von „trifft

gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“ beantwortet werden. Dabei werden auch die Präferenz der PC-/Internet-Nutzung (Spielen, Chatten und/oder Surfen), der Bezugszeitraum (die Zeit der intensivsten PC-/Internet-Nutzung, der auch mehrere Jahre zurückliegen kann) und die wöchentliche Nutzungsdauer erfasst.

Die Compulsive Internet Use Scale erfasst hingegen ausschließlich Aspekte des Erlebens der Internetnutzung und beruht auf dem psychopathologischen Konstrukt einer nicht-stoffgebundenen bzw. Verhaltenssucht. Sie besteht aus 14 Items, die auf einer fünf-stufigen Likert-Skala von „nie“ bis „sehr häufig“ beantwortet werden. Außerdem werden hier auch die durchschnittliche Zeit der privaten Internetnutzung unter der Woche und am Wochenende sowie die Präferenz der Internet-Aktivität erfasst.

Bisher liegen keine Vergleichsuntersuchungen hinsichtlich der Testgütekriterien beider Verfahren vor. Dies ist durch die hier berichtete Studie erfolgt (Petry et al., 2012).

2 Methode

Im Rahmen des Forschungsprojekts *Pathologischer PC-/Internetgebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*, das von der DRV-Bund gefördert von 2010 bis 2012 durchgeführt wurde (Schuhler et al., 2013), wurden 395 Patienten der AHG Klinik Schweriner See und der AHG Klinik Münchwies der KPC und die CIUS vorgelegt. Hinsichtlich der Testgütekriterien wurden die Antworten der 100 Patienten mit diagnostiziertem Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch (ICD-10: F68.8) mit 295 Patienten aus den Bereichen Sucht- und psychosomatische Rehabilitation (pathologische Glücksspieler, Alkohol- und Medikamentenabhängige und psychosomatisch Erkrankte) verglichen. Alle Patienten befanden sich im Jahr 2010 in einer der beiden

* Aus: Fachverband Sucht (Hrsg.) (2013). *Sucht aktuell*, 20 (3), 24-27.

Merkmal	Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch	Gesamtstichprobe
N	100	395
Alter	29,2 Jahre (\pm 9,3)	40,2 Jahre (\pm 12,1)
Geschlecht	90 (90%) männlich	259 (65,6%) männlich

Tabelle 1

Stichprobenbeschreibung

Kliniken in stationärer Behandlung. Die Untersuchung fand innerhalb der ersten Behandlungswoche statt (Stichprobenbeschreibung siehe Tabelle 1).

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Berechnung der Testgütekriterien immer zunächst für den KPC und danach für die deutsche Version der CIUS aufgeführt, wie sie von Petry et al. (2012) berichtet wurden.

3.1 Rohwertverteilung

Der KPC (Spannbreite: 0-60) und die CIUS (Spannbreite: 0-56) weisen bezogen auf die klinische Gruppe der Patienten mit Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch angemessene Mittelwerte (\bar{x} = 42,5 bzw. \bar{x} = 37,6) und Streuungen auf (s = 10,3 bzw. s = 12,8). Der KPC weist eine Normalverteilung auf, während die CIUS signifikant davon abweicht (Komogorov-Smirnov-Anpassungstest).

In Bezug auf die Gesamtstichprobe (N = 395) zeigen sich erwartungsgemäß niedrigere Mittelwerte (KPC: \bar{x} = 16,8; CIUS: \bar{x} = 15,0). Dabei bestehen hohe Streuungen (KPC: s = 19,2; CIUS: s = 16,9). Die großen Streuungen in der Gesamtstichprobe sind auf die hohe komorbide Ausprägung einer problematischen PC-/Internet-Nutzung unter den pathologischen Glücksspielern (\bar{x} = 14,7 bzw. \bar{x} = 12,8) zurückzuführen, während sich bei den beiden anderen klinischen Vergleichsgruppen niedrigere Mittelwerte finden (Patienten der Suchtrehabilitation: \bar{x} = 4,4 bzw. \bar{x} = 5,1; Patienten der psychosomatischen Rehabilitation: \bar{x} = 9,7 bzw. \bar{x} = 8,7). Sowohl der KPC als auch die CIUS weisen keine Normalverteilung in Bezug auf die Gesamtstichprobe auf (Komogorov-Smirnov-Anpassungstest), was vor allem auf die stark besetzte Nullkategorie (KPC: 33,8%; CIUS: 26,4%) zurückzuführen ist. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die drei klinischen Vergleichsgruppen einer anderen Alterskohorte angehören (pathologische Glücksspieler M = 39 Jahre; Alkohol- und Medikamentenabhängige M = 47 Jahre; psychosomatische Pati-

enten M = 44 Jahre). Es ist u.a. deshalb unklar, ob die beiden Screening-Instrumente für epidemiologische Untersuchungen geeignet sind.

Für den vorliegenden Anwendungsfall eines Screenings zum Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch in klinischen Stichproben kann das Ergebnis für beide Testverfahren als zufriedenstellend bezeichnet werden.

3.2 Diskriminationsfähigkeit (Cut-off-Wert)

Für beide Fragebögen lagen noch keine empirisch begründeten Angaben zu einem geeigneten Cut-off-Wert vor, der das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen eines Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs bestimmt. In der Bevölkerungsbefragung von Rumpf et al. (2011) wurde ein klinisch nicht validierter Cut-off-Wert von 28 für die CIUS angewandt. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Cut-off-Wert für den KPC durch die Optimierung der gegenläufig von einander abhängigen Sensitivität und Spezifität bestimmt. Dabei wurde ein Cut-off-Wert von 28 ermittelt.

Die Sensitivität (Empfindlichkeit/Trefferquote), d.h. die Rate richtig positiver Tests, betrug beim KPC 92,9% und bei der CIUS 80%. Die Spezifität (Richtigkeit der Anzeige), d.h. die Rate richtig negativer Tests, betrug beim KPC 90,3% und bei der CIUS 94,3%. Der KPC weist für den Anwendungszweck somit bei einem Cut-off-Wert von 28 eine zufriedenstellende Diskriminationsfähigkeit auf, während die Sensitivität der CIUS mit 80% bei einem Cut-off-Wert von 28 unbefriedigend (≤ 90) ist.

3.3 Ökonomie

Die Bearbeitungsdauer beim KPC beträgt ca. 5 Minuten. Die Auswertung erfolgt über die Bildung eines Gesamtsummenwertes über die 20 Items bei einer Spannbreite von 0 bis 60 Punktwerten. Die Bearbeitungsdauer beträgt bei der CIUS ebenfalls etwa 5 Minuten. Auch hier erfolgt die Auswertung über die Bildung eines Gesamtsummenwertes über die 14 Items bei einer Spannbreite von 0 bis 56 Punktwerten. Beide Fragebogen haben damit eine kurze Durchfüh-

rungszeit, sind als Gruppentest durchführbar und schnell auswertbar. Die CIUS ist um sechs Items kürzer.

3.4 Objektivität

Die den Fragebogen vorangestellten schriftlichen Instruktionen erfüllen gleichermaßen das Merkmal der Durchführungsobjektivität. Die Aufsummierung der Item-Werte zu einem Summenscore erfüllt die Auswertungsobjektivität. Die Interpretationsobjektivität ist aufgrund einer fehlenden Normierung der Fragebogen an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe nicht gegeben, sondern nur für den klinischen Bereich gültig. Die CIUS wurde lediglich anhand einer großen Online-Stichprobe hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften überprüft (Meerkerk et al., 2009). Es erfolgte jedoch keine Testeichung zur Entwicklung von Normen.

3.5 Reliabilität

Die interne Konsistenz als Aspekt der Reliabilität ist in Bezug auf die klinische Gruppe der Patienten mit Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch beim KPC (Cronbachs α : .88) und bei der CIUS (Cronbachs α : .94) nach Bortz (2002) gut ($\leq .80$ wäre niedrig).

3.6 Validität

Es finden sich nach Bortz (2002) mittlere bis hohe Korrelationen im Sinne einer konvergen-ten Validität. Bezogen auf das Symptomenverhalten finden sich stimmige, hohe Korrelationen (Onlinezeit am Wochentag in Std.: $r = .71$ bzw. $r = .79$; Onlinezeit am Wochenende in Std.: $r = .50$ bzw. $.58$). Bezogen auf möglicherweise relevante psychische Merkmale finden sich zwar signifikante, aber nur niedrige Korrelationen (Selbstwert [MSWS; Schütz & Sellin, 2006]: $r = -.26$ bzw. $r = -.26$; Depressivität [BDI-II; Beck et al., 2009]: $r = .11$ bzw. $r = .14$; Introvertiert/sozial vermeidend [IIP-D; Horowitz et al., 2000]: $r = .17$ bzw. $.19$). Dies entspricht den Vorbefunden, z.B. von Van Rooij et al. (2011), die ebenfalls keine oder nur niedrige Korrelationen der CIUS mit psychosozialen Variablen gefunden haben. Die Befunde zur konvergen-ten Validität sind von daher für beide Fragebögen konsistent.

Die punkt-biserialen Korrelationen der Fragebogen mit der Diagnose eines Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs in der Gesamtstichprobe als Merkmale der kriterienbezogenen

Validität (η^2 : .59 bzw. .59) sind nach Bortz (2002) als mittelgradig (.40 bis .60) zu beurteilen. Die Interkorrelation von KPC und CIUS ist mit .86 erwartungsgemäß hoch, was bedeutet, dass beide Verfahren ein ähnliches Konstrukt erfassen, obwohl sie inhaltlich unterschiedlich konstruiert wurden.

Hinsichtlich der diskriminanten Validität finden sich für beide Fragebogen keine signifikanten Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Schichtzugehörigkeit und Erwerbstatus (Korrelationskoeffizienten zwischen .00 bis .17). Es besteht keine signifikante Korrelation mit dem Vorhandensein einer Abhängigkeitsproblematik (Spearman ρ : $-.06$ bzw. $.03$). Weiterhin liegen keine Verfälschungstendenzen ($r = -.07$ bzw. $-.03$) im Sinne einer sozialen Erwünschtheit vor. Zur genauen Operationalisierung der Variablen vgl. Schuhler et al. (2013). Die diskriminante Validität ist somit durchgehend gegeben.

3.7 Itemanalyse

Die Schwierigkeitsindizes des KPC bewegen sich zwischen 0,09 und 0,65 mit einem mittleren Wert von 0,29 und bei der CIUS zwischen 0,22 und 0,40 bei einem mittleren Wert von 0,33. Für eine gute Differenzierung sind Items mit mittlerer Schwierigkeit und einer breiten Streuung der Itemschwierigkeiten nach Bortz (2002) wünschenswert. Die Schwierigkeitsindizes beider Fragebogen befinden sich jedoch eher im unteren Bereich. Die CIUS weist zudem eine geringe Streuung der Schwierigkeitsindizes auf.

Die Trennschärfekoeffizienten sind nach Bortz (2002) beim KPC fast durchgehend (außer Item 1, 11, 15, 16, 18) und bei der CIUS vollständig im hohen Bereich ($\geq 0,50$). Damit tragen die Items in einem hohen Maße zum Gesamtwert bei, so dass der KPC und die CIUS eine hohe Trennschärfe ausweisen.

Die mittlere Homogenität beträgt beim KPC $r = 0,34$ und befindet sich damit nach Bortz (2002) im optimalen mittleren Bereich. Die CIUS weist eine mittlere Inter-Item-Korrelation von $r = 0,59$ auf, d.h. sie ist überdurchschnittlich homogen. Dies entspricht der unterschiedlichen Konzeption der Fragebogen als mehrdimensionales (KPC) bzw. eindimensionales (CIUS) Konstrukt.

Zur Klärung der Frage, ob den Fragebogen eine oder mehrere Merkmalsdimensionen zu Grunde liegen, wurde eine Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt. Als Kriterium für die Begrenzung der Anzahl der Faktoren wurde ein Eigenwert ≥ 1 gesetzt.

Test	Faktor	Name des Faktors (Varianzaufklärung in %)	Zugeordnete Items
KPC	1	Schlechtes Gewissen und Hilfewunsch (31,6%)	3, 6, 5, 15
	2	Versunkenheit (Immersion) in das virtuelle Erleben (10,1%)	4, 10, 19, 1
	3	Dominanz des virtuellen über das reale Erleben (7,2%)	2, 13, 7
	4	Erlebte Nachteile des exzessiven Computergebrauchs (6,2%)	6, 8, 9, 17
	5	Sozialer Rückzug und körperliche Vernachlässigung (5,8%)	12, 11, 20
	6	Soziale Anerkennung in der virtuellen Welt (5,1%)	18, 14
CIUS	1	Eingenommenheit, Entzugerscheinungen, Gefühlsmodifikation und Auswirkungen (56,8%)	7, 12, 13, 4, 6, 3, 1, 14, 10, 11, 5
	2	Kontrollverlust und Konflikthaftigkeit (8,6%)	9, 8, 2

Tabelle 2

Faktor-Item-Zuordnung und -interpretation für KPC und CIUS

Dabei ergab sich für den KPC erwartungsgemäß eine Mehrfaktoren-Lösung (sechs Faktoren) mit einer kumulierten Varianzaufklärung von 65,8% und für die CIUS entgegen der Erwartung keine Ein-Faktoren-, sondern eine Zwei-Faktorenlösung mit einer kumulierten Varianzaufklärung von 65,3%, wobei der erste Faktor mit 56,8% aufgeklärter Varianz jedoch dominierte.

Zur Interpretation (Benennung) der Dimensionalität und deren Bezug zu den zugrundeliegenden Konstrukten wurden die Items mit der jeweils höchsten Faktorenladung dem entsprechenden Faktor zugeordnet. Die Items der Dimensionen werden mit sinkender Faktorenladung in Tabelle 2 aufgelistet.

4 Diskussion

Der Vergleich der beiden Screening-Verfahren an einer Stichprobe aus Patienten der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation ergab für beide Skalen insgesamt befriedigende testkonstruktive Merkmale. Es handelt sich in beiden Fällen um reliable und valide Instrumente zur Erfassung eines Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs im Sinne eines klinischen Screenings.

Die Interkorrelation der beiden verglichenen Screening-Instrumente KPC und CIUS ist mit $r = 0,86$ hoch, obwohl sie sich hinsichtlich der ihrer Entwicklung zugrundeliegenden psychopathologischen Konstrukte stark unterscheiden. Der KPC wurde als mehrdimensionales Verfahren, das verschiedene Aspekte des PC-/Internet-Gebrauchs als ein entwicklungspsychopathologisches Konstrukt erfasst, konzipiert (Petry, 2010), während die CIUS als eine eindimensionale Skala zur Erfassung einer „Internetabhängigkeit“ im Sinne einer Verhaltenssucht konstruiert wurde (Meerkerk et al., 2009). Dennoch scheinen beide Verfahren in hohem

Ausmaß ein gemeinsames klinisches Störungsbild zu erfassen.

Bezogen auf die Rohwertverteilung weist der KPC in der Gruppe der Patienten mit diagnostiziertem Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch eine Normalverteilung auf, die CIUS weicht signifikant davon ab. Während die diskriminante Validität für beide Fragebogen durchgehend gegeben ist, konnten hinsichtlich der konvergenten Validität bei beiden Fragebögen zwar hohe Korrelationen zum Symptomenverhalten, aber nur geringe, wenn auch signifikante Korrelationen zu relevanten psychischen Merkmalen wie Selbstwert und Depressivität gefunden werden.

Hinsichtlich der Diskriminationsfähigkeit findet sich bei einem Cut-off-Point von ≥ 28 bei beiden Verfahren eine für den Anwendungszweck zufriedenstellende Spezifität, während die Sensitivität der CIUS mit 80% in der Gesamtstichprobe unbefriedigend ist. Dies bedeutet, dass die CIUS in der vorliegenden Untersuchung nicht empfindlich genug ist, alle Personen mit Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch zu identifizieren (also liegt eine *Unterschätzung* der Prävalenz vor). Dies könnte darin begründet sein, dass sich ihre Items ausschließlich auf den Internet-Gebrauch beziehen. Von Rumpf et al. (2011, S. 17) hingegen wird in Bezug auf ihre epidemiologische Studie mit der CIUS auf die Problematik einer *Überschätzung* der gefundenen Prävalenz hingewiesen: „Insbesondere bei geringer Prävalenz und niedriger Spezifität können deutliche Überschätzungen erfolgen (Gambino, 1997).“

Während die klinische Interpretationsobjektivität gegeben ist, gilt dies aufgrund einer fehlenden Normierung der Fragebogen an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe für diesen Anwendungsbereich nicht. Aufgrund des Screening-Charakters der untersuchten Instrumente darf mit deren Hilfe deshalb keine Prävalenzschätzung vorgenommen

werden, wie dies in der PINTA-Studie (Rumpf et al., 2011) mittels der CIUS erfolgt ist.

Die sechs gefundenen Dimensionen des KPC entsprechen dem zugrundeliegenden entwicklungspsychopathologischen Konstrukt des Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs (Petry, 2010), in dem das überwertige Immersionserleben mit dem Wunsch nach sozialer Anerkennung verbunden mit dem zunehmenden sozialen Rückzug in die virtuelle Erlebniswelt zu körperlichen, psychischen und sozialen Problemen führt, so dass sich ein schlechtes Gewissen mit einem Hilfewunsch entwickeln kann.

Bezieht man sich bei der Dimensionalität der CIUS auf die von den Autoren (Meerkerk et al., 2009) genannten fünf Dimensionen (Kontrollverlust: Items 1, 2, 5 und 9; Eingenommenheit: Items 4, 6 und 7; Entzugerscheinungen: Item 14; Gefühlsmodifikation: Items 12 und 13; Konflikthaftigkeit: Items 3, 8, 10 und 11), die der Testkonstruktion im Sinne einer nichtstoffgebunden Sucht oder Verhaltenssucht (Griffith, 2000) zugeordnet wurden, so lassen sich drei Dimensionen (Eingenommensein, Entzugerscheinungen, Gefühlsmodifikation) eindeutig dem ersten, dominierenden Faktor und zwei Dimensionen (Kontrollverlust, Konflikthaftigkeit) dem ersten und zweiten Faktor zuordnen.

Hinsichtlich der Faktorenstruktur der CIUS weisen bisherige Studien zur Konstruktvalidität auf eine einfaktorische Struktur der CIUS hin. Gürtler (2012) befragte im Rahmen der PAGE-Studie telefonisch insgesamt 8.132 Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren aus der Normalbevölkerung, davon 4.155 Männer und 3.977 Frauen. Hier ergab die Auswertung, dass unter der Annahme von korrelierten Fehlertermen die einfaktorische Struktur eine gute Modellanpassung erreicht (hierzu wurde ebenfalls eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt). Gürtler (2012) vermutet, die korrelierten Fehlerterme weisen auf inhaltlich überlappende Items hin und empfiehlt, im Hinblick auf eine Verbesserung der Konstruktvalidität an diesen überlappenden Items anzusetzen und daraus eine Kurzversion der CIUS zu entwickeln. Auch Peukert et al. (2012) untersuchten die faktorielle Struktur der deutschen Version der CIUS mit konfirmatorischer Faktorenanalyse an 2.506 Studenten im Alter von 18 bis 54 Jahren ($M = 23,9$ Jahre) mittels Onlinebefragung und fand eine ähnliche interne Konsistenz, Trennschärfe und sogar eine niedrigere Schwierigkeit. Außerdem konnte die analoge Faktorenstruktur der deutschen CIUS-Version zur Originalskala nachgewiesen werden.

5 Fazit

KPC und CIUS sind Verfahren mit befriedigenden testkonstruktiven Merkmalen und eignen sich als reliable und valide Screeninginstrumente in der klinischen Praxis, jedoch nicht zur Diagnosestellung oder Prävalenzschätzung.

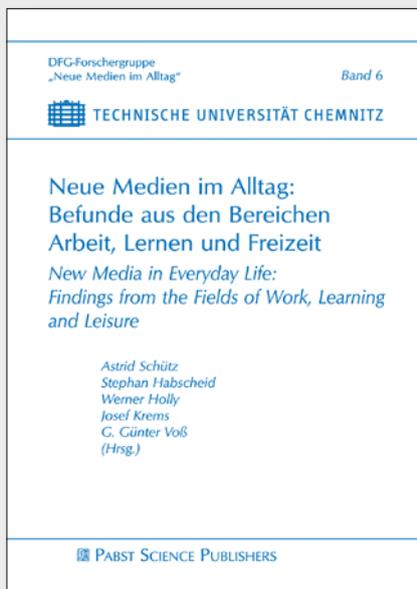
6 Ausblick

Um zukünftig objektive, reliable und valide Diagnose- und Screening-Verfahren für das Störungsbild des Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs entwickeln zu können, ist zunächst die Festlegung international einheitlicher Diagnosekriterien dringend erforderlich. Als nächstes sollte eine Normierung dieser Verfahren anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe erfolgen. Zusätzlich sollten Verfahren entwickelt werden, die eine Verlaufsbeurteilung der Störung erlauben, also änderungssensitive Items enthalten.

Literatur

- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2009). *BDI-II, Beck Depressions-Inventar, Revision* (2. Auflage). Frankfurt a. M.: Pearson.
- Bortz, J. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer.
- Chiu, S.-I., Lee, J.-Z. & Huang, D.-H. (2004). Video game addiction in children and teenagers in Taiwan. *Cyberpsychology & Behavior*, 7, 571-581.
- Gambino, B. (1997). The correction for bias in prevalence estimation with screening tests. *Journal of Gambling Studies*, 13, 343-351.
- Greenfield, D. N. (1999). *The Nature of Internet Addiction: Psychological Factors in Compulsive Internet Use*. Paper Presentation at 1999 American Psychological Association Convention.
- Griffiths, M. (2000). Does internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & Behavior*, 3, 211-118.
- Gürtler, D., Kastirke, N., Westram, A., Kreuzer, A., Rumpf, H.-J., John, U. & Mey, C. (2012). *Messung problematischer Internetnutzung: Vergleich der Compulsive Internet Use Scale (CIUS) und des Internet Addiction Test (IAT)*. Suchttherapie 2011; 12 – S01, Kongressbeitrag Dt. Suchtkongress 2012.
- Hahn, A. & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhalten Jugendlicher: Erklärungen, Formen und Prävention* (S. 279-293). Berlin: Leske + Budrich.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *IIP-D, Inventar zur Erfassung Interpersonaler*

- Probleme – Deutsche Version* (2. Auflage). Göttingen: Beltz.
- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. A. & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 1-6.
- Petersen, K.U. (2009). *CIUS: Compulsive Internet Use Scale* (dt. Version). Hamburg: Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ).
- Petry, J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J., Schwarz, S., Flatau, M. & Beyer, L. (2012). *Vergleich der testkonstruktiven Eigenschaften des Kurzfragebogens zu Problemen beim Computergebrauch (KPC) und der Compulsive Internet Use Scale (CIUS) als Screening-Verfahren*. Bielefeld, Schwerin, Neunkirchen und Berlin: Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Peukert, P., Steffen, S., ElKasmi, J., Barth, G. M., Meerkerk, G.-J. & Batra, A. (2012). Faktorielle Struktur der dt. Version der CIUS nach konfirmatorischer Faktorenanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41, 101-108.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)*. Greifswald und Lübeck: Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *MSWS – Multidimensionale Selbstwertkala*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M., Fischer, T., Flatau, M., Schwarz, S., Brommundt, A. & Beyer, L. (2013). *Pathologischer PC-/Internetgebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Thalemann R., Albrecht U. & Thalemann, C. N. (2004). Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern (CSVK): Entwicklung und psychometrische Kennwerte. *Psychomed*, 16, 226-233.
- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A. A., Van Den Eijnden, R. J. & Van De Mheen, D.



320 Seiten
ISBN 978-3-89967-238-1
Preis: 25,- Euro



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Astrid Schütz, Stephan Habscheid, Werner Holly,
Josef Krems, G. Günter Voß (Hrsg.)

Neue Medien im Alltag: Befunde aus den Bereichen Arbeit, Lernen und Freizeit

Die internetfreien Lebensbereiche schrumpfen kontinuierlich. Die Entwicklungen können als Abstumpfung, Dauerstimulans oder als Bedrohung empfunden werden.

Andererseits lassen sie sich auch nutzen, um Lebens- und Arbeitsqualität zu steigern. Unter letzterer Perspektive untersuchen PsychologInnen ebenso interessante wie problematische, teils auch fragwürdige Anwendungsfelder:

- in Organisationen
(Unternehmenskommunikation, E-recruitment, Überwachungssysteme, Bankgeschäft, Kommunikation von Call-Centern u.a.)
- in Lernbereichen
(Cognitive Load beim Lernen mit Multimedia, Lernverhalten in der Internetgrammatik, Gestaltung von Hypertextsystemen im Lehr-Lernkontext, Lernhilfen in hypermedialen Lernumgebungen, adaptive Lernkurse im Internet)
- in der Freizeit
(Mediennutzung und psychische Gesundheit im Jugendalter, Selbstdarstellung im Internet, Persistente und rekombinante Handlungs- und Kommunikationsmuster in der Weblog-Nutzung; soziokultureller Wandel)

(2011). Online video game addiction: Identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, 106, 205-212.

Wölfling K., Müller, K. W. & Beutel, M. (2010). *Reliabilität und Validität der Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S)*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Online-Publikation.

Young, K.-S. (1998). *Caught in the net. How to recognize the signs of internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: John Wiley & Sons. Inc.

Young, K.-S. (1998a). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1 (3), 237-244.

Danksagung

Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Fachverbandes Sucht, Geschäftsführer Herrn Dr. V. Weissinger, Herausgeber der Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V. „sucht aktuell“.



Susanne Schwarz

Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Bezugstherapeutin
AHG Klinik Schweriner See
Am See 4
D-19069 Lübstorf
sschwarz@ahg.de



Dr. phil. Jörg Petry

Projektleiter Pathologisches Glücksspielen und PC-/Internet-Spielen
AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft
Benrather Schlossallee 31
D-40597 Düsseldorf
jpetry@ahg.de



Marco Flatau, B.S.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
AHG Klinik Münchwies
Turmstraße 50-58
D-66540 Neunkirchen-Münchwies
mflatau@ahg.de



Prof. Dr. Luzi Beyer

HMKW Hochschule für Medien,
Kommunikation und Wirtschaft
University of Applied Sciences
Ackerstraße 76
D-13355 Berlin

Komorbidität bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch: Fallvignetten

Holger Feindel

Einleitung

Dem klinischen Eindruck, dass ein pathologischer PC-/Internet-Gebrauch mit einer hohen Komorbidität einhergeht, entsprechen die in einer durch die DRV Bund geförderten, zwei-jährigen Vergleichsstudie gewonnenen empirischen Studienergebnisse (Schuhler et al., 2013): Drei psychische Diagnosen sowie eine bis zwei weitere somatische Diagnosen liegen durchschnittlich bei Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch, die in der stationären Rehabilitation behandelt werden, vor. Dabei stellen neben der Tabakabhängigkeit, die mit 52% zwar häufig, im Vergleich zu anderen Patientengruppen (Beispiel: Patienten mit Alkoholabhängigkeit haben zu 80% eine Tabakabhängigkeit) aber eher moderat ausfällt, insbesondere depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, soziale Phobien, aber auch somatische Erkrankungen, hier insbesondere Ernährungs- und Stoffwechselstörungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems relevante Komorbiditäten dar. Im Folgenden sollen anhand von Fallbeispielen die wichtigsten komorbiden Erkrankungen kurz dargestellt, sowie ihre Bedeutung für Entstehung, Behandlung und Verlauf erläutert werden. Dabei stellen die Begleiterkrankungen sowohl Folgen als teilweise auch mitauslösende Faktoren für den Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch dar.

Fallbeispiel 1: Komorbidität mit sozialer Phobie, schädlichem Gebrauch von Alkohol mit Abhängigkeitsgefährdung, Adipositas, Hyperlipidämie

Herr K. wächst in einem Elternhaus auf, das sich durch einen eher antiautoritär geprägten Erziehungsstil auszeichnet. Er selbst sieht sich bereits im Kindesalter eher als Einzelgänger, häufig nervös und unsicher. Im Alter von ca. 8 Jahren beginnt er am Computer zu spielen, spielt von Anfang an gerne und viel. Spätestens

ab dem Alter von 21 Jahren ist der Gebrauch als pathologisch anzusehen. Beim Spielen von Computerspielen kann er von der Realität abschalten, auch Bestätigung durch Erfolge bekommen. Beim Spielen fühlt er sich als Herr des Geschehens, hier hat er eine Kontrolle, die ihm sonst im realen Leben fehlt.

Zuvor schon nicht der Geselligste, entwickelt er nun zunehmend Angstsymptome im Kontakt mit anderen Menschen, insbesondere Einkäufen stellt eine „Tortur“ für ihn dar. An der Kasse fängt er an zu schwitzen, sein Herz rast, der Zustand ist fast unerträglich für ihn. Entsprechend vermeidet er es einkaufen zu gehen, wann immer möglich, geht kaum noch aus dem Haus. Stattdessen nutzt er noch mehr den PC, was im Sinne eines Teufelskreises die Angstsymptomatik wieder verstärkt, da er immer mehr verlernt, einen „echten“ sozialen Kontakt in der Realität adäquat zu gestalten.

Dann beginnt er zusätzlich jeden Abend zur Entspannung Bier zu trinken, zunächst 2-3 Flaschen, schnelle Steigerung auf bis zu 6 Flaschen am Tag.

Zuvor normalgewichtig, nimmt er bei mangelnder Bewegung, ungesunder Ernährung und erhöhtem Alkoholkonsum innerhalb kurzer Zeit mehr als 20 kg zu, es entwickelt sich eine behandlungsbedürftige Hyperlipidämie.

Sein Mathematikstudium muss er abbrechen, da er sich zunehmend scheut, sich dem Kontakt zu anderen Menschen auszusetzen, auch bekommt er den Stoff nicht mehr bewältigt.

In der Untersuchungssituation sehen wir dann einen zwar freundlichen, aber sehr aufgeregten jungen Mann, zurückhaltend, dabei um Mitarbeit bemüht. Blickkontakt aufzunehmen ist ihm zunächst kaum möglich. Er schwitzt stark, psychomotorisch zeigt sich eine deutliche Unruhe mit fast ständigem Beinwippen.

Nach einer gewissen Latenzzeit gelingt es, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen. Bedingungsanalytisch zeigen sich als zentrale Problembereiche Defizite in der Affekt- und Beziehungsregulierung mit Ein-

schränkungen des Durchhaltevermögens, in der Konfliktfähigkeit und der Frustrationstoleranz. Als zuletzt wirksame Auslöser fungieren dabei jegliche Anforderungen von außen, z.B. schon so einfache Anforderungen wie das Einkaufengehen. Die kognitive Verarbeitung wird bestimmt von der Erfolgsgewissheit und der damit verbundenen empfundenen Anerkennung in der virtuellen Welt, der das bisherige subjektive Scheitern in der realen Welt gegenübersteht. Auf der emotionalen Ebene kommt es während des Spielens von Computerspielen zu Gefühlen von Kontrolle, Kompetenz und Unabhängigkeit. Auf der physiologischen Ebene erfolgt ein bei Einschalten des Computers fast sofort erlebter, als wohltuend empfundener Spannungsabbau. Als langfristig negative Konsequenzen wird bei Wiederauftauchen aus der virtuellen Welt die soziale Phobie hierdurch aber dynamisiert. Daneben kommt es zu einer Labilisierung der beruflichen Perspektive, einem zunehmenden sozialen Rückzug bis hin zur sozialen Isolation sowie einem Abbau der körperlichen Fitness und einer deutlichen Gewichtszunahme.

In der zwölfwöchigen stationären Therapie steht neben der Behandlung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs auch die Behandlung der Komorbidität im Mittelpunkt.

Zur Behandlung der sozialen Phobie wird er der indikativen Gruppe „Angstbewältigung“ zugeteilt. Dies sowie den Therapiebaustein „Training der sozialen Kompetenz“ kann Herr K. sehr gut nutzen, um seine sozialen Kompetenzen auszubauen, seine Konfliktfähigkeit zu verbessern und Probleme konstruktiv anzugehen, anstatt diese zu vermeiden. Auch die Übernahme des Gruppensprecheramtes zeigt sich hierbei hilfreich. Insgesamt kann Herr K. einen deutlichen Selbstwertzuwachs verzeichnen und tritt eindeutig selbstbewusster auf, was ihm bei einer Heimfahrt auch von seinem häuslichen Umfeld positiv rückgemeldet wird. Im Sinne von regelmäßigen Expositionen geht er zunächst mit Gruppenmitgliedern, später auch alleine, wiederholt einkaufen, kann dort neu bzw. wieder entdeckte Fähigkeiten erlernen und verliert mehr und mehr die Angst hiervon sowie vor ähnlich gelagerten sozialen Situationen.

Bezüglich des schädlichen Gebrauches von Alkohol kann eine gute Krankheitsannahme aufgebaut werden. Herr K. entschließt sich im stationären Verlauf, zukünftig vollständig auf Alkohol zu verzichten.

Bei Hyperlipidämie und Adipositas erfolgen eine Ernährungsberatung sowie die Etablierung eines verbesserten Essmanagements. Hierüber gelingt sowohl eine deutliche

Gewichtsreduktion um insgesamt 17 kg als auch eine Besserung der entsprechenden Cholesterin- und Triglyzeridwerte in den Normbereich.

Die Sport- und Ergotherapie zeigt sich bei der Ressourcenaktivierung sehr hilfreich. Insbesondere über die sportliche Aktivität kann eine deutliche Stimmungsaufhellung und Ressourcenaktivierung erreicht werden. Es gelingt ihm, wieder Freude an PC-fremden Tätigkeiten zu finden und auch sein Durchhaltevermögen nachhaltig auszubauen.

Fallbeispiel 2: Komorbidität mit einer depressiven Störung

Herr H. wächst in ländlicher Umgebung bei den leiblichen Eltern in Bayern auf.

Das Verhältnis zum Vater wird vom Patienten als eher angespannt beschrieben. Von ihm fühlt er sich oft abgewertet, er erfährt wenig Anerkennung. Trotz seiner Mithilfe im elterlichen Betrieb sieht der Vater das Engagement des Patienten nicht, sondern kritisiert ihn ständig und gibt ihm das Gefühl, ein Versager zu sein. Das Verhältnis zur Mutter wird vom Patienten als tendenziell besser beschrieben, ein emotional enges Verhältnis hat sich aber zu keinem der Elternteile entwickelt. In seiner Familie gibt es niemanden, mit dem er sich austauschen kann. Insgesamt wird die Erziehung als streng und unemotional beschrieben. Er selbst beschreibt sich als ein eher stilles und in sich gekehrtes Kind, das sich selten jemandem anvertraut hat. In der Schule sei er phasenweise „gemobbt“ worden. Auch hierbei hat er wenig Unterstützung durch seine Eltern erfahren. In der Pubertät dann ist das Verhältnis zu den Eltern noch distanzierter, es entstehen zahlreiche Konflikte und Auseinandersetzungen. Der Patient entwickelt mehr und mehr das Gefühl, niemand in der Familie interessiere sich für ihn. Bereits in der 6. Klasse beginnt er daraufhin, regelmäßig am PC zu spielen. Eine massive Steigerung erfolgt in der 11. und 12. Klasse, trotzdem besteht er das Abitur und beginnt kurz darauf ein Studium. Dieses allerdings setzt er aufgrund des exzessiven PC-Gebrauches schon nach kurzer Zeit „in den Sand“. Er hat massive Probleme, seinen Alltag zu strukturieren. Deshalb verfolgt er sein Studium von Anfang an nicht konsequent, entwickelt recht schnell massive Versäumnisse, besucht kaum eine Vorlesung, so dass er das Studium bereits nach einem Semester wieder aufgeben muss. Darunter leidet er sehr. Er igelt sich zu Hause ein, verlässt kaum noch das Zimmer.

Daraufhin drängen ihn die Eltern, eine Therapie aufzunehmen.

Zu Therapiebeginn sieht der zu diesem Zeitpunkt 19-jährige Patient bei sich selbst keinerlei Ressourcen, er sieht keine Fähigkeit oder Tätigkeit, aus der er Kraft ziehen kann.

Im Rahmen des pathologischen PC-Gebrauchs hat er sich in den letzten Monaten aus allem herausgezogen. Er leidet unter massiven depressiven Selbstabwertungen und negativen Kognitionen, fühlt sich als völliger Versager. Derzeit kann er keine sinnvolle Zukunftsperspektive für sich erkennen, fühlt sich nutz- und wertlos.

Er zweifelt daran, ob er überhaupt irgendetwas könne oder eine neue berufliche Perspektive entwickeln könne.

Im einzeltherapeutischen Setting wird der Patient dazu motiviert, ein bewusstes Abschiedsritual vom Computerspielen und den damit zusammenhängenden selbst erschaffenen Charakteren zu initiieren. Herr H. bringt Bilder seiner Charaktere mit, für die ein Abschiedsritual inszeniert wird. Da Herr H. insgesamt eine verflachte Emotionalität zeigt und auch im therapeutischen Setting immer wieder starke Emotionen zu vermeiden versucht, erweist sich diese erlebnisaktivierende Einheit innerhalb der Therapie als sehr hilfreich und bewirkt bei Herrn H. insgesamt einen besseren und selbstaufmerksamen Umgang mit sich selbst.

In der biographischen Arbeit beschreibt Herr H., dass er als ältester Sohn eines Landwirts für seinen Vater wohl eine große Enttäuschung darstellt, da er dem Hof an sich wenig abgewinnen könne. Im einzeltherapeutischen Setting wird versucht, die Position des Patienten selbst besser auszubauen und klarer zu formulieren. Durch die Übernahme einer internalen Perspektive gelingt es Herrn H. immer besser, seine eigenen Bedürfnisse und Lebensentwürfe zu würdigen und zu akzeptieren, dass diese sich von denen seiner Eltern deutlich unterscheiden dürfen. Durch die imaginierte Abgrenzung von seinen Eltern und die Würdigung des anderen Lebensmodells gelingt es Herrn H. in der Folge immer besser, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und ein autonomeres Modell einer eigenen Zukunft zu entwickeln. Dies erhöht insgesamt die Aktivität und Selbstwirksamkeit des Patienten auch im therapeutischen Geschehen. Herr H. nimmt engagiert und aktiv an therapeutischen Angeboten teil, übernimmt motiviert und kompetent das Amt als Gruppensprecher und verfolgt seine sportlichen Ziele konsequent. Die depressive Grundverarbeitung und die Antriebsminderung können im therapeutischen Setting

deutlich gemildert werden, sistieren aber nicht völlig.

Bei trotz guter psychotherapeutischer Fortschritte weiter anhaltender Antriebshemmung sowie depressiver Stimmungslage beginnen wir eine antidepressive Medikation mit Escitalopram, zunächst 5 mg, später gesteigert auf 10 mg. Hierunter kann eine verbesserte Stimmungslage ebenso wie ein verbesserter Antrieb erreicht werden. Bei Therapieende zeigt sich Herr H. weitgehend frei von depressiven Symptomen.

Insgesamt ergibt sich das Bild, dass aufgrund schwieriger Sozialisationsbedingungen bereits eine gewisse Vulnerabilität mit depressogenen Kognitionen vorhanden war, erst durch den pathologischen PC-/Internet-Gebrauch und die damit verbundenen Versagensgefühle in Hinblick auf seine realen Bezüge bildet sich aber das Vollbild einer depressiven Störung aus.

Fallbeispiel 3: Komorbide Persönlichkeitsstörung aus dem ängstlich-vermeidenden Formenkreis

Schon von früher Kindheit an wird Herrn B. von einer überbehütenden Mutter und einem stark kontrollierenden Vater sehr viel abgenommen, es werden für ihn Entscheidungen getroffen, für ihn geplant, so dass wenig Selbständigkeit entsteht.

Er selbst ist als Kind schüchtern und ängstlich, dabei aber sportlich. Er hat gute Schulleistungen, verhält sich weitgehend angepasst und „brav“. Bei Freunden und Schulkameraden ist er deswegen zunächst beliebt, hat anfangs auch einige sehr gute Freunde. Dann allerdings beginnt eine Phase, in der aufgrund der beruflichen Tätigkeit des Vaters häufige Umzüge erfolgen. Neben verschiedenen Wohnorten in Deutschland lebt er auch einige Jahre an verschiedenen Wohnorten in Südeuropa und auch Südamerika. Kaum hat er sich irgendwo eingewöhnt, zieht die Familie auch schon wieder um, es ist ihm nicht möglich, längerfristige Bindungen zu Gleichaltrigen einzugehen, auch ist er immer wieder monatelang von den Eltern getrennt, lebt dann beispielsweise bei den Großeltern. Ein wirkliches „Zuhause“ kennt er nicht. Er beginnt, Browsergames zu spielen und im Internet zu chatten. Exzessiv wird der Gebrauch aber erst im jungen Erwachsenenalter durch den Einstieg bei World of Warcraft. Danach wird sein Computergebrauch so ausufernd, dass er wegen Müdigkeit und Fehlzeiten Probleme am Arbeitsplatz bekommt. Es

entwickeln sich Spielzeiten von 12 bis 15 Stunden täglich, manchmal bis zu 30 Stunden am Stück.

Bei Aufnahme in unsere Klinik stellt sich Herr B. als junger Mann voll von Selbstvorwürfen dar. Er sieht sich selbst als orientierungslos, antriebslos, könne sich nicht aufraffen, gegenzusteuern, habe „alles verbockt“. Er hat große Angst, sich zu blamieren, insbesondere in Gruppen, denkt „immer in den Köpfen anderer Leute“, hat große Befürchtungen, was andere über ihn denken könnten. Es ist ihm kaum möglich, eigene Bedürfnisse zu äußern, er fühlt sich als Versager. Dies führt dazu, dass er sich zuletzt nicht mehr in der Lage sah, sich beruflichen oder alltäglichen Anforderungen zu stellen. Stattdessen hat er sich sozial isoliert, zurückgezogen und sich nicht mehr um seine Belange gekümmert.

Angstsymptome werden im Zusammenhang mit neuen sozialen Situationen angegeben. Er reagiere dann mit Pulserhöhungen, innerer Unruhe, Vermeidungsverhalten.

Vor dem Hintergrund einer „Entwurzelung“ bei zahlreichen Umzügen und einer unsicheren Bindungsorganisation hat sich bei Herrn B. ein pathologischer PC-/Internet-Gebrauch herausgebildet. Stabil sind für ihn über die Jahre nur die virtuellen Kontakte geblieben, sein Lebensmittelpunkt hat sich immer mehr in die Welt der Onlinespiele verlagert. Als externe Auslöser für das Problemverhalten fungieren dabei auch Konfliktsituationen mit dem sehr leistungsorientierten und kontrollierenden Vater. Die kognitive Verarbeitung wird bestimmt von der Erfolgsgewissheit und der damit verbundenen empfundenen Anerkennung in der virtuellen Welt. Auf der emotionalen Ebene kommt es während des Spielens von Computerspielen zu Gefühlen von Kontrolle und Dazugehörigkeit. Auf der physiologischen Ebene erfolgt ein als wohltuend empfundener Spannungsabbau. Langfristig negative Konsequenzen stellen aber die Labilisierung der beruflichen Perspektive, die zunehmende soziale realweltliche Isolation sowie die depressive Verarbeitung in der Realität mit Antriebsverlust dar.

Die Kriterien für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung mit andauernden umfassenden Gefühlen von Anspannung und Besorgtheit, mit der Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein, mit der ausgeprägten Sorge, in sozialen Situationen kritisiert und abgelehnt zu werden, sowie einer Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung und Ablehnung, zeigen sich erfüllt.

Im Rahmen seiner Persönlichkeitsstörung fällt es ihm in der Therapie zunächst schwer, sich auf die Vielfältigkeit der sozialen Kontakte einzulassen und diese auch als Übungsfeld für sich zu nutzen. Von Beginn an ist aber der Aufbau einer vertrauensvollen Patient-Therapeut-Beziehung möglich. So vermeidet er beispielsweise gegen Anfang der Therapie, sich dem Thema berufliche Zukunft zuzuwenden, sich mit seinem Lebenslauf zu beschäftigen. Im stationären Verlauf können diese Vermeidungstendenzen aber immer wieder thematisiert und so auch der therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Unter entsprechender therapeutischer Bearbeitung gelingt es ihm mit der Zeit, seine sozialen Kompetenzen auszubauen und positive Erfahrungen innerhalb der Bezugsgruppe zu sammeln.

Um die Dysfunktionalität des pathologischen PC-/Internet-Gebrauches besser herausarbeiten zu können, werden die Gefühlsannahme und Gefühlswahrnehmung des Patienten in den Fokus der Aufmerksamkeit genommen. Hier zeigen sich emotional aktivierende Einheiten innerhalb der Bezugsgruppe sowie innerhalb der Körpertherapie hilfreich. Die Selbstwahrnehmung des Patienten insbesondere für seine ängstlich-vermeidenden Anteile können nachhaltig verbessert werden. Die Übung „Maske/Gesicht“ initiiert eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit seinem Selbst. Insgesamt ist es ihm mehr und mehr möglich, zu erkennen, wie er seinen pathologischen PC-/Internet-Gebrauch eingesetzt hatte, um sich anstehenden Konflikten nicht stellen zu müssen oder um Probleme zu vermeiden, anstatt sie konstruktiv anzugehen. Die Interaktionen innerhalb der Bezugsgruppe stellen schließlich ein gutes Übungsfeld dar, um diese Verhaltensweisen zu modifizieren. Die Übernahme des Freizeitsprecheramtes führt zu einer verbesserten Selbstwirksamkeit. Auch psychoedukative Elemente innerhalb der Gruppe „Persönlichkeitsstile“ zeigen sich wirksam, um problematische Persönlichkeitsanteile zu identifizieren und auch modifizieren zu können. Die Achtsamkeit für sein eigenes Verhalten kann gestärkt und mit der Zeit auch eine aktive Tagesstruktur etabliert werden.

In der Sport- und Ergotherapie können Ressourcen aktiviert und freundvolles Erleben wieder initiiert werden. Auch das Dienstleistungstraining Cafeteria trägt dazu bei, dass das Selbstwirksamkeitserleben wieder gestärkt wird.

Fallbeispiel 4: Körperliche Erkrankung als Auslöser des pathologischen PC-/Internet- Gebrauchs

Herr J. steht voll im Leben. Er hat einen Job, der ihn ausfüllt, eine feste Freundin, mit der er zusammenlebt, und geht in seiner Freizeit gerne mit Freunden aus oder fröhnt seinem Hobby Tauchen. Nebenbei spielt er ein bis zwei Mal pro Woche ein Onlinerollenspiel am Computer.

Im Alter von 29 Jahren wird bei ihm – für ihn plötzlich und unerwartet – eine seltene lebensbedrohliche Stoffwechselerkrankung diagnostiziert. Er erhält eine experimentelle Therapie mit Chemotherapeutika, die ihn über Wochen ans Bett fesselt und körperlich sehr mitnimmt. Sein ganzes Leben bricht nach und nach für ihn zusammen. Nicht nur, dass er seiner geliebten Arbeit nicht mehr nachgehen kann, nach längerer Arbeitsunfähigkeit erhält er die krankheitsbedingte Kündigung. An Tauchen ist schon lange nicht mehr zu denken, Freunde besuchen ihn anfangs noch, allerdings werden die Krankenbesuche mit der Zeit weniger.

Ans Bett gebunden, beginnt er aus Langeweile mit dem Laptop vermehrt zu spielen, dehnt die Zeiten auch immer weiter aus. Als ihn schließlich auch noch seine Freundin verlässt, wird das Spielen von Onlinerollenspielen zu seinem Hauptlebensinhalt und der Aktivität, um die sich alles dreht.

Als er sich zwei Jahre später in unsere stationäre Behandlung begibt, hat er seine körperliche Erkrankung schon seit längerer Zeit weitgehend überwunden, die experimentelle Behandlung hat gut angeschlagen, die körperliche Erkrankung erscheint weitgehend ausgeheilt.

Geblieben allerdings ist ihm der exzessive und pathologische PC-/Internet-Gebrauch, der auch dazu geführt hat, dass er sich erst gar nicht um eine neue Stelle bemüht hat, keine alten Hobbies oder Freizeitaktivitäten wieder hat aufleben lassen und sozial außerhalb der Spiewelt vollständig isoliert lebt.

Fallbeispiel 5: Körperliche Erkrankungen als Folge des pathologischen PC-/Internet- Gebrauchs

Herr R. spielt schon viele Jahre leidenschaftlich, aber zeitlich in Maßen offline Rollenspiele. Als er sich aber im Jahre 2005 einem Onlinerollenspiel zuwendet, ufernt dies aus, er spielt fast jede freie Minute. Im Spiel findet er Herausfor-

derungen, die ihm im echten Leben verwehrt blieben, hier erhält er Anerkennung, das Gefühl gebraucht, kompetent und fachkundig zu sein. Konsekutiv kommt es zu Fehlzeiten in seiner Arbeit, schließlich zum Arbeitsplatzverlust, auch seine langjährige Partnerin trennt sich von ihm. Daraufhin sucht er sich eine 1-Zimmer-Wohnung und zieht sich dort fast vollständig in den virtuellen Raum zurück. Aufgrund der ständig angespannten Haltung vor dem PC entwickelt er HWS- und LWS-Beschwerden. Er macht sich kaum noch etwas „ordentliches“ zu essen, ernährt sich nur noch von „fast-food“, vernachlässigt auch die Körperhygiene völlig. Von initial ca. 90 kg nimmt er innerhalb von 4 Jahren bis auf 155 kg zu.

Bei Aufnahme hat er einen BMI von 46,4. Er ist schon nach kurzer Wegstrecke kurzatmig und kaum körperlich belastbar. Auch belasten ihn die Flüssigkeitseinlagerung sowie Hautveränderungen an den Unterschenkeln. Das Sehen ist subjektiv schlechter geworden. Rückenschmerzen sind sein ständiger Begleiter. Das Eingangslabor zeigt massiv erhöhte Fettwerte und Harnsäurewerte, ebenso sind die Blutdruckwerte erhöht.

Neben der Therapie des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs erfolgt auch eine Mitbehandlung der somatischen Komorbidität. Eine ausführliche Aufklärung über diätetische Maßnahmen sowie insbesondere über fett- und purinararme Ernährung wird durchgeführt, ein verbessertes Essmanagement kann etabliert werden. Langsam erfolgt ein Aufbau der körperlichen Fitness mit zunächst nur sehr leichtem Sportprogramm im Rahmen der Adipositasgymnastik im Wasser, später ergänzt durch weitere Sportangebote, wie medizinische Trainingstherapie an den Geräten und Wirbelsäulengymnastik zum Muskelaufbau und Rumpfstabilisierung sowie Ergometertraining und Walking zum Ausbau der Ausdauer.

Hierunter kann eine gute Gewichtsreduktion von 11 kg erreicht werden und auch sowohl die Blutfettwerte als auch die Blutharnsäurewerte in den Normbereich gebessert werden. Die Rückenschmerzen zeigen sich deutlich rückläufig bis hin zu Beschwerdefreiheit. Ein augenärztliches Konsil ergibt eine eindeutige Visusminderung, eine Brille wird verschrieben. Bei auch in der Langzeitkontrolle erhöhten Blutdrücken wird eine medikamentöse Therapie begonnen. Die körperliche Belastbarkeit insgesamt kann erheblich ausgebaut werden, zu Therapieende gibt Herr R. an, sich zum ersten Mal seit Jahren körperlich fit zu fühlen. Es ist ihm gelungen, aus dem jahrelang bestehenden Teufelskreislauf, dass sich pathologischer PC-/Internet-Gebrauch und körperliche Folge-

Gary R. Potter, Marije Wouters & Jane Fountain (Eds.)

Change and Continuity: researching evolving drug landscapes in Europe



140 pages
ISBN 978-3-95853-006-5
Price: 15.- Euro
eBook:
ISBN 978-3-95853-007-2
Price: 10.- Euro

Patterns of drug use are changing, as are societal responses to the drug 'problem'. In itself, this is not particularly noteworthy. However, in many ways we are experiencing change that is unprecedented in the history of drug policy. Many new developments are occurring simultaneously: technological advances enable new ways of producing and distributing both old and new drugs, and facilitate the dissemination of information that influences drug-taking behaviours. Those who seek to respond (including policy makers, treatment professionals, researchers) also harness scientific advances. The rate of change is such that it is difficult to keep up, or to predict the consequences.

This book examines change and continuity in European drug scenes. Eight original research papers explore their own specific topics, features on the broader drug landscape. But individually and (especially) together, these studies provide broader insights relevant to many other aspects of the contemporary drug scene in Europe and beyond.

Contents:

Change and continuity in the European drug landscape: an introduction
Gary R. Potter

Neighbourhood effects: the influence of time, space and structures on drug consumption trends and practices
Aileen O'Gorman

Harm reduction of novel psychoactive substance use
Levente Móró

A liquid phenomenon? Images of new psychoactive substances in Polish print media
Katarzyna Dąbrowska & Michał Bujalski

New psychoactive substances: new European policy landscapes
Caroline Chatwin

Looking beneath the surface of recovery: Analysing the emergence of recovery oriented treatment policies
Alastair Roy

The road to anhedonia
Alfred Springer

Analysing Twitter as an opportunity to understand substance use
Sharon Sznitman, Nehama Lewis & Danielle Taubman

Interviewing 'elites' in examining the science-policy nexus: some methodological reflections
Julie Tieberghien



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

erkrankungen gegenseitig dynamisieren, auszustiegen.

Fazit

Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch weisen im klinischen Setting erhebliche psychische und somatische Komorbiditäten auf. Um eine erfolgversprechende Therapie des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs etablieren zu können, muss auch den Begleiterkrankungen Rechnung getragen werden. Dabei stellen die kormorbiden Erkrankungen teilweise mitbedingende Ursachen, teilweise Folgen der Grunderkrankung dar. In fast jedem Fall erfolgt aber eine gegenseitige negative Dynamisierung, die erforderlich macht, dass auch die Begleiterkrankungen adäquat behandelt werden, da sonst kein erfolgversprechender therapeutischer Plan initiiert werden kann.

Literatur

Schuhler, P. et al. (2013). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei Patientinnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.



Dr. Holger Feindel

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Oberarzt AHG Klinik Münchwies
Zentrum für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Suchtmedizin
Turmstraße 50-58
D-66540 Neunkirchen-Münchwies
hfeindel@ahg.de

Falldokumentation

Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch

Ursula Joas

Einleitung

In den AHG-Kliniken Daun Am Rosenberg wurden bereits seit Jahren immer wieder einzelne Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ‚Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch‘ behandelt, zum einen als Patientinnen und Patienten mit entsprechender Hauptdiagnose oder entsprechender komorbider Störung. Hierbei lag der jeweilige Schwerpunkt im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms in der einzeltherapeutischen Behandlung dieses Störungsbildes der psychosomatischen Abteilung, eingebettet in das entsprechende Gesamtbehandlungsprogramm.

In 2014 wurde nunmehr ein spezifisches Behandlungskonzept zur stationären Rehabilitation für Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch der AHG-Kliniken Daun Am Rosenberg in Absprache mit dem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, entwickelt. Dies sieht die entsprechende Behandlung in einer eigenen störungsspezifischen Bezugsgruppe in der psychosomatischen Abteilung der AHG-Kliniken Daun Am Rosenberg vor, bei komorbider stoffgebundener Abhängigkeit eine Behandlung in einer eigenen Bezugsgruppe in der Abhängigkeitsabteilung.

Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Der 34-jährige Herr W. wurde von einer Suchtberatungsstelle in die stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme vermittelt. Er hatte zunächst bei einer psychosozialen Lebensberatungsstelle der Caritas um Unterstützung aufgrund des Gefühls, sein Leben nicht mehr im Griff zu haben, gebeten. Als dort die PC-/Internet-Problematik des Patienten auffiel, sei er zu einer Suchtberatungsstelle vermittelt worden.

Herr W. schilderte, dass er seit der Jugendzeit viel Zeit am PC verbringe. Verstärkt habe

sich dies noch im Alter von ca. 20 Jahren nach dem Ende einer ersten wichtigen Partnerschaft. Die PC-/Internet-Aktivitäten hätten seitdem immer wieder viel Raum eingenommen. Zuletzt habe er vor einem halben Jahr seine Stelle im Einzelhandel verloren. Seitdem sei seine Tagesstruktur vollständig aus den Fugen geraten. Er verbringe häufig 5-10 Stunden und mehr (teilweise „bis zur Erschöpfung“) pro Tag am PC, an allen Tagen in der Woche. Die problematische PC-Nutzung einzustellen, sei ihm jeweils nur kurz, z.B. für einen halben Tag gelungen. Die Summe der schul- und berufsfremden Nutzung des PCs bezifferte der Patient mit ca. 50 Stunden pro Woche. Er spiele bevorzugt Militär- und Strategiespiele sowie Egoshooter und betreue zudem eine Facebook-Gruppe. An negativen Folgen seines Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs schilderte Herr W. eine Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus, ungesunde und unregelmäßige Ernährung mit Gewichtszunahme, Vernachlässigung des Haushalts, Enttäuschung bei seinen Kindern und seiner Partnerin, sozialen Rückzug sowie Verlust von Freunden und Lebensqualität.

Neben der PC-/Internet-Problematik bestehe ein Missbrauch von Cannabis. Der Konsum sei bis vor vier Jahren oft sehr exzessiv gewesen, was unter anderem ein Grund für seine Ehefrau gewesen sei, sich zu trennen. Er habe daraufhin drei Jahre THC-abstinent gelebt. Seit ca. einem Jahr konsumiere er im Durchschnitt alle vier Wochen 0,7-1 g.

Darüber hinaus beschrieb er eine zunehmende depressive Symptomatik die durch Verlust von Lebensfreude und Libido, Insuffizienz- und Schuldgefühle, selbstvorwürfliche und selbstabwertende Grübelgedanken gekennzeichnet sei. Bei Besuchen von seiner Freundin oder seinen Kindern gelinge es ihm zeitweise sich „zusammenzureißen“. Häufig würden ihm seine Angehörigen aber auch schnell „lästig“. Vor zu viel Nähe schrecke er eher zurück, aus Angst, dass andere wahrnehmen könnten, wie es ihm wirklich gehe.

Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Der Patient sei mit zwei älteren Schwestern (+4, +7 Jahre) bei den Eltern aufgewachsen. Seine Kindheit habe er durchaus als glücklich in Erinnerung. Der Vater sei als Geschäftsmann beruflich häufig abwesend gewesen. Wenn er Zuhause gewesen sei, habe er ein „strenges Regiment“ geführt. Eine emotionale Bindung sei kaum möglich gewesen, was der Patient aber nicht als Mangel sehe. Zur Mutter (Hausfrau) habe immer eine gute Beziehung bestanden. Konflikte seien in der Familie nicht offen thematisiert oder geklärt worden. Herr W. erinnere zudem, dass beide Eltern abends häufig viel Alkohol getrunken hätten. Die Eltern würden den Patienten weiterhin (z.T. auch finanziell) unterstützen.

Herr W. habe die Mittlere Reife erworben und eine Ausbildung zum Speditionskaufmann absolviert. Er sei danach ca. 5 Jahre in diesem Beruf tätig gewesen. Nach einer 3-jährigen Phase, in der er sich um die Erziehung der Kinder gekümmert habe, sei er zuletzt 7 Jahre lang im Einzelhandel als Verkäufer tätig gewesen. Die Tätigkeit habe ihm gefallen. Er sei vor einem halben Jahr betriebsbedingt gekündigt worden. Der Kündigung sei eine längere berufliche Konfliktsituation vorausgegangen.

An wichtigen Partnerschaften beschreibt Herr W. eine Beziehung im Alter von 18-20 Jahren, der er heute z.T. noch hinterhertrauere, obwohl diese sich sehr wechselhaft gestaltet habe. Im Alter von 23 Jahren habe er seine spätere Ehefrau kennengelernt und mit 24 Jahren geheiratet. Aus der Ehe habe er zwei Söhne, 10 und 9 Jahre alt. Die Ehe sei 2010 geschieden worden. Ein Grund für das Scheitern der Ehe sei u. a. sein starker Medienkonsum gewesen. Der Patient werfe sich selbst vor, die Entwicklung seiner Kinder, obwohl er ein hohes Interesse an einer guten emotionalen Bindung zu ihnen habe, teilweise „verpasst“ zu haben. Zu den Kindern habe er regelmäßig, vor allem an Wochenenden und in den Ferien Kontakt. Seit 2 Jahren habe er wieder eine Beziehung, lebe mit der Partnerin aber nicht zusammen. Diese habe sich bereits häufiger über die exzessive PC-Nutzung des Patienten beklagt.

Der Patient habe im Jugendalter ab ca. 14 Jahren begonnen, Computer- und Konsolenspiele zu spielen. Rückblickend schätze er seinen PC-Gebrauch ab dem 18. Lebensjahr als problematisch ein. Bereits damals habe er sich bei Konflikten mit der Partnerin vor den Computer „geflüchtet“. Nach dem Ende dieser ersten wichtigen Partnerschaft habe er noch mehr Zeit am PC verbracht. Dies sei auch während

seiner Ehe immer wieder der Fall gewesen. Der PC sei zu seiner Hauptfreizeitbeschäftigung geworden. Er habe bereits morgens, bevor er zur Arbeit gegangen sei, gespielt oder sei seiner Administratorenfunktion in sozialen Netzwerken nachgekommen. Im Zuge des Arbeitsplatzkonflikts sowie dem Verlust der letzten Arbeitsstelle sei die PC-Nutzung weiter entgleist und habe neben den Besuchen der Kinder und der Partnerin fast die einzige Aktivität dargestellt.

Die Cannabis-Problematik habe sich parallel zum pathologischen PC-/Internet-Gebrauch entwickelt. Im Alter von 13 Jahren habe ein erster Probierkonsum stattgefunden. Etwa ab dem 18. Lebensjahr habe er regelmäßig Cannabis geraucht. Von 2005 bis 2010 sei der Konsum oft täglich in erheblichen Mengen erfolgt. Von 2010 bis 2013 sei er abstinent gewesen. Im Zuge des Arbeitsplatzkonflikts habe er wieder begonnen, alle paar Wochen zu konsumieren.

Die depressive Symptomatik sei erstmals im Rahmen der Trennung von der ersten Freundin aufgetreten. Seitdem würden insbesondere bei Konfrontation mit psychosozialen Belastungssituationen wiederkehrende depressive Phasen auftreten. Die aktuelle depressive Phase habe sich im Zuge eines Arbeitsplatzkonflikts sowie des daraus folgenden Verlusts des Arbeitsplatzes entwickelt.

Diagnostik

Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC)

Beim KPC handelt es sich um ein 20 Items umfassendes Screening-Verfahren zur Erfassung pathologischer Formen des Gamens, Chattens und Surfens mit dem Medium PC/Internet. Die vierstufige Antwortmöglichkeit ergibt pro Einzelaussage einen Wert zwischen 0 und 3, so dass sich bei Addition der Einzelwerte ein Gesamtergebnis zwischen 0 und 60 Punkten ergeben kann. Der klinische Cut-off-Point liegt bei einem Wertpunkt von 28. Dies bedeutet, dass bei einem gleich großen oder höheren Wertpunkt ein möglicherweise pathologischer PC-/Internet-Gebrauch vorliegen kann.

Im Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC) erzielte Herr W. einen Wert von 31 Punkten. Da der klinische Cut-off-Point bei 28 Wertpunkten liegt, spricht das Ergebnis für das Vorliegen eines Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs beim Patienten.

Persönlichkeits-Stil- und -Störungs-Inventar (PSSI)

Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinventar zur Erfassung von Persönlichkeitsstilen, die als nicht-pathologische Entsprechungen der im DSM - IV beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert sind. Das Inventar besteht aus 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet sind. Durch die Analyse von Extremausprägungen auf einzelnen Skalen kann das PSSI wichtige Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung liefern.

Herr W. erzielte leicht überdurchschnittliche Werte (T-Werte > 60) auf den Skalen „selbstbestimmt-antisozial“, „eigenwillig-paranoid“, „zurückhaltend-schizoid“, „selbstkritisch-selbstunsicher“, „kritisch-negativistisch“, „loyal-abhängig“, „spontan-borderline“ und „still-depressiv“. Darüber hinaus erzielte Herr W. einen fast unterdurchschnittlichen Wert (T-Wert = 40) auf der Skala „ehrgeizig-narzisstisch“. Diese Ergebnisse untermauern die Schwierigkeiten des Patienten, Nähe und Distanz angemessen zu regulieren, sowie den Eindruck einer eher unreifen Persönlichkeit.

Verhaltensanalytisches Bedingungsmodell

Gemäß dem entwicklungspsychopathologischen Störungsmodell nach Petry (2010) kann davon ausgegangen werden, dass Herr W. bedingt durch die häufige Abwesenheit des Vaters im Wechsel mit einer „übermächtigen, strengen Präsenz“ unsichere Bindungserfahrungen gemacht hat. Es ist anzunehmen, dass die Bedürfnisse nach einer angemessenen Grenzsetzung durch die Eltern, die Gewährung von Autonomie sowie einer ausgewogenen Regulation von Nähe und Distanz innerhalb dieser wechselnden Beziehung immer wieder frustriert wurden. Gleichzeitig wurde im Rahmen der auch strengen Erziehung ein hoher Leistungsanspruch implementiert. Darüber hinaus gab es in der Herkunftsfamilie keine Konfliktlösekultur, wodurch dem Patienten hier keine hilfreichen Vorbilder zur Verfügung standen. Des Weiteren ist zu überlegen, ob der übermäßige Alkoholkonsum der Eltern ebenfalls einer Affektregulation diente, so dass Herr W. implizit am Modell lernen konnte, dass Gefühle über „Konsum“ bewältigt werden. Insgesamt können die beschriebenen Bedingungen als prädisponierende Vulnerabilitätsfaktoren aufgefasst werden.

Die PC-/Internet-Aktivität mit ihren besonderen Merkmalen lieferte dem Patienten

die Möglichkeit, Nähe und Distanz mit einem hohen Ausmaß eigener Kontrolle zu regulieren und emotionale Entlastung in psychosozialen Belastungssituationen (z.B. Partnerschaftskrisen, Konflikten am Arbeitsplatz) zu finden. Diesen Belastungen fühlte sich Herr W. häufig nicht gewachsen, sondern reagierte (unter anderem in Zusammenhang mit einem grundlegend negativen Selbstkonzept) mit depressiven Phasen. Der Rückzug in die „virtuelle“, „sichere“ Welt ermöglichte die Verminderung von unangenehmen Gefühlen und eine passagere Stimmungsaufhellung (negative Verstärkung) sowie angenehme Ablenkung und Stimulation (positive Verstärkung), wodurch das Problemverhalten aufrechterhalten wurde. Dadurch war es dem Patienten allerdings nur unzureichend möglich, Entwicklungsaufgaben und -krisen erfolgreich zu bewältigen und so tragfähige Copingstrategien auszubilden, was einer Reifungsverzögerung entspricht. In der Folge führte eine Konfrontation mit erneuten Stresssituationen (vor dem Hintergrund hoher interner Leistungsstandards) zu Versagens- und Überforderungsgefühlen in Bezug auf die Realität, Misserfolgsmotivation und sozialem Rückzug sowie im Sinne eines Teufelskreises wiederum zu einem automatisierten Rückgriff auf die bewährte Strategie der PC-Nutzung.

Ähnliche Mechanismen wurden hinsichtlich des Cannabismisbrauchs wirksam. Auch dieser lieferte Herrn W. die Gelegenheit, unangenehme Affekte auszublenden und angenehmes Erleben zu steigern. Häufig habe er den Konsum von Cannabis zeitgleich mit der PC-/Internet-Aktivität betrieben, um die durch THC intensivierte Wahrnehmung sowie die euphorisierende Wirkung für die PC-Spiele zu nutzen.

Behandlungsziele

- Erarbeitung eines Krankheitsmodells.
- Förderung alternativer Umgangsmöglichkeiten mit Gefühlen.
- Kognitive Umstrukturierung überhöhter eigener Leistungsansprüche.
- Förderung alternativen, euthymen Erlebens
- Rückfallprävention.

Behandlungsverlauf

In der folgenden Darstellung des Therapieverlaufs soll, trotz des Vorliegens von Komorbiditäten, der Schwerpunkt auf die Schilderung der Behandlung des Pathologischen PC-/Internet-

Gebrauchs gelegt werden, da zu der Thematik der Komorbidität ein eigener Beitrag in diesem Heft vorliegt.

Zu Beginn der Therapie wurde gemeinsam im Rahmen der Erarbeitung eines plausiblen Krankheitsmodells die Funktion der problematischen PC-/Internet-Nutzung analysiert. Herr W. reflektierte selbst einen Zusammenhang zwischen seinem Medienkonsum und der Regulation von Nähe und Distanz in Beziehungen. So schilderte er eindrücklich, dass er sich manchmal einerseits ein geradezu symbiotisches „Verschmolzensein“ mit anderen wünsche, andererseits vor (emotionaler) Nähe immer wieder zurückschreke und sich am liebsten in einem „Bunker“ oder einem Panzer verstecken würde. Letzteres konnte er sich innerhalb der von ihm bevorzugten Online-Militärstrategiespiele virtuell tatsächlich erfüllen. So war es dort möglich, die Steuerung eines Panzers (inklusive entsprechender Geräusche) zu simulieren, was auf den Patienten eine besondere Faszination ausübte.

Anders als es diese Darstellung vielleicht vermuten lässt, war es Herrn W. gut möglich, sich sozial in seine Bezugsgruppe zu integrieren. Diese setzte sich sowohl aus Patienten, die ebenfalls mit der Diagnose „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ in Behandlung kamen, als auch aus Patienten mit anderen psychosomatischen Diagnosen zusammen. Anders als viele Betroffene verfügte Herr W. durchaus auch in realen Bezügen über soziale Kompetenzen und Interaktionsfähigkeit, was unter anderem mit der bislang über weite Strecken erfolgreichen Erwerbsbiographie und der Tätigkeit im Einzelhandel, die ebensolche Kompetenzen erfordert und fördert, in Zusammenhang zu bringen ist. Zudem kamen dem Patienten sein ausgeprägter Sinn für Humor sowie seine „spielerische Ader“ im Kontakt mit den Mitpatienten zugute. Die Fähigkeit zu phantasievollen, kreativem und spielerischem Tun stellt auch im Allgemeinen häufig eine Ressource von Patienten mit der Diagnose „Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch“ dar.

Dabei wurde die Nähe-Distanz-Problematik des Patienten im Verlauf dennoch deutlich, da es ihm schwer fiel, sich neben eher oberflächlichen, durch Humor geprägten Interaktionen auch auf emotionale Nähe einzulassen und sich gefühlsmäßig zu öffnen. So bemühte sich Herr W. auch im Rahmen der Einzelpsychotherapie um eine affektive Kontrolle, im Sinne einer hyperthyemen Abwehr depressiver Affekte, was den von Schuhler und Vogelgesang geschilderten Erfahrungen mit dieser Patientengruppe entspricht („Sie [...] gehen ängstigenden oder schmerzlichen Erinnerungen, Gedanken

und Bildern aus dem Weg“; Schuhler & Vogelgesang, 2012, S. 49). Nur in kleinen Schritten war es dem Patienten möglich, dieses Muster schrittweise zu verändern. Als besonders bedeutsam hierfür erwies sich der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, in der sich die Therapeutin als vertraut mit den von Herrn W. bevorzugten Interessensgebieten (z.B. Kenntnisse über Computerspiele, Science Fiction) zeigte und Verständnis für die Faszination des Patienten für diese „Welt“ zum Ausdruck brachte.

Die Integration in das klinische Setting gelang ebenfalls überwiegend zufriedenstellend. Gelegentlich fiel es Herrn W. schwer, sich an Regeln wie z.B. die zuverlässige Einhaltung aller Termine zu halten. Einmalig war eine „disziplinarische“ Verwarnung vonnöten, als der Patient einen Gruppenpsychotherapietermin verpasste, um sich spontan einem Mitpatienten aus einer anderen Gruppe bei einem Ausflug anzuschließen. Hier stellte sich die Frage nach dem Vorhandensein von Kompetenzen wie Durchhaltevermögen und die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub, was mit dem Eindruck des Vorliegens einer deutlichen Reifungsverzögerung bei Herrn W. korrespondierte.

Gegenüber einer diesbezüglichen Reflektion zeigte sich der Patient offen. Als sehr hilfreich erwies sich die Verortung in einem schematherapeutischen Modusmodell, das vor dem Hintergrund frustrierter Grundbedürfnisse in der Kindheit und Jugend problematische „Kindmodi“ und „Erwachsenenmodi“ (letztere als innere Repräsentationen problematischer Botschaften enger Bezugspersonen) unterscheidet. Es wurden Zustände, in die Menschen in gegenwärtigen Situationen bei der Aktivierung früher erlernter dysfunktionaler Schemata geraten können, ebenso wie die so genannten „Bewältigungsmodi“ (beispielsweise Selbstberuhigung durch Konsum- oder Verhaltensexzesse) betrachtet, die Menschen zum Umgang mit den schmerzhaften Gefühlen innerhalb der problematischen Modi entwickeln.

Herr W. konnte sich in diesem Modell sehr gut wiederfinden. Die „impulsiv/undisziplinierten Kindmodi“ wie auch manche Bewältigungsmodi (z.B. „distanzierte Selbstberuhigung“) passten sehr gut zu dem Konsumverhalten des Patienten (sowohl in Bezug auf den Medienkonsum als auch den von Cannabis oder das Essverhalten). Bei Aktivierung des „verletzlichen Kindmodus“ reagierte Herr W. oft mit sozialem Rückzug und emotionaler Vermeidung. Während ein ebenfalls häufig sehr stark präsenter „leistungsfordernder Elternmodus“ zu innerem Druck in Form von Selbstvorwürfen, Schuld- und Schamgefühlen

und damit wiederum zu dysfunktionalem Bewältigungsverhalten führte.

Somit konnte die Entstehung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs in einen größeren entwicklungspsychologischen Zusammenhang gestellt (und damit validiert) sowie Entwicklungsziele abgeleitet werden.

Wichtige Ziele bestanden vor allem im Erwerb von alternativen Strategien im Umgang mit Gefühlen, der Veränderung übersteigter eigener Leistungsanforderungen und der Förderung einer angemessenen Impulskontrolle vor allem im Hinblick auf eine Rückfallprävention.

Hinsichtlich des Umgangs mit Gefühlen nahm Herr W. zum einen an einem themenspezifischen Gruppenangebot „Körper- und Gefühlswahrnehmung“ teil. Zum anderen wurden im Rahmen der Einzelpsychotherapie Strategien zur Affektregulation, z.B. Selbstzuwendung statt Selbstabwertung bei Traurigkeit, thematisiert. Auch in diesem Kontext erwies sich das zuvor erarbeitete Krankheitsmodell als wichtige Grundlage.

In Bezug auf das Ziel einer Veränderung überhöhter eigener Leistungsansprüche wurde u.a. mit den Mitteln des Sokratischen Dialogs mit einer kognitiven Umstrukturierung begonnen, wobei dies ebenfalls in das schematherapeutische Modell der „problematischen Elternmodi“ eingebettet wurde. Eine Veränderung der – stark emotional verankerten – Ansprüche an sich selbst fiel Herrn W. allerdings noch sehr schwer.

Zur Förderung der Impulskontrolle sowie des Durchhaltevermögens brachte Herr W. selbst den Vorschlag ein, einen gewissen „Handyverzicht“ auszuprobieren. Der Patient durfte während seines Aufenthalts sein Smartphone weiter nutzen (worüber er auch Zugriff auf das Internet hatte). Die Nutzung wurde allerdings regelmäßig in den Einzelgesprächen gemeinsam reflektiert. In der Verzichtsphase erprobte Herr W. sein Smartphone im Schwesternzimmer abzugeben und nur einmal am Tag für eine kurze Zeit zu holen, um mit seinen Kindern zu telefonieren. Dieses Verhaltensexperiment fiel dem Patienten zeitweise schwer, konnte aber gut durchgehalten werden. Er schilderte, dass er insbesondere in dieser Phase gemerkt habe, dass er die neuen Medien nicht „braucht“, sondern andere Möglichkeiten der Beschäftigung erproben konnte. Um dies weiter zu unterstützen, nahm Herr W. am „Genustraining“ teil, in dem konkrete, „reale“ sinnliche Wahrnehmungen gefördert wurden.

Zur Rückfallprävention wurde mit dem „Ampelmodell“ (Schuhler & Vogelgesang, 2012, S. 102) gearbeitet. Herr W. reflektierte,

auf welche PC-Aktivitäten er in Zukunft ganz verzichten muss, welche als riskant und welche als ungefährlich einzuschätzen sind. Im „roten Bereich“ wurden die vom Patienten bevorzugten Online- und Offline-Strategiespiele verortet. Als „gelb“ schätzte Herr W. die Pflege sozialer Netzwerke sowie Egoshooter ein. In den ungefährlichen Bereich fielen alle weiteren alltäglichen PC-Aktivitäten wie E-Mail, Online-Buchungen, Online-Banking oder Recherchen. Ein wichtiges Ziel im Verlauf der Behandlung stellt oft die Abmeldung des Spielaccounts dar. Dies wird häufig im Rahmen einer Heimfahrt von den Patienten vorgenommen. Da der Wohnort des Patienten sehr weit entfernt lag, beauftragte er seine Partnerin mit der Löschung seines Accounts sowie der Löschung der Spiele (sowohl von der Festplatte als auch real im Sinne der Entfernung der Speichermedien aus der Wohnung). Darüber hinaus wurde ein „Krisen- und Präventionsplan“ erstellt, in dem Warnzeichen für einen drohenden Rückfall sowie Bewältigungsstrategien schriftlich festgehalten wurden.

Zum Abschluss der Behandlung fand schließlich eine Nachsorgeplanung statt. Es wurde ein Nachsorgeantrag in Anlehnung an Suchtbehandlungen für die zuweisende Beratungsstelle gestellt und der weiterbehandelnde Mitarbeiter in Absprache mit Herrn W. telefonisch über den Behandlungsverlauf informiert. Da dem Patienten im Verlauf die Störungen seiner Beziehungs- und Affektregulation deutlich geworden waren, zeigte er sich zudem motiviert, eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen. Er erhielt dazu eine Liste mit den Kontaktdaten von Psychotherapeuten in Wohnortnähe und wolle sich um einen Erstgesprächstermin bemühen.

Behandlungsergebnis

Herr W. schilderte, insgesamt von der Behandlung profitiert zu haben. Vor allem die Erarbeitung eines umfassenden Krankheitsmodells und der daraus abgeleiteten Interventionen habe für ihn einen hohen Grad an Plausibilität.

Aus therapeutischer Sicht konnte sich Herr W. Zugang zu Alternativen zum pathologischen PC-/Internet-Gebrauch erarbeiten und seine Genussfähigkeit steigern. Im Kontakt zu Mitpatienten konnte der Patient sich mit Defiziten in seiner Nähe-Distanz-Regulation auseinandersetzen und vorsichtig, in kleinen Schritten mit einer vermehrten emotionalen Öffnung beginnen. Des Weiteren war es Herrn W. möglich, seine Reifungsverzögerung zu reflektieren und Entwicklungsziele zu definieren.

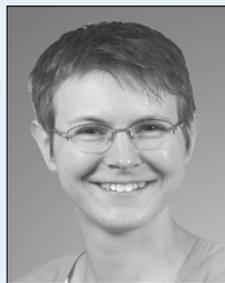
Inwieweit eine Verbesserung des Durchhaltevermögens sowie der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub, die der Patient im Rahmen des „Handyverzichts“ erproben konnte, auch im Alltag umsetzbar sein wird, ist abzuwarten.

Schwierigkeiten bei der Tagesstrukturierung, bei der Affekt- und Beziehungsregulation sowie im Hinblick auf das Durchhaltevermögen stellen derzeit weiterhin Rückfallrisiken dar. Der hohe Leidensdruck sowie die Selbstreflexionsfähigkeit des Patienten sind als wichtige Aktiva zu betrachten. Unter der Voraussetzung einer konsequenten Nutzung der Nachsorgeangebote wurde deshalb zum Zeitpunkt der Entlassung insgesamt von einer positiven Prognose ausgegangen.

Literatur

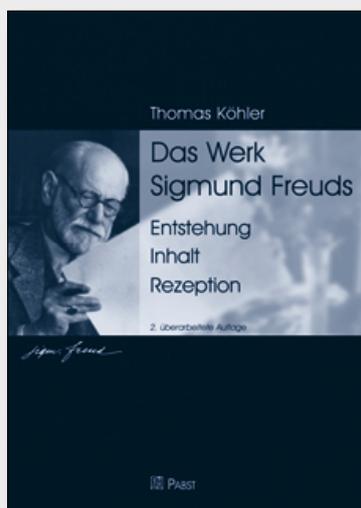
- Fassbinder, E., Schweiger, U. & Jacob, G. (2011). *Therapie-Tools Schematherapie*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Petry, J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Roediger, E. (2009). *Was ist Schematherapie? Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung*. Paderborn: Junfermann.

- Rolffs, M., Missel, P. & Petry, J. (2014). *Konzept zur stationären Rehabilitation für Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch der AHG Kliniken Daun Am Rosenberg (Zielgruppenkonzept)*.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012). *Pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Eine Therapieanleitung. Göttingen: Hogrefe.
- Wilken, B. (2008). *Methoden der kognitiven Umstrukturierung: Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.



Ursula Joas

Dipl.-Psychologin, Biofeedbacktherapeutin
Bezugstherapeutin in der Abteilung für
Psychosomatik der AHG Kliniken Daun –
Am Rosenberg
AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg
Schulstraße 6
D-54550 Daun
ujoas@ahg.de



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Thomas Köhler

Das Werk Sigmund Freuds

Entstehung · Inhalt · Rezeption

Der Band porträtiert Sigmund Freud mit seinen Theorien und seiner Biographie: übersichtlich, unter ständigem Bezug auf Originalschriften. Das Freudsche Werk wird danach beurteilt, ob es logisch widerspruchsfrei ist und durch empirische Befunde adäquat gestützt werden kann.

Der Arzt und Psychologe „Köhler hat Schneisen in ein Dickicht geschlagen, die den Blick wieder freigeben auf Freuds Theorien... Ein lesenswertes, herausforderndes Buch, dem zu wünschen wäre, es ginge nicht in der Flut der Pro- und Kontra-Schriften unter.“

(DIE ZEIT)

2014 · 2. überarbeitete Auflage · 760 Seiten
ISBN 978-3-89967-975-5 · Preis: 50,- Euro

Neurobiologie der Internetabhängigkeit

Nina Romanczuk-Seiferth

Als Verhaltenssuchte werden umgangssprachlich solche Verhaltensweisen bezeichnet, die exzessiv betrieben werden und den Betroffenen so entgleiten, dass eine Beeinträchtigung der Lebensführung und des Wohlbefindens resultiert. Aus ätiologischer Perspektive ist die Diskussion darüber anhaltend, ob derlei pathologische Verhaltensweisen – wie bisher gemäß ICD-10 – den Impulskontrollstörungen zuzuordnen sind, oder passender in den Bereich der Zwangsspektrumstörungen oder der Suchterkrankungen gehören. Für Verhaltensweisen wie pathologisches Glücksspiel haben klinische wie auch neurobiologische Ähnlichkeiten zu substanzgebundenen Störungen kürzlich im DSM-5 zu einer Einordnung unter den Abhängigkeitserkrankungen geführt. Für andere Verhaltensweisen, wie etwa die exzessive Nutzung des Internets, ist die Befundlage weniger klar. Dieser Artikel soll einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung im Bereich der neurobiologischen Grundlagen der so genannten Internetsucht mit Hilfe funktionell bildgebender Verfahren geben.

Einleitung

Verhaltensweisen, die wiederholt und exzessiv betrieben werden, die Lebensführung der betroffenen Person beherrschen und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führen, werden umgangssprachlich unter dem Begriff der Verhaltenssuchte oder auch der nicht-stoffgebundenen Süchte subsumiert. Die exzessive Nutzung von neuen Medien spielt hierbei eine wichtige Rolle, insbesondere die so genannte Internetsucht wird als relevanter Vertreter dieser Kategorie diskutiert.

1 Begriffliche (Un)Schärfe

Die rasante Entwicklung und in vielen Ländern weitestgehend flächendeckende Verbreitung des Internets hat zu zahlreichen Verzahnungen mit dem alltäglichen Leben geführt. Während die neue Technik an vielen Stellen für Vereinfachungen und Beschleunigung sorgt, können Effekte wie etwa das subjektive Gefühl der ständigen Verfügbarkeit zum psychosozialen Stressor werden. Auch sind die exzessive Nutzung bestimmter Internetanwendungen, wie Chats oder Online-Computerspiel, von gesundheitlicher Relevanz. Rasant entwickelt sich die Nutzung neuer Medien und des Internets derzeit und damit verbundene Probleme erfordern dringende Anpassungen innerhalb der Gesellschaft. Aus einer kategorialen Krankheitsperspektive ist eine pathologische Nutzung des Internets gleichzeitig schwer fassbar. Aufgrund der klinischen Parallelen zu Abhängigkeitserkrankungen wird analog der umgangssprachlichen Bezeichnung auch in der psychologischen Fachliteratur die Perspektive einer suchartigen Internetnutzung diskutiert (Cash, Rae, Steel & Winkler, 2012; Weinstein & Lejoyeux, 2010; Wölfling & Müller, 2010). Charakteristisch sind hierbei ein starker und als unkontrollierbar erlebter Drang, online sein zu müssen, hohe Nutzungszeiten und die Fortführung der Online-Aktivitäten trotz erlebter Beeinträchtigungen der Lebensführung. Dennoch bleibt der Begriff der Internetsucht ein Sammelbegriff, welcher die mögliche suchthafte Nutzung verschiedener Internetanwendungen zusammenfasst, darunter soziale Netzwerke, Online-Pornographie und Online-Glücksspiel (Müller, Beutel & Wölfling, 2014; Rumpf et al., 2014). Den bisher am intensivsten beforschten Vertreter stellen aber Online-Computerspiele dar. Das Phänomen der Internetsucht bedarf aktuell also einer klaren und klinisch-therapeutisch relevanten Definition, welche der bisherigen diagnostischen Unschärfe trotz und so auch die Mehrung aussagekräftiger wissenschaftlicher Evidenz in diesem Bereich ermög-

licht. Auch mit Blick auf die Vermeidung einer unberechtigten Pathologisierung innerhalb des gegebenen vielfältigen Spektrums menschlichen Verhaltens ist dies von hoher Relevanz. Führende Experten bemühen sich daher um einen elaborierten Konsens in Diagnostik und Forschung, um zeitnah fruchtbare Erkenntnisse hinsichtlich Ätiologie und Therapie pathologischer Internetnutzung zu ermöglichen (Petry et al., 2014).

2 Was uns das Gehirn verrät – funktionell bildgebende Studien

Hinsichtlich möglicher Pathomechanismen der Verhaltenssuchte sind die neurobiologischen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu stoffgebundenen Abhängigkeiten zu einem interessanten und wachsenden Forschungsfeld geworden – auch mit Blick auf mögliche störungsübergreifende ätiologische Konzepte suchthaften Verhaltens (Mann, Fauth-Bühler, Seiferth & Heinz, 2013). Wie bereits erwähnt, mehren sich in der relevanten wissenschaftlichen Literatur solche Studien, die sich im Zusammenhang mit pathologischer Internetnutzung auch mit der Verarbeitung von Belohnungen und belohnungsassoziierten Reizen im Gehirn beschäftigen. Hier steht die Funktion des dopaminergen, mesokortikolimbischen Systems, auch als Belohnungssystem bezeichnet, im Vordergrund. Aufgrund der nosologischen Einordnung unter den Impulskontrollstörungen haben sich frühere Studien vorwiegend mit Mechanismen der Verhaltens- oder auch Impulskontrolle beschäftigt. Im Überblick der neurobiologischen Grundlagen von Verhaltenssuchten insgesamt (Kiefer, Fauth-Bühler, Heinz & Mann, 2013) wird deutlich, dass die systematische Forschung zur Neurobiologie der Internetsucht, im Vergleich zu etwa der Befundlage bei pathologischem Glücksspiel (Romanczuk-Seiferth, van den Brink & Goudriaan, 2014), noch am Anfang steht.

Betrachtet man exzessive Internetnutzung aus der Perspektive einer Sucht, so sind besonders verschiedene Reiz-Reaktions- bzw. Verstärkungsbedingungen im Sinne operanter und klassischer Konditionierung interessant. Hierbei imponiert besonders der Übergang zwischen zielgerichtetem Verhalten und automatisierten, neurobiologisch modifizierten Reaktionsmustern (Vollstädt-Klein et al., 2010), so dass dem initialen Ziel des Verhaltens im Verlauf immer geringere Bedeutung zukommt. Im Bereich der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzabhängigkeiten betont daher die Forschungsliteratur vor allem die

Rolle des zerebralen Belohnungssystems (Koob & Volkow, 2010), im Detail die verstärkte Aktivität in dopaminergen Mittelhirnneuronen bei Erwartung bzw. Erhalt der Suchtsubstanz. Letztere projizieren zum ventralen Striatum, einer Kernregion des Belohnungssystems, und anderen mesolimbischen Strukturen im Gehirn. Wie Nesse und Berridge (Nesse & Berridge, 1997) vorschlugen, findet hierbei eine motivationale Fokussierung auf das suchthafte Verhalten statt, was inzwischen in zahlreichen neurobiologischen Studien für substanzgebundene Süchte (Kienast, Wrase & Heinz, 2008), aber auch für Verhaltenssuchte wie pathologisches Glücksspiel, belegt wurde (Balodis et al., 2012; de Ruiter et al., 2009; Reuter et al., 2005; Romanczuk-Seiferth, Koehler, Dreessen, Wüstenberg & Heinz, 2014). Der Einsatz moderner Bildgebungsmethoden, wie der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT; auch funktionelle Kernspintomographie), ermöglicht in vivo die Untersuchung der Hirnfunktionen des Menschen. Mithilfe dieser Methoden konnte das Verständnis der Entstehung, des Verlaufs sowie der Folgen psychischer Erkrankungen in den letzten zwei Jahrzehnten stark verbessert werden. Verglichen mit der Anzahl an Studien zu substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen wurden bislang nur relativ wenig Forschungsarbeiten zu den neurobiologischen Grundlagen von Verhaltenssuchten, insbesondere der Internetsucht, veröffentlicht. Dennoch erlauben diese ein erstes Verständnis möglicher neuroadaptiver Mechanismen im Rahmen pathologischen Internetgebrauchs. Im Folgenden werden aktuelle wissenschaftliche Befunde zu neurobiologischen Prozessen wie Reiz-Reagibilität, Belohnungssensitivität und Verhaltenskontrolle bei exzessiver Internetnutzung vorgestellt. Der weiterführend interessierte Leser sei auch auf Übersichtsarbeiten zur Neurobiologie der Computer- und Internetsucht im deutschsprachigen bzw. internationalen Raum hingewiesen (Brand, Young & Laier, 2014; Kuss & Griffiths, 2012; Kuss, 2013; Lam, 2014; Yuan, Qin, Liu & Tian, 2011).

Reiz-Reagibilität

Der Begriff der Reiz-Reagibilität (engl. cue reactivity) bezeichnet eine gelernte, verstärkte Reaktionsbereitschaft für suchtassoziierte Reize (engl. cues) und wurde ursprünglich für den Bereich der Substanzabhängigkeiten verwendet (z.B. Vollstädt-Klein et al., 2012). Sowohl hinsichtlich behavioraler Effekte (Decker & Gay, 2011; van Holst et al., 2012; Yen et al., 2011; Zhou, Yuan & Yao, 2012) als auch mit Blick auf die neu-

robiologische Verarbeitung von Reizen (Han et al., 2011; Ko et al., 2009, 2011, 2013; Lorenz et al., 2013; Sun et al., 2012), die mit einer exzessiven Internetnutzung assoziiert sind, wurden inzwischen verschiedene Studien durchgeführt. Hierzu wurden mit fMRT die Veränderungen der reizgekoppelten Reaktionsbereitschaft bei exzessiven Internetnutzern mittels Reiz-Reagibilitäts-Aufgaben (Han et al., 2011; Ko et al., 2009, 2011, 2013) oder auch Dotprobe-Aufgaben (Lorenz et al., 2013) untersucht. Es ließ sich so bei Konfrontation mit internetassoziierten Reizen eine vermehrte Aktivierung in verschiedenen Hirnregionen nachweisen, darunter mehrere frontale Areale (orbitofrontaler, dorsolateraler sowie medialer Präfrontalkortex), das Cingulum und der Gyrus parahippocampalis. Diese Befunde lassen sich im Sinne eines erhöhten Anreizes der Internetaktivität bei exzessiven Internetnutzern interpretieren, auch zeigt sich eine erhöhte Beteiligung von Gedächtnisstrukturen. Zudem ließ sich ein relativer Rückgang dorsolateral präfrontaler und parahippocampaler Aktivierung bei remittierten internetabhängigen Personen beschreiben (Ko et al., 2011).

Belohnungssensitivität

Die Reagibilität des mesokortikolimbischen Verstärkersystems des Gehirns, auch als Belohnungssystem bekannt, auf potentiell für den Organismus relevante Reize wird durch verschiedene Variablen moduliert (Baik, 2013). Daher ergibt sich in Abhängigkeit einer Vielzahl von Faktoren eine differenzielle Reagibilität einer Person auf natürliche Verstärker, wie Essen, Trinken, Sexualität, bzw. auf sekundäre Verstärker, wie Geld etc. Wie bereits erwähnt, finden auch im Rahmen einer Suchtentwicklung Veränderungen der Sensibilität des Belohnungssystems für übliche Verstärker statt. Patienten mit einer substanzgebundenen Erkrankung zeigen eine verminderte Sensitivität gegenüber herkömmlichen Belohnungsreizen wie beispielsweise Geld.

Zu möglichen Veränderungen der Verarbeitung von Verstärkern im mesokortikolimbischen System des Gehirns sind im Bereich Computer- und Internetsucht bisher nur wenige fMRT-Studien veröffentlicht worden (Dong, Hu & Lin, 2013; Dong, Huang & Du, 2011): Hier wurde anhand der Verarbeitung von Geldgewinnen und -verlusten bei einer Kartenrateaufgabe bei Erwachsenen mit problematischem Online-Spielverhalten gezeigt, dass diese eine stärkere Aktivität im orbitofrontalen Kortex während Geldgewinnen und eine verminderte Aktivität im anterioren Cingulum während

monetärer Verluste im Vergleich zu Kontrollpersonen aufwiesen. Unklar bleibt, ob eine veränderte Belohnungssensitivität auch für exzessive Internetnutzung anderer Art kennzeichnend ist.

Verhaltenskontrolle

Basierend auf der Sichtweise, dass sich ein problematisches oder pathologisches Verhalten aufgrund unzureichender Verhaltenshemmung entwickelt, sind exzessive Verhaltensweisen diagnostisch vielfach den so genannten Impulskontrollstörungen zugeordnet worden. Einem traditionellen, hierarchischen Verständnis des Gehirns folgend, standen dabei lange Zeit mögliche Defizite präfrontal lokalisierter Kontrollfunktionen des Gehirns im Fokus der neurowissenschaftlichen Forschung. Obgleich dem präfrontalen Kortex ohne Frage eine wichtige Rolle in der Verhaltenssteuerung, Verhaltensanpassung sowie Entscheidungsfindung zukommt, ist eine rein unidirektionale Steuerung und Kontrolle des Verhaltens von präfrontalen zu subkortikalen Hirnzentren eine überholte Perspektive. Vielmehr bestehen komplexe Wechselwirkungen zwischen verschiedenen funktionellen Systemen des Gehirns, welche Verhaltenshemmung, aber auch Verhaltensmodifikation über Umlernprozesse ermöglichen (Daniel & Pollmann, 2014). So wird zunehmend ein besseres Verständnis von Merkmalen der Sucht wie dem Kontrollverlust erreicht, was zunehmend auch neurobiologisch fundierte therapeutische Ansätze stimuliert (Dong & Potenza, 2014).

Für den Bereich der Internetsucht wurden inzwischen einige Studien publiziert, die sich mit neurobiologischen Veränderungen der Verhaltenshemmung (engl. response inhibition) bei exzessiven Internetnutzern beschäftigen (Chen et al., 2014; Ding et al., 2014; Dong, Devito, Du & Cui, 2012; Dong, Lin, Zhou & Lu, 2014; Dong, Hu, Lin & Lu, 2013; Dong, Shen, Huang & Du, 2013; Ko et al., 2014; Liu et al., 2014). In einer der ersten Studien untersuchten Dong und Kollegen (Dong, Devito, et al., 2012) mittels des Farb-Wort-Interferenz-Tests (sog. Stroop-Test) die Fähigkeit zur Reaktionsunterdrückung bei Interferenz. Dabei zeigten die exzessiven Internetnutzer eine relativ erhöhte Aktivität im anterioren und posterioren Cingulum, was die Autoren als kompensatorischen Prozess infolge einer verminderten Effizienz inhibitorischer Kontrollfunktionen interpretierten. Eine erhöhte Aktivität fronto-striataler Strukturen während Prozessen der Verhaltenshemmung bestätigte sich auch in einer „Go/No-go“-Aufgabe

(Ko et al., 2014), wobei für prämotorische Areale eine verminderte Aktivität während notwendiger Verhaltenshemmung bei Internetabhängigen gezeigt wurde (Chen et al., 2014).

Darüber hinaus wurden auch Veränderungen der neurobiologischen Grundlagen des Fehlermonitoring beschrieben, einer wichtigen kognitiven Teilfunktion in der Verhaltensmodifikation: Dong und Kollegen (Dong, Shen, et al., 2013) nutzen eine Stroop-Aufgabe und brachten so eine erhöhte Aktivität des anterioren Cingulums während Fehlermonitorings mit dem Schweregrad der Internetabhängigkeit in Verbindung. Ko und Kollegen (2014) hingegen konnten mit Hilfe einer „Go/No-go“-Aufgabe kürzlich zeigen, dass Hirnregionen innerhalb des so genannten Saliensnetzwerks (Insula) bei Fehlermonitoring weniger reagibel waren.

Ruheaktivität des Gehirns

Eine erste Studie zu Aktivitätsmustern des Gehirns in Ruhe (engl. resting state) bei abhängigen Online-Computerspielern zeigte eine erhöhte regionale Homogenität in Strukturen der sensorisch-motorischen Koordination, während sich im Vergleich zu Gesunden in visuellen und auditiven Netzwerken weniger Ruheaktivität zeigte. Ein tieferes Verständnis der grundlegenden Reaktionsbereitschaft im Gehirn im Rahmen exzessiver Internetnutzung benötigt aber eingehendere Untersuchungen.

Methodische Einschränkungen

Auch wenn erste Studien vielversprechende und interessante Ergebnisse beschreiben, ist aus methodischen Gesichtspunkten zu berücksichtigen, dass bisher zumeist nur kleine Stichproben von Personen mit Internetabhängigkeit mittels fMRT untersucht wurden. Zudem ist die Heterogenität der untersuchten Stichproben (Kultur/Land der Studie; Art der Internetaktivität; Schweregrad der Beeinträchtigung; verwendete diagnostische Kriterien; Dauer der pathologischen Entwicklung; Alter; Geschlecht; Komorbiditäten etc.) zu berücksichtigen und erschweren die Vergleichbarkeit der bisherigen Evidenz, so dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtheit der Betroffenen eingeschränkt ist. Auch wurde in diesem Artikel nicht näher auf strukturell bildgebende Befunde im Bereich Computer- und Internetabhängigkeit eingegangen (Dong, DeVito, Huang & Du, 2012; Yuan et al., 2013).

3 Fazit für die Praxis

Bisherige funktionelle Bildgebungsbefunde zu Veränderungen in neurokognitiven Prozessen wie Reiz-Reagibilität, Belohnungssensitivität und Verhaltenskontrolle, unterstützen die Einordnung exzessiver Internetnutzung unter den Verhaltenssuchten. Eine zentrale Rolle spielt dabei eine veränderte Funktion des dopaminergen, mesokortikolimbischen Belohnungssystems. Deuten die Befunde zwar auf neurobiologische Ähnlichkeiten zu substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen hin, müssen jedoch weitere Studien diese Befunde erhärten und sich auch gezielt mit möglichen Unterschieden auseinandersetzen. Der Entwicklung weiterer, naturalistischer Paradigmen, wie etwa durch Einsatz virtueller Realität, sowie der Ableitung neurobiologisch fundierter Therapieansätze für Computer- und Internetabhängigkeit kommt dabei in der Zukunft besondere Bedeutung zu.

Literatur

- Baik, J.-H. (2013). Dopamine signaling in reward-related behaviors. *Frontiers in Neural Circuits*, 7, 152.
- Balodis, I. M., Kober, H., Worhunsky, P. D., Stevens, M. C., Pearson, G. D. & Potenza, M. N. (2012). Diminished Frontostriatal Activity During Processing of Monetary Rewards and Losses in Pathological Gambling. *Biological Psychiatry*, 71, 749-757.
- Brand, M., Young, K. S. & Laier, C. (2014). Prefrontal control and internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 375.
- Cash, H., Rae, C. D., Steel, A. H. & Winkler, A. (2012). Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. *Current Psychiatry Reviews*, 8, 292-298.
- Chen, C.-Y., Huang, M.-F., Yen, J.-Y., Chen, C.-S., Liu, G.-C., Yen, C.-F. & Ko, C.-H. (2014). Brain correlates of response inhibition in Internet gaming disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. doi:10.1111/pcn.12224
- Daniel, R. & Pollmann, S. (2014). A universal role of the ventral striatum in reward-based learning: Evidence from human studies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 114C, 90-100.
- De Ruiter, M. B., Veltman, D. J., Goudriaan, A. E., Oosterlaan, J., Sjoerds, Z. & van den Brink, W. (2009). Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punish-

- ment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 34, 1027-1038.
- Decker, S. A. & Gay, J. N. (2011). Cognitive-bias toward gaming-related words and disinhibition in World of Warcraft gamers. *Computers in Human Behavior*, 27, 798-810.
- Ding, W., Sun, J., Sun, Y.-W., Chen, X., Zhou, Y., Zhuang, Z., ... Du, Y. (2014). Trait impulsivity and impaired prefrontal impulse inhibition function in adolescents with internet gaming addiction revealed by a Go/No-Go fMRI study. *Behavioral and Brain Functions: BBF*, 10, 20.
- Dong, G., Devito, E. E., Du, X. & Cui, Z. (2012). Impaired inhibitory control in "internet addiction disorder": a functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research*, 203, 153-158.
- Dong, G., DeVito, E., Huang, J. & Du, X. (2012). Diffusion tensor imaging reveals thalamus and posterior cingulate cortex abnormalities in internet gaming addicts. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1212-1216.
- Dong, G., Hu, Y. & Lin, X. (2013). Reward/punishment sensitivities among internet addicts: Implications for their addictive behaviors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 46, 139-145.
- Dong, G., Hu, Y., Lin, X. & Lu, Q. (2013). What makes Internet addicts continue playing online even when faced by severe negative consequences? Possible explanations from an fMRI study. *Biological Psychology*, 94, 282-289.
- Dong, G., Huang, J. & Du, X. (2011). Enhanced reward sensitivity and decreased loss sensitivity in Internet addicts: an fMRI study during a guessing task. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1525-1529.
- Dong, G., Lin, X., Zhou, H. & Lu, Q. (2014). Cognitive flexibility in internet addicts: fMRI evidence from difficult-to-easy and easy-to-difficult switching situations. *Addictive Behaviors*, 39, 677-683.
- Dong, G. & Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.005
- Dong, G., Shen, Y., Huang, J. & Du, X. (2013). Impaired error-monitoring function in people with Internet addiction disorder: an event-related fMRI study. *European Addiction Research*, 19, 269-275.
- Han, D. H., Bolo, N., Daniels, M. A., Arenella, L., Lyoo, I. K. & Renshaw, P. F. (2011). Brain activity and desire for Internet video game play. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 88-95.
- Kiefer, F., Fauth-Bühler, M., Heinz, A. & Mann, K. (2013). [Neurobiology of behavioral addictions]. *Der Nervenarzt*, 84, 557-562.
- Kienast, T., Wrase, J. & Heinz, A. (2008). [Neurobiology of substance-related addiction: findings of neuroimaging]. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 76 Suppl 1, S68-76.
- Ko, C.-H., Hsieh, T.-J., Chen, C.-Y., Yen, C.-F., Chen, C.-S., Yen, J.-Y., ... Liu, G.-C. (2014). Altered brain activation during response inhibition and error processing in subjects with Internet gaming disorder: a functional magnetic imaging study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. doi:10.1007/s00406-013-0483-3.
- Ko, C.-H., Liu, G.-C., Hsiao, S., Yen, J.-Y., Yang, M.-J., Lin, W.-C., ... Chen, C.-S. (2009). Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 739-747.
- Ko, C.-H., Liu, G.-C., Yen, J.-Y., Chen, C.-Y., Yen, C.-F. & Chen, C.-S. (2011). Brain correlates of craving for online gaming under cue exposure in subjects with Internet gaming addiction and in remitted subjects. *Addiction Biology*, 18, 559-569.
- Ko, C.-H., Liu, G.-C., Yen, J.-Y., Yen, C.-F., Chen, C.-S. & Lin, W.-C. (2013). The brain activations for both cue-induced gaming urge and smoking craving among subjects comorbid with Internet gaming addiction and nicotine dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 486-493.
- Koob, G. F. & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35, 217-238.
- Kuss, D. J. (2013). Internet gaming addiction: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 125-137.
- Kuss, D. J. & Griffiths, M. D. (2012). Internet and gaming addiction: a systematic literature review of neuroimaging studies. *Brain Sciences*, 2, 347-374.
- Lam, L. T. (2014). Internet gaming addiction, problematic use of the internet, and sleep problems: a systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 16, 444.
- Liu, G.-C., Yen, J.-Y., Chen, C.-Y., Yen, C.-F., Chen, C.-S., Lin, W.-C. & Ko, C.-H. (2014). Brain activation for response inhibition under gaming cue distraction in internet gaming disorder. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 30, 43-51.
- Lorenz, R. C., Krüger, J.-K., Neumann, B., Schott, B. H., Kaufmann, C., Heinz, A. & Wüstenberg, T. (2013). Cue reactivity and its inhibition in pathological computer game players. *Addiction Biology*, 18, 134-146.

- Mann, K., Fauth-Bühler, M., Seiferth, N. & Heinz, A. (2013). The concept of behavioral addiction and limits of the term addiction. *Der Nervenarzt*, *84*, 548-556.
- Müller, K. W., Beutel, M. E. & Wölfling, K. (2014). A contribution to the clinical characterization of Internet addiction in a sample of treatment seekers: validity of assessment, severity of psychopathology and type of co-morbidity. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, 770-777.
- Nesse, R. & Berridge, K. (1997). Psychoactive drug use in evolutionary perspective. *Science*, *278*, 63-66.
- Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A., Lemmens, J. S., Rumpf, H.-J., Mößle, T., ... O'Brien, C. P. (2014). An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction*, *109*, n/a-n/a.
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Gläscher, J. & Büchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience*, *8*, 147-148.
- Romanczuk-Seiferth, N., Koehler, S., Dreesen, C., Wüstenberg, T. & Heinz, A. (2014). Pathological gambling and alcohol dependence: neural disturbances in reward and loss avoidance processing. *Addiction Biology*. doi:10.1111/adb.12144.
- Romanczuk-Seiferth, N., van den Brink, W. & Goudriaan, A. E. (2014). From symptoms to neurobiology: pathological gambling in the light of the new classification in DSM-5. *Neuropsychobiology*.
- Rumpf, H.-J., Vermulst, A. A., Bischof, A., Kastirke, N., Gürtler, D., Bischof, G., ... Meyer, C. (2014). Occurrence of internet addiction in a general population sample: a latent class analysis. *European Addiction Research*, *20*, 159-166.
- Sun, Y., Ying, H., Seetohul, R. M., Xuemei, W., Ya, Z., Qian, L., ... Ye, S. (2012). Brain fMRI study of crave induced by cue pictures in online game addicts (male adolescents). *Behavioural Brain Research*, *233*, 563-576.
- Van Holst, R. J., Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., Peter, J., Veltman, D. J. & Goudriaan, A. E. (2012). Attentional bias and disinhibition toward gaming cues are related to problem gaming in male adolescents. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *50*, 541-546.
- Vollstädt-Klein, S., Loeber, S., Richter, A., Kirsch, M., Bach, P., von der Goltz, C., ... Kiefer, F. (2012). Validating incentive salience with functional magnetic resonance imaging: association between mesolimbic cue reactivity and attentional bias in alcohol-dependent patients. *Addiction Biology*, *17*, 807-816.
- Vollstädt-Klein, S., Wichert, S., Rabinstein, J., Bühler, M., Klein, O., Ende, G., ... Mann, K. (2010). Initial, habitual and compulsive alcohol use is characterized by a shift of cue processing from ventral to dorsal striatum. *Addiction (Abingdon, U.K.)*, *105*, 1741-1749.
- Weinstein, A. & Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *36*, 277-283.
- Wölfling, K. & Müller, K. W. (2010). [Pathological gambling and computergame-addiction. Current state of research regarding two subtypes of behavioural addiction]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *53*, 306-312.
- Yen, J.-Y., Yen, C.-F., Chen, C.-S., Tang, T.-C., Huang, T.-H. & Ko, C.-H. (2011). Cue-induced positive motivational implicit response in young adults with Internet gaming addiction. *Psychiatry Research*, *190*, 282-286.
- Yuan, K., Cheng, P., Dong, T., Bi, Y., Xing, L., Yu, D., ... Tian, J. (2013). Cortical thickness abnormalities in late adolescence with online gaming addiction. *PLoS One*, *8*, e53055.
- Yuan, K., Qin, W., Liu, Y. & Tian, J. (2011). Internet addiction: Neuroimaging findings. *Communicative & Integrative Biology*, *4*, 637-639.
- Zhou, Z., Yuan, G. & Yao, J. (2012). Cognitive biases toward Internet game-related pictures and executive deficits in individuals with an Internet game addiction. *PLoS One*, *7*, e48961.



Dr. Nina Romanczuk-Seiferth

Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Neurowissenschaftlerin
Leitende Psychologin und Leiterin der Arbeitsgruppe „Emotional Neuroscience“ an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte
Charitéplatz 1
D-10117 Berlin
nina.seiferth@charite.de; psy-ccm.charite.de

Die Bebilderung der Zukunft. Zu Geschichte und Kontexten des österreichischen Science-Fiction-Films

Thomas Ballhausen

Kino erscheint uns als Zeitmaschine, die in beide Richtungen funktioniert, uns also die Vergangenheit ebenso vorzuführen imstande ist, wie eine mögliche Zukunft zu projizieren. Das Wunderwerk Kinematographie dient dabei als Bildproduzent, als Option der konkreten Vorstellungsentwicklung – und eben auch der massenwirksamen und breiten Vermittlung ebendieser Ideen. Der Komplex Film ist als das visuelle Leitmedium des 20. Jahrhunderts selbst vom Innovationswillen und dem Wunsch nach technischer (Weiter-)Entwicklung ganz deutlich geprägt. Besonders das Genre des Phantastischen Films erweist sich dabei nicht nur als großartige Möglichkeit der Unterhaltung, sondern eben auch als visionärer Taktgeber für die tatsächlichen und angenommenen technischen und sozialen Entwicklungen, die mal positiv und bestätigend, dann wieder dystopisch und warnend dargestellt werden. Es sind deshalb auch die klassischen Themen der Moderne, die sich im Phantastischen Film – der sich erst in den Dreißiger und Vierziger Jahren des letzten Jahrhunderts zu den entsprechenden Genres weiter ausdifferenzieren sollte – nachweisen lassen: Verhandelt werden Fragen der Wissenschaft, der Forschung und Technik ebenso wie die Komplexe Urbanität, Künstlichkeit und Kontrolle bzw. Kontrollverlust. Eine Klammerfunktion für diese vielfältigen, facettenreichen Aspekte bietet die Idee der Reise, wie sie uns ab der literarischen und philosophischen Spätaufklärung entgegentritt. Die Rückwirkungen der explorativ-expansiven Phase der Frühen Neuzeit sind noch deutlich spürbar, die bildgewaltigen Rückkopplungen machen sich auf dem europäischen Kontinent in den Vorstellungswelten breit. Dass diese Imaginationen sich dabei nicht selten zu alptraumhaften Phantasmen auswachsen, liegt dabei auf der Hand – die thematische Überschneidung des Exotischen, des Erotischen und des Befremdlichen in der philosophischen und phantastischen Reise (-beschreibung) ist die auch in den wesentlich später entstehenden Filmbeispielen noch unübersehbare Folge. Gesucht wird in den daran

anschließenden (filmischen) Unternehmungen aber im Abgleich mit dem Fremden weniger das extraterrestrische Leben als vielmehr die außerirdische Intelligenz – geht man wohlwollend davon aus, dass der dritte Planet unseres Sonnensystems von intelligenten Humanoiden bewohnt wird. Gerade an diesem Punkt wird auch noch ein anderer Aspekt dieses Genres deutlich: Besonders die Filme, die über eine auch mit Jahreszahl genau fixierte Zukunft berichten, die wir realhistorisch bereits hinter uns gelassen haben, erlauben eine Form des kritischen Abgleichs, der sich nicht nur über die utopischen Vorstellungen des jeweiligen Werks manifestiert, sondern darüber hinaus auch über die Entstehungszeit des Exempels Auskunft gibt. Film erweist sich aus dieser Perspektive erneut als multidimensionale Quelle für eine Vielzahl historischer und gesellschaftlicher Fragestellungen. Der Blick ins Archiv kann uns somit die Augen für aktuelle Entwicklungen öffnen; in den Depots lagert auch die *potentielle* Zukunft, die nach einer differenzierten Perspektive verlangt, um sie für uns sichtbar zu machen.

Aufblende

Die österreichischen Filmbeispiele, die dem Science Fiction zugeordnet werden können oder aber zumindest entsprechende Elemente aufweisen, greifen ganz im Sinne des Genres ein breites Themenspektrum auf – es ist aber doch auffällig, dass die Sonne und (ihr) Licht verhältnismäßig häufig im Zentrum der entsprechenden Arbeiten stehen. Die Sonne – oder stellvertretend für sie: das Licht ganz generell – ist eine Konstante des österreichischen phantastischen Films. Räumlich und auch narrativ ist sie der uns nächste Stern, die Wärme- und Lichtquelle unseres Heimatplaneten. Jetzt, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, hat die Sonne die Mitte ihrer Lebenszeit erreicht, die noch etwa 4, 5 Milliarden Jahre andauern wird, bis dann das Heliumbrennen in ihr aufhört und sie sich

nach und nach in einen Roten Riesen verwandelt wird. Das ungleichgewichtige Verhältnis zwischen ihr und der Erde und das mitunter abstrakt anmutende Zahlenwerk der exakten Astronomie sind dabei nicht unwesentliche Impulsgeber der ungebrochenen Faszination für sie. Dabei vergessen wir nur zu leicht, wie durchschnittlich unser Sonnensystem ist, wie gemütlich und heimelig wir es eigentlich haben. Beobachten wir – real oder auch filmisch – die Himmelskörper, müssten wir uns eigentlich permanent verdeutlichen, dass wir in die Vergangenheit sehen. Dem Prinzip der sogenannten Rotverschiebung unterworfen, beobachten wir das Licht weit entfernter Sterne. Je weiter die jeweilige Entfernung ist, desto weiter sehen wir in die Vergangenheit zurück. Science Fiction betreibt somit auch eine Umwertung der Koordinaten von Raum und Zeit: Der Blick in den nächtlichen Sternenhimmel und der Blick auf die Leinwand ermöglichen es, Vergangenheit und Zukunft über das gegenwärtige Moment des Schauens zu verschalten. Von der Weltbeleuchtung zur Filmbelichtung ist es hier nur mehr ein kleiner Schritt. Überdies bleiben ja weder das Universum noch der Film still stehen: die Rollen laufen ab, das Universum, sich ohnehin ständig und vielfach bewegend, dehnt sich und somit auch die Raumzeit weiter aus. Die Abstände zwischen den Sternen werden immer größer, das Ende beider Vorstellungen ist die endgültige Finsternis, auf die man als Beobachter zwangsläufig zugeht. Die Projektoren bieten einen schönen filmischen Widerschein, einen gleißenden Widerstand, der phantastische Weltentwürfe und strahlende Untergangsvisionen anbietet. Technik wird reflektiert, die Grenzen des Machbaren ausgetestet, die Grenzenlosigkeit des menschlichen Wünschens und Wollens erneut bewiesen. Verdichtet sich das Licht im österreichischen Science-Fiction-Film (SF) nicht selten auch zum verschlingenden, hungrigen Feuer, bringt es auch Halbschatten und Zwielflicht hervor.

Ganz im Sinne dieser mythologischen Stiftung ließe sich der Trickfilm IDEALE FILMERZEUGUNG (1913) als erstes Beispiel für österreichischen SF anführen. 1914 uraufgeführt, bietet Ludwig Schascheks Trickfilm die Verselbständigung des Materials. Beinahe ohne menschliche Darsteller auskommend reflektiert dieser Kurzstreifen die Produktionsabläufe filmischen Arbeitens und zelebriert wie beiläufig die Dominanz der Maschinerie über die einstigen Herren. Auch in Erich Kobers DAS KIND DES TEUFELS (1919) steht eine Apparatur stellvertretend für das Element des Phantastischen: Da konstruiert ein *mad scientist* der Stummfilmzeit in seinem Keller gar ein Gerät,

mit dem die Elektrizität beherrscht und auch gesteuert werden kann, sie zum Lebensspender oder eben auch zur Waffe werden lässt. Auch drei einschlägige Produktionen des Folgejahres stellen das Thema des Lebens ins Zentrum der Handlung: Von den Laboratorien, Experimentierkammern und Ateliers aus soll in ENOPTRIA – DER KAMPF UM DIE SONNE, DER HERR DES LEBENS und NARR UND TOD das drohende Ende überwunden oder gar rückgängig gemacht werden. Die Konsequenzen der Hybris und der Gigantomanie dieser Technikvisionen sind schon miteingeschrieben und ebenso unvermeidlich. Gleiches findet sich in PAREMA, DAS WESEN AUS DER STERNENWELT (1922) realisiert: Zwei konkurrierenden Wissenschaftlern gelingt die Wiederbelebung eines weiblichen Skeletts, im Streit über die wiederhergestellte Schöne kommen beide zu Tode. Doch auch der künstlichen Wiedergängerin ist kein längeres Glück beschieden und nach nur kurzer Zeit stirbt sie erneut; ausgerechnet die romantische Liebesnacht mit einem dritten Arzt wird ihr zum Verhängnis. Anders in DIE WELT IN GEFAHR (1922), in dem die Liebe zum erlösenden Moment wird: Ein von der Fachwelt verkannter Astronom konstruiert einen Apparat, mit dem er die Laufbahn des Mondes beeinflussen kann. Aus Rache für die Zurückweisung seiner Kollegen will er alles Leben auf der Erde auslöschen, erst die Liebe seiner Tochter zu einem jungen Widersacher bringt ihn – und auch den Erdtrabanten – wieder auf die richtige Bahn. Damit die Welt sich auch weiterdreht, lässt Ladislaus Tuszinsky die Erdachse in DIE ENTDECKUNG WIENS AM NORDPOL (1923) mit Rentierfett einschmieren, der Diskurs des Exotischen, des Fremdbefremdlichen ist hier überdeutlich zu verspüren. Dass aus Eisbären ganz nebenbei Speiseeis produziert wird, ist nur ein weiteres köstliches, phantastisches Detail dieses Animationsfilms. In DIE STADT OHNE JUDEN (1924), der durchaus auch als politischer SF verstanden werden kann und soll, hat man hingegen den Eindruck, die Zeit wäre stehen geblieben: Eine reaktionäre Partei fordert die Ausweisung aller jüdischen Bürger aus einer phantastisch anmutenden Stadt. Der folgende Zusammenbruch, ein dystopisches Szenario im expressionistischen Setting, und die Übertölpelung eines trunksüchtigen Antisemiten ermöglichen die Rückkehr der Vertriebenen. Dass sich schließlich alles nur als der schreckliche Traum eines Bürgers herausstellt, nimmt dem Film nichts von seiner Schärfe und immer noch wesentlichen Bedeutung. Drückt man sich in STADT OHNE JUDEN um das Nennen konkreter, realer Namen, so gehen die darauffolgenden

Produktionen hier weit weniger zaghaft vor: Lässt sich an *ORLAC'S HÄNDE* (1925), dem *nip/tuck* der Zwanziger Jahre, nicht nur die Vision der plastischen Chirurgie und die traumabelastete Verhandlung des Ersten Weltkriegs ablesen, stellt Louis Seels Zeichentrickfilm *WIENER BILDERBOGEN NR. 1* (1926) die Zukunft der Hauptstadt vor: Sein kokettes, witziges Spiel lässt zwar auch an den Protagonistinnen schlussendlich kein gutes Haar, doch die kommenden Jahre scheinen von weiblicher Dominanz geprägt zu sein. Allzu unglücklich scheinen diese Zeiten aber trotzdem nicht zu werden. Auch der letzte österreichische Science-Fiction-Film vor Ausbruch des Zweiten Weltkriegs und dem Einbruch des technikdominierten reichsdeutschen phantastischen Films verspricht dem Publikum, so es nur die richtige politische Wahl trifft, eine großartige Zukunft: Wien wird im Jahre 2032, hundert Jahre nach dem Entstehungsdatum von *DIE VOM 17ER HAUS*, sozialdemokratisch regiert. Das Archiv der Stadt überragt mit seiner Geschichte und Beamten den Stephansdom ganz wesentlich, die Geschichte der Bürgerinnen und Bürger weist mit freundlicher, doch bestimmter Dominanz den zu Stein geronnenen Klerus in seine Grenzen. Da wird vom Stadtarchivar problemlos mit den ideologischen Verbündeten in Asien korrespondiert, dem neugierigen Enkel die Geschichte der Familie erzählt und dem Publikum die Notwendigkeit des Zusammenhalts demonstriert. Perfekter könnte ein Werbefilm wohl kaum sein, der so sehr die Zukunft bemüht, um über die Probleme der Gegenwart zu sprechen.

Dämmerung

Nach den Schrecken des Krieges sucht die sich erneut formierende Filmwirtschaft ihr neues Heil in den Entlastungsstrategien, die für Österreich identitätsstiftend und politisch werbewirksam sein sollten; Strategien, die auch vor dem Phantastischen Film und seinen Schwundstufen nicht halt machen. So wird in *DIE WELT DREHT SICH VERKEHRT* (1947) ein anstrengender Wiener Beamter mittels Zauberring auf Zeitreise geschickt. Ausgestattet mit gesundem Selbstbewusstsein und einer Flasche Wein reist der Protagonist in die Vergangenheit und erlebt als Stadtschreiber den Wiener Kongress, als Ratsdiener eine Türkenbelagerung und als Bürgermeister die Römerzeit. Ganz wie in H. G. Wells „*The Time Machine*“ (1895) reist er dabei nur durch die Zeit, nicht durch den Raum. Die politische Botschaft dieses Films ist aber überdeutlich: Immer schon scheinen die

gelegentlich etwas grantigen, doch eigentlich friedliebenden Österreicher das Opfer fremder Aggressoren gewesen zu sein. Gleiches vermittelt die staatlich beauftragte, vielbesprochene Produktion *1. APRIL 2000* (1952): Im Jahre 2000 ist Österreich immer noch besetzt, der Grund der Besetzung wird freilich ausgespart. Als die Österreicher aufbegehren und ihre Unabhängigkeit selbsttätig ausrufen, reagieren die internationalen Mächte mit avancierter Technologie und halten Gericht über das Land und seine Geschichte. Die vorgeführte Historie des Landes endet aber in der Kaiserzeit, der schließlich die Freiheit des Landes herbeiführende Beleg – ausgerechnet die Moskauer Deklaration – macht Österreich ausschließlich als Opfer der jüngsten historischen Ereignisse erfahrbar. Die in der letzten Sequenz zurückgenommene Befreiung des Staates – in der Filmhandlung und politische Realität der Besatzungszeit verknüpft werden sollen – rückt den Titel des Films erneut auf eine wahrscheinlich nicht intendierte Weise ins Bewusstsein: Halb Operettenalptraum, halb Aprilscherz ist die Flucht in die Zukunft in diesem Fall die Taktik jener, die von der Vergangenheit belastet sind.

Die filmische Avantgarde, die mit der Literaturadaption *DER RABE* (1951) ihre todesverliebte Wiederauferstehung feierte, integrierte ebenfalls Elemente des phantastischen Films in ihre formalen und erzählerischen Strukturen. Abseits des politischen Imagefilms wurden unter den Vorzeichen konservativer Kulturpolitik und wachsender Angst vor Wettrüsten und atomarer Bedrohung Zugänge zu einer weit weniger erfreulichen Zukunft offengelegt: Erweist sich in dem Filmfragment *DAS FLOSS* (1954) die Flucht einer kleinen Schicksalsgemeinschaft vor den Auswirkungen eines Atomkrieges als völlig aussichtslos, so kehrt sich in *SONNE HALT* (1959/1962), basierend auf Konrad Bayers „*Der sechste Sinn*“ (posthum veröffentlicht 1966/1969), die Aggression nach außen: In Negativbildern verschwimmt die Realität, Raumfahrtsutopien und Wettrüsten verschmelzen zu surrealen Bedrohungsszenarien. Der biblische Haltebefehl „*Sonne halt!*“, wie er im Buch Josua auftaucht, wird durch den technischen Akt ersetzt: Mit einem Luftdruckgewehr wird die Sonne abgeschossen, stillgelegt. Die Allmächtsphantasien der Militärs waren bloßgelegt und in den Bereich kindlichen Aufbegehrens rückübersetzt, die angedeutete Linearität von Radax' Film, der auch schon für *DAS FLOSS* verantwortlich zeichnete, löst sich an diesem Punkt der Handlung endgültig auf. Ein Kippen aus der Norm, der Normalität ist auch für Valie Exports *UNSICHTBARE GEGNER* (1977) bestimmend. Die Protagonistin

Anna, von Beruf Fotografin, hört in den Nachrichten von der Invasion durch die Hyksos, die echten Menschen täuschend ähnlich seien. Erneut wird im Figureninventar das Außerirdische und das Humane zusammengelegt, eine Überlagerung, die freilich auch eine politische Komponente enthält. Die Protagonistin beginnt, ganz eingenommen von der Botschaft der stattfindenden Invasion, ihrer Umwelt mit einem neuen, kritischeren Blick zu begegnen. Das Ergebnis ist die Entlarvung einer Gesellschaft und des sie dominierenden Systems, die Missverhältnisse zwischen den Menschen im Allgemeinen und zwischen den Geschlechtern im Speziellen. Export erzählt eindringlich in ihrer eigenwilligen, halluzinatorischen Bildsprache von einer Invasion, die längst stattgefunden hat, einer Übernahme, die auch eine Reflexion über die Programmatik (weiblicher) selbstbestimmter künstlerischer Aneignungstaktiken fördert. Diese Ermächtigung der Avantgarde sollte auch weiterhin bestimmend für den filmischen Umgang mit den Elementen der Science Fiction bleiben. In eine ähnliche Richtung arbeitet auch Michael Synek mit seiner legendären Literaturadaption *DIE TOTEN FISCHER* (1989), der in seiner Dichte und Intensität nach einem eigenen Beitrag verlangen würde.

Aufgang/Untergang

In den letzten Jahren findet sich eine Vielzahl avancierter österreichischer Arbeiten, die auf dem Konzept einer reflexiven Erzählung aufbauen: Neben Michael Schottenbergs *AVERILLS ANKOMMEN* (1992), der erneut den urbanen Ort als Raum des Phantastischen erfahrbar macht und mit großer Leichtigkeit Enki Bilals vergleichbare Arbeiten neu interpretiert, darf auch Florian Flickers *HALBE WELT – GUTE NACHT* (1992) inzwischen als österreichischer Klassiker des Genres gelten: Die Strahlung der Sonne hat tödliche Ausmaße angenommen, deshalb ist das Leben in nicht allzu ferner Zukunft für die Menschen nur noch nachts möglich. Vampirgleich schlafen sie unterm Tag, um ansonsten in der dunklen, halben Welt zu existieren. Gedealt wird dann nicht mehr mit Drogen, sondern mit Erinnerungsbildchen einer besseren Vergangenheit, der zum Missfallen der Mächtigen doch verständlicherweise immer noch nachgegangen wird. Die Katastrophe für die Protagonisten ist vorprogrammiert, wie in Danny Boyles *SUNSHINE* (2007) bietet die übermächtige Sonne hier sowohl ersehnte Erlösung wie auch selige Auslöschung. Die Einebnung auf geschlechtlicher Ebene findet sich hingegen in *DIE SCHWARZE SONNE*

(1992) von Johannes Hammel, der mit diesem Kurzfilm die avancierte Adaption einer Kurzgeschichte des US-amerikanischen SF-Autors Samuel R. Delany vorlegte: Menschen begehren hier die Aliens, doch um ihr Begehren einlösen zu können, muss eine Verwandlung vollzogen werden, die den Verlust eigenständiger sexueller Identität bedeutet. Das Spiel mit biologischem und kulturellem Geschlecht, also *sex* und *gender*, findet sich auch in den einschlägigen Arbeiten der Künstlerin Mara Mattuschka. Nach der Geschichtsschnitzeljagd *LOADING LUDWIG* (1989), an der sie mitgewirkt hatte, legte sie mit *S.O.S. EXTRATERRESTRIA* (1993) und *DER SCHÖNE, DIE BIEST* (1993) einerseits die kritischen Fortschreibungen des Katastrophenfilms, andererseits die Aufspaltung des Natürlichen vor; ein Programm, das sich in etwa in *ID* (2003) fortsetzen sollte. Abgesehen von den formal hochreflexiven Arbeiten des Künstlerduos reMI, namentlich *MOBILE V* (2000) und *TEUFEL EINTRITT* (2000), oder Harald Hunds dystopischer Stadtgeschichte *ALL PEOPLE IS PLASTIC* (2005) ist im österreichischen Science-Fiction-Film eine Rückkehr zum klassischen Erzählen auszumachen: Valentin Hitz' *RAT RACE* (1998) ist in einem Wien der nahen Zukunft angesiedelt. Das Wirtschaftssystem ist zusammengebrochen, Tauschhandel mit Organen ist an seine Stelle getreten. Kater, der zwielichtige Protagonist des Films, ist einer der Händler mit der gefährlichen Ware und droht schließlich auch selbst zwischen die Fronten zu geraten. Erinnerung ist in *RAT RACE*, in dem ein Gehirn als der Jackpot unter den verschobenen Innereien gilt, ein zentrales Thema, das in Michael Palms *SEA CONCRETE HUMAN (MALFUNCTIONS #1)* etwas wie seinen Zwillingenfilm hat: Jagen in *RAT RACE* alle den Gehirnen bzw. der als Projektionsfläche männlicher Phantasien dienenden Frau ohne Gehirn hinterher, so ist in Palms *fake docu* das auf Film gebannte Gehirn alles, was geblieben ist. Sein Kurzfilm ist ein ebenso reizvoller wie spekulativer Versuch, die Frage nach der Erzählbarkeit der Geschichte zu beantworten. Die Bilder sind Material aus der Zukunft, die Sprecherstimme der Versuch einer Rekonstruktion der darin beschriebenen Katastrophe. Die sprechende Gegenwart soll der stummen Zukunft beikommen, die Lösung liegt in der schlüssigen Verbindung des Materials, in der Verkoppelung zum Audiovisuellen. Auch Michael Hanekes *WOLFZEIT* (2003) geht das Spiel mit dem Apokalyptischen – genauer: mit dem Postapokalyptischen – ein. Zu Beginn der Handlung ist die Katastrophe schon geschehen, das alles verändernde Ereignis ist atmosphärisch spürbar, bleibt aber ungenannt.

So wie sein Film CODE INCONNU (2000) die Frage danach stellt, wie lange es mit der westlichen Gesellschaft noch so weitergehen kann, werden hier anhand einer gewaltvoll zertrümmerten Kleinfamilie Fragen nach dem Weiterleben nach der Katastrophe gestellt. Lösen große Hollywood-Produktionen diese Komplexe meist zugunsten der wiederhergestellten familiären Einheit oder Schicksalsgemeinschaft auf, trägt bei Haneke immer der Einzelne die Verpflichtung, Bürde und Last der Situation. Unter Rückgriff auf mythologische Elemente wird ein Ausweg geöffnet – und erst dann darf die Sonne wieder in voller Pracht Licht und Hoffnung spenden. Ist der Großproduktion AINOA (2006) mit ihrem technischen und erzählerischen Aufwand zumindest Respekt zu zollen, geht Manu Luksch in FACELESS (2007) einen gänzlich anderen Weg: Unter Rückgriff auf Material von Überwachungskameras wird nachträglich eine künstliche narrative Struktur in die vorhandenen Materialien eingeschleust, damit nicht zuletzt auch die Manipulierbarkeit vorhandener Datenspuren deutlich ausgestellt. Ob nun in AINOA der Atomkrieg nachträglich verhindert werden soll oder in FACELESS das

(Un-)Sicherheitsdispositiv unserer Gegenwartsgesellschaft auf dem Weg des Phantastischen Erzählens reflektiert wird – melodramatisch bzw. unerbittlich geht dabei immer wieder die Sonne auf. Die oben erwähnte Finsternis, das zu erwartende *Blackout* kommt – unabhängig von der Popularität des Zukünftigen – ohnehin früh genug.



Mag. Thomas Ballhausen

Leiter des Studienzentrums am Filmarchiv Austria;
Lehrbeauftragter an der Universität Wien und der Universität Mozarteum Salzburg
t.ballhausen@filmarchiv.at



108 Seiten
ISBN 978-3-89967-876-5
Preis: 15,- Euro



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Martina Schu, Miriam Martin, Dietmar Czycholl

Zugänge finden, Türen öffnen: transkulturelle Suchthilfe

Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer

Im Bundesmodellprogramm transVer wurden erfolgreich Wege erprobt, Menschen mit Migrationshintergrund und Suchtproblemen zu erreichen und ihnen zielgruppengerechte Hilfen bereitzustellen. Die Erfahrungen der Praxis werden in dieser Handreichung entlang elf Thesen zusammengefasst:

1. Menschen mit Migrationshintergrund sind in Deutschland keine Randgruppe – und sie sind in jeder Hinsicht heterogen.
2. Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem bestehen sowohl auf Seiten der Zielgruppe als auch des Hilfesystems. Versorgung muss sich auf eine vielfältige Zielgruppe einstellen und ihre Dienste/Einrichtungen transkulturell öffnen.
3. Transkulturelle Öffnung braucht Trägerwillen.
4. Die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote beginnt mit einer Bedarfsanalyse in der Region.
5. Paritätische Kooperation mit Migrantenorganisationen und Vernetzung mit anderen Hilfesystemen hilft, Zugangsbarrieren in beide Richtungen abzubauen.
6. Transkulturelle Organisationsentwicklung braucht Strukturen und Top-Down-Prozesse.
7. Transkulturelle Kompetenz braucht eine gezielte Personalentwicklung und die gleichberechtigte Einbindung von Beschäftigten mit Migrationshintergrund.
8. Transkulturalität ist ein Querschnittsthema und keine Spezialaufgabe – die Entwicklung transkultureller Kompetenz vollzieht sich in Teamprozessen.
9. Eine zielgruppenspezifische Außendarstellung der Einrichtung kann Barrieren für alle senken. Eine Kultur des Willkommens zeigt Interesse und Wertschätzung und hilft, wirklich in Kontakt zu kommen.
10. Gleicher Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu allen Dienstleistungen braucht bedarfsgerechte, lebensweltorientierte und effektive Angebotsstrukturen.
11. Transkulturelles Arbeiten manifestiert sich in gelingender Kommunikation und personenzentrierter Beziehungsgestaltung.

Bildstrecke

Die Bebilderung der Zukunft



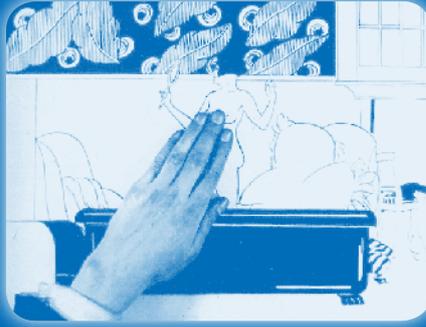
ENOPTRIA (A 1920)



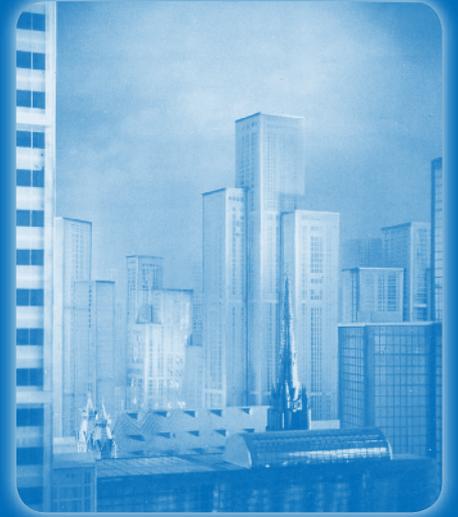
DIE STADT OHNE JUDEN (A 1924)



ORLAC'S HÄNDE (A 1925)



WIENER BILDERBOGEN NR. 1 (A 1926)



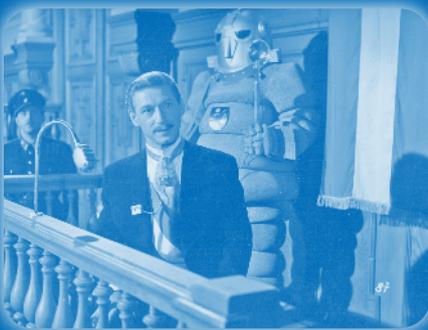
DIE VOM 17ER HAUS (A 1932)



DIE WELT DREHT SICH VERKEHRT (A 1947)



DER RABE (A 1951)



1. APRIL 2000 (A 1952)



DIE TOTEN FISCHE (A 1989)



HALBE WELT – GUTE NACHT (A 1992)



Psycho - Somatik Dialog statt Dualismus

25. bis 28. März 2015, Berlin

Hotline: 030 24603 280

www.deutscher-psychosomatik-kongress.de

Kongresspräsident: Prof. Stephan Zipfel, Tübingen

Carus Lecture 2015: Prof. Peter Sloterdijk, Karlsruhe

Mit Vorträgen u.a. von: Peter Bieri (Ascona Lecture 2015) Berlin; Niels Birbaumer, Tübingen; Niall Boyce, London, GB; Louis G. Castonguay, Pennsylvania, USA; Giovanni Fava, Bologna, IT; Peter Henningsen, München; Uwe Koch, Hamburg; Ulrike Schmidt, London, GB



Deutscher Kongress für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Jetzt anmelden und Frühbucherrabatt sichern!
Bitte beachten Sie das aktuelle Fortbildungsprogramm unter
www.deutscher-psychosomatik-kongress.de

66. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)
23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin
und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

DKPM Deutsches Kollegium für
Psychosomatische Medizin

dg
pm
Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Nachrichten

Cannabis-Freigabe

Weniger Opioid-Tote in den USA?

Die Zahl der Todesfälle durch Überdosierung von Opioiden nimmt in den USA seit Jahren zu. Die Legalisierung von Cannabis könnte diesem Trend entgegenwirken, wie aus einer aktuellen Studie hervorgeht.

In 23 US-amerikanischen Staaten ist es heute erlaubt, Cannabis zu medizinischen Zwecken einzusetzen; Hauptindikationsgebiet sind chronische und starke Schmerzen.

Damit ist Cannabis für Schmerzpatienten möglicherweise eine Alternative zu Opioiden oder kann zumindest ihren Opioidbedarf senken.

So ließe sich jedenfalls das Ergebnis einer neuen Studie (JAMA Intern Med. 2014; 174 (10): 1668-1673) erklären: US-Staaten, in denen Cannabis als Medikament angewendet werden darf, haben weniger Todesfälle durch Opioidüberdosierungen.

Diese haben in den USA in den vergangenen Jahren zusammen mit der Zahl der Opioidverordnungen wegen chronischer, nicht krebsbedingter Schmerzen extrem zugenommen.

Zulassung in vielen US-Staaten

Im Studienzeitraum von 1999 bis 2010 war bzw. wurde Cannabis in 13 US-Staaten als Medikament zugelassen. Wie in den übrigen 37 Staaten nahm auch dort die Mortalität durch Überdosierung von Opioidanalgetika weiter zu. Rein zahlenmäßig waren die Sterberaten in den Cannabis-Staaten sogar höher.

Wurden jedoch Unterschiede in der Verordnungs- und Überwachungspraxis sowie im Wohlstand berücksichtigt, lag die Rate der Todesfälle durch Opioidanalgetika dort im Mittel um 24,8 Prozent niedriger als in den Staaten ohne Cannabis-Freigabe.

Ihr Anteil ging umso stärker zurück, je länger die Cannabis-Gesetze

in Kraft waren: um 19,9 Prozent nach einem Jahr und um 33,7 Prozent nach sechs Jahren.

Rückgang der Opioiddosierung?

Der Rückgang der Opioidmortalität ließ sich nicht mit einer besseren gesundheitlichen Allgemeinversorgung in den betreffenden Staaten erklären: Todesfälle durch Sepsis oder Herzerkrankungen zeigten keine Assoziation mit der Legalisierung von Cannabis.

Eine Kausalität des beobachteten Zusammenhangs zwischen Cannabis-Gesetzen und Rückgang tödlicher Opioidüberdosierungen lässt sich aus den Studiendaten nicht ableiten.

Die Studienautoren um Marcus A. Bachhuber vom Philadelphia Veterans Affairs Medical Center spekulieren allerdings, dass Cannabis, weil es die Analgesie unterstützt und die Symptome eines Opioidzugs etwas abschwächt, zu einem Rückgang der Opioiddosierung führen könnte.

Dies müsste nun jedoch durch eine Analyse der Opioid-Verordnungen geprüft werden. 

Rauchen führt zum Verlust des Y-Chromosoms

Tabakrauchen beschleunigt den Verlust des Y-Chromosoms in Blutzellen, zu dem es im Verlauf des Alters beim Mann kommt. Die Studie in Science (2014; doi: 10.1126/science.1262092) könnte erklären, warum männliche Raucher bei gleichem Tabakkonsum häufiger an Krebs erkranken als Frauen.

Das Y-Chromosom galt lange Zeit als genetisches Niemandsland und dem Verlust des kleinsten Chromosoms in

Blutzellen, zu dem es mit zunehmendem Alter kommt, wurde keine Bedeutung beigemessen. Inzwischen wurden mehr als 200 Gene auf dem Y-Chromosom entdeckt, darunter wenigstens 72 Gene, die Informationen für Proteine enthalten. Kürzlich konnten Lars Forsberg von der Universität Uppsala und Mitarbeiter zeigen, dass der Verlust von Y-Chromosomen in den Blutzellen mit einer Verkürzung der Lebenserwartung um im Durchschnitt 5,5 Jahre einhergeht.

In der aktuellen Studie haben die Forscher nach Gründen für den Verlust des Y-Chromosoms gesucht. Sie analysierten dazu die Blutproben von 6.014 Männern aus drei Kohortenstudien. In

allen drei Kohortenstudien nahm – wie in der früheren Analyse bereits gezeigt – der Verlust des Y-Chromosoms mit dem Alter zu. Der einzige weitere Risikofaktor war das Rauchen. Aktive Raucher verzeichneten 2,4- bis 4,3-mal häufiger einen Verlust des Y-Chromosoms als Nichtraucher.

Das Ausmaß des Verlustes korrelierte mit der Zahl der gerauchten Zigaretten. Forsberg vermutet, dass es sich um eine direkte Auswirkung des Rauchens handelt, mit dem eine Vielzahl von Schadstoffen ins Blut gelangt. Da die Blutzellen regelmäßig erneuert werden, war die Schädigung reversibel. Nach einem Rauchstopp sinkt die Zahl der Blutzellen ohne Y-Chromosom. 

Prostatakrebs

Zigaretten ebnen aggressiven Tumoren den Weg

Zigarettenqualm erhöht das Krebsrisiko für eine ganze Reihe von Organen, bei der Prostata ist das aber noch nicht erwiesen. Überraschende Erkenntnisse liefert nun eine US-Studie.

Die beim Rauchen inhalierten Karzino-gene vermögen das Krebsrisiko für eine ganze Reihe von Organen zu erhöhen, ob die Prostata dazu gehört, ist aber nach wie vor unklar. Große Kohortenstudien lieferten keine klaren Ergebnisse: So war in vielen Studien die Tumorzinzidenz bei Rauchern nicht erhöht, aber die Tumormortalität.

Möglicherweise erhöht Rauchen also die Gefahr für aggressive Tumoren. Andere Erklärungen wären, dass Raucher seltener am Screening teilnehmen oder erst zum Arzt gehen, wenn die Erkrankung schon weit fortgeschritten ist.

Biopsien ausgewertet

Einen Hinweis, aus welcher Richtung der Wind weht, haben US-amerikanische Forscher um Tammy Ho von der Universität in Durham nun durch die Studie REDUCE* bekommen. Primäres Ziel der Untersuchung war, den Nutzen des 5 α -Reduktase-Hemmers Dutasterid in der Krebsprävention zu prüfen.

Da aber alle teilnehmenden Männer zu ihrem aktuellen und vergangenen Nikotinkonsum befragt wurden und Biopsien einmal vor und zweimal während der Studie geplant waren, konnte das Team um Ho nun in einer Anschlussanalyse auch die Biopsiebefunde mit den Rauchgewohnheiten in Verbindung bringen.

Weil sich alle Männer gleichermaßen Folgebiopsien unterziehen sollten, müsste nun erkennbar sein, ob Raucher tatsächlich riskantere Tumoren bekommen oder nur seltener zum Screening erscheinen (Clinical Cancer Research 2014; ePub 19. August).

An der Studie hatten über 8.100 Männer aus Europa und den USA teilgenommen. Sie waren im Alter über 50

Jahren und zeigten zumindest leicht erhöhte PSA-Werte (über 2,5 ng/ml bei 50- bis 60-Jährigen, mehr als 3,0 ng/ml bei über 60-Jährigen).

Voraussetzung für die Teilnahme war eine Biopsie mit negativem Befund in den sechs Monaten vor Studienbeginn. Geplant waren unabhängig vom PSA-Wert zwei weitere Biopsien nach zwei und vier Jahren.

Ho und Mitarbeiter hatten nur solche Männer berücksichtigt, die mindestens eine weitere Biopsie über sich ergehen ließen – das waren 6.420 Teilnehmer. Von diesen hatte etwas weniger als die Hälfte nie geraucht (46 Prozent), etwas über 14 Prozent rauchten aktuell und 40 Prozent waren ehemalige Raucher.

Erhöhtes Risiko für dünne Raucher

Wie sich herausstellte, zeigten bei der ersten Folgebiopsie 17,2 Prozent ein positives Ergebnis, 6 Prozent aller Teilnehmer hatten einen wenig differenzierten Tumor.

Wurde nun eine Reihe von Faktoren wie Alter, BMI, PSA-Spiegel oder Wohnort berücksichtigt, dann ließ sich weder für aktuelle noch für ehemalige Raucher ein erhöhtes Prostatakrebs-Risiko feststellen, allerdings war die Rate an wenig differenzierten Tumoren bei den aktuellen Rauchern um 45 Prozent höher als bei Nichtrauchern, und bei den ehemaligen Rauchern offenbarte sich eine um 21 Prozent erhöhte Rate solcher Tumoren.

Der Unterschied war jedoch nur bei den aktuellen Rauchern signifikant und auch nur dann, wenn der BMI unter 25 lag. Bei dünnen oder normalgewichtigen Rauchern war die Rate an niedrig differenzierten Tumoren sogar um über 80 Prozent erhöht, bei dicken Rauchern

gab es keine Unterschiede zu dicken Nichtrauchern.

Vor allem bei dünnen Tabakkonsumenten scheint also das Risiko für aggressive Tumoren erhöht zu sein. Erklärt dies nun das erhöhte Sterberisiko für Raucher mit Prostatakrebs? Vermutlich nicht ganz.

Das Team um Ho stellte auch fest, dass Nikotinliebhaber seltener zu den geplanten Folgebiopsien erschienen. Die Beteiligung war bei ihnen um 36 Prozent geringer als bei Nichtrauchern.

Es dürften also beide Faktoren von Bedeutung sein: Raucher entwickeln häufiger aggressive Tumoren, zugleich gehen sie seltener zum Urologen als Nichtraucher. 



Gruscha Rode

Nichts für Kinder

Sieben Kinder erzählen offen in die Kamera von Stationen des Lebens mit ihren alkoholkranken Eltern.

Sie scheuen sich nicht, unmittelbar und ungeschminkt von der eigenen Kindheit, von Erwartungen und Enttäuschungen, ihren Schuldgefühlen und Ängsten zu berichten.

Sie beschreiben, wie sie lernen mussten, damit zu leben, und was sie stark gemacht hat.

DVD, Spielzeit: 38 Min.
ISBN 978-3-87581-255-8
Preis: 33,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS/NEULAND
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Magersucht und Fressattacken: Sind Bakterien schuld an Essstörungen?

Bestimmte Keime der Darmflora regen das Immunsystem zur Produktion von Antikörpern an, die auch die Wirkung eines Sättigungshormons verändern.

Bakterien der Darmflora könnten eine Hauptursache für Essstörungen wie Magersucht, Bulimie und Binge-Eating sein. Französische Forscher konnten jetzt zeigen, dass *E. coli* und andere Darmkeime ein Protein produzieren, welches das Immunsystem dazu anregt, spezielle Antikörper zu bilden. Diese reagieren aber auch mit einem Hormon, das Gefühle von Appetit und Sättigung steuert. Demnach führt die chemische Ähnlichkeit zwischen einem bakteriellen Protein und einem körpereigenen Hormon zur Bildung sogenannter Auto-Antikörper, die die Regulation der Nahrungsaufnahme stören. Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen an Mäusen seien wahrscheinlich auf den Menschen übertragbar, schreiben die Wissenschaftler im Fachblatt „*Translational Psychiatry*“. Denn auch bei Patienten mit Essstörungen war der Blutspiegel dieser Antikörper erhöht.

„Zurzeit arbeiten wir daran, einen Bluttest zu entwickeln, der das bakterielle Protein ClpB nachweist. Dann wären spezifische und individualisierte Behandlungen von Essstörungen möglich“, erklären Pierre Déchelotte und Sergueï Fetissov von der Universität Rouen. Das Protein ClpB dient einigen Darmbakterien als Schutz vor Schäden durch Hitze und andere Arten von Stress. Ein Teil des Moleküls hat große Ähnlichkeit mit dem menschlichen Melanotropin-Hormon alpha-MSH, das in der Hirnregion des Hypothalamus appetitmindernd wirkt und Emotionen beeinflusst.

Mäuse, die mit dem Protein ClpB geimpft oder denen ClpB-bildende *E. coli*-Bakterien in den Darm verabreicht wurden, produzierten Antikörper gegen dieses Protein und veränderten Körpergewicht und ängstliches Verhalten. Dagegen hatten *E. coli*-Mutanten, die das Protein nicht mehr bilden konnten, diese Wirkungen nicht. Die Forscher erklären ihre Ergebnisse da-

mit, dass die produzierten Antikörper sich auch an das Sättigungshormon alpha-MSH anlagern und dadurch dessen Wirksamkeit beeinflussen. Wird sie verstärkt, könnten Appetitlosigkeit und Magersucht die Folge sein; wird sie geschwächt, würden Heißhunger und Essattacken ausgelöst.

Blutanalysen von 60 Patienten mit Essstörungen zeigten erhöhte Werte von Antikörpern, die sowohl gegen ClpB als auch gegen das Melanotropin gerichtet waren. Dabei ergab sich ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Krankheit und der Höhe des Antikörperspiegels. Die Forscher hoffen, durch weitere Arbeiten die Diagnose von gestörtem Essverhalten verbessern und neue Therapieansätze entwickeln zu können. So wollen sie durch eine spezielle Immuntherapie versuchen, das ClpB-Protein der Darmbakterien zu neutralisieren, um die natürliche Regulation der Nahrungsaufnahme wiederherzustellen.

Am Beginn der Entwicklung von Essstörungen steht möglicherweise eine Umstellung von Ernährungsgewohnheiten bei Jugendlichen, wodurch sich die Darmflora verändert. An den drei Hauptformen von Essstörungen – Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und Binge-Eating-Störung – leiden nach Angaben der Autoren etwa fünf Prozent aller Frauen und zwei Prozent der Männer. Berücksichtigt man auch andere Ausprägungen eines gestörten Essverhaltens, ist noch ein deutlich höherer Anteil der Bevölkerung davon betroffen. Da auch psychosoziale Faktoren wie eine gestörte Körperwahrnehmung bei den Betroffenen eine große Rolle spielen, werden für die Behandlung heute hauptsächlich unterschiedliche Formen der Psychotherapie eingesetzt. Eine gezielte medikamentöse Behandlung der Krankheitsursache gibt es zurzeit nicht. 



Martin Heide (Hrsg.)

„Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“

Adaptionsbehandlung
als zweite Phase der
medizinischen Rehabilitation
Suchtkranker

M. Heide: „Wenn ich erst wieder Arbeit habe, ...“ Die Adaptionsphase in der stationären medizinischen Rehabilitation Suchtkranker

R. Verstege: Rückblick für die Zukunft

H. Schallenberg: Adaption – Bestandteil der medizinischen Rehabilitation nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches VI

M. Heide: Der Weg zur beruflichen Wiedereingliederung Suchtkranker in der Adaption

J. Braun: Psychotherapie in der Adaption: Wie groß ist der „Rest“ beim Restpsychotherapiebedarf?

W. Olk: Integrierte Adaption – Gemeinsame Behandlung von Alkoholabhängigen und Drogenabhängigen/Polytoxikomanen in der Adaptionsphase

R. Verstege: Adaption für Spielsüchtige?

J. Lindenmeyer: „Stell Dir vor, es gibt keine Arbeit, aber alle sind beschäftigt“ – Veränderte Rehabilitationsziele in Zeiten struktureller Arbeitslosigkeit?

104 Seiten
ISBN 978-3-87581-216-9
Preis: 15,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS/NEULAND
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Jugendliche zeigen häufig Symptome von Depersonalisation

Viele Kinder und Jugendliche leiden unter einer eingeschränkten psychischen Gesundheit. Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Befragung, die die Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz unter 3.809 Schülern im Alter von 12 bis 18 Jahren in Rheinland-Pfalz durchgeführt hat. Rund 32 Prozent der Schüler wiesen ein erhebliches Ausmaß an psychischer Belastung auf. 12 Prozent der befragten Schüler waren durch Symptome von Depersonalisation belastet. Sie berichteten über unangenehme Erfahrungen, sich von sich selbst und der Umwelt abgetrennt zu empfinden oder sich selbst und die Umwelt als unwirklich zu erleben.

Die Studienergebnisse wurden jüngst in der Fachzeitschrift „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology“ publiziert.

„... seine Stimme klang wie die eines Fremden“ – so lässt der japanische Erfolgsautor Haruki Murakami in seinem Roman „Die Pilgerjahre des farblosen Herrn Tazaki“ seine Hauptfigur dessen Unwirklichkeitsgefühle beschreiben. Der Protagonist fühlt sich verändert, fremd, empfindet sich als unwirklich und beobachtet als Zuschauer sein Handeln und Tun. Er leidet unter Depersonalisation. Der Verlust bzw. die Veränderung des ursprünglichen, natürlichen Persönlichkeitsgefühls und ein Gefühl von Unwirklichkeit sind je-

doch für viele Menschen keine Fiktion, sondern im schlimmsten Fall alltägliche Realität.

In der Phase des Heranwachsens von Jugendlichen, der sogenannten Adoleszenz, sind Symptome von Depersonalisation nicht selten. In der Befragung gaben insgesamt 47 Prozent der befragten Schüler an, zumindest an einzelnen Tagen in den letzten zwei Wochen durch solche Symptome belastet gewesen zu sein. Dass 12 Prozent der Schüler stark belastende Symptome von Depersonalisation bekundeten, überraschte die Mainzer Forscher jedoch. Damit wies die Schülergruppe deutlich häufiger starke Symptome von Depersonalisation auf als die Allge-

meinbevölkerung, in der dies nur mit einer Häufigkeit von ein bis zwei Prozent vorkommt. Von einer sehr hohen allgemeinen psychischen Belastung berichteten darüber hinaus rund 32 Prozent der 12- bis 18-jährigen Schüler in Rheinland-Pfalz. Das Ausmaß an psychischer Belastung entspricht jener von Jugendlichen, die sich wegen seelischer Erkrankungen in stationärer Behandlung befinden.

Bei genauerer Untersuchung der betroffenen Befragten stellte sich heraus, dass Schüler, die Nikotin und Cannabis konsumierten, häufig unter Depersonalisation litten. Ganz besonders eng, so PD Dr. Matthias Michal, stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, hing starke Depersonalisation zusammen mit sozialen Ängsten, männlichem Geschlecht, geringerer Schulqualifikation, stark verminderter Selbstwirksamkeit und schlechteren Fertigkeiten, Probleme konstruktiv zu lösen. 

Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12-18 years in Germany.

Michal M, Duven E, Giral S, Dreier M, Müller KW, Adler J, Beutel ME, Wölfling K.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014 Sep 9.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Enno Freye

Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen

Pharmakologie, Wirkmechanismen, Vorgehen bei Intoxikationen

Der Konsum von Kokain und synthetischen Drogen, ebenso euphorisierend wie leistungssteigernd, nimmt zu. Die Risiken werden häufig unterschätzt, selbst in der medizinischen Fachwelt. Synthetische Drogen werden in immer neuen, unterschiedlichen Variationen und Kombinationen angeboten, teils legal.

Das Handbuch bietet einen präzisen Überblick über die aktuellen Herstellungsformen, chemischen Zusammensetzungen, physischen und psychischen Wirkungsmechanismen, Symptome, kurz- und langfristigen Folgen.

Ärzte erhalten detaillierte Empfehlungen für Diagnostik und Therapie – sowohl im Notfall als auch in der chronischen Behandlung. Anhand langjähriger eigener Erfahrung skizziert der Autor typische Täuschungsversuche von Patienten und Fehlermöglichkeiten von Ärzten.

Das Handbuch sollte in jeder Notaufnahme, jeder Intensivabteilung, jeder Suchtklinik und jeder Suchtpraxis als griffbereites Nachschlagewerk zur Verfügung stehen. Trotz seiner detailreichen Informationstiefe eignet es sich zur schnellen Orientierung für den Alltag.

188 Farbseiten · ISBN 978-3-89967-843-7 · Preis: 25,- Euro

Schon ein Bier verschlechtert die Nachtsicht

Augenärzte raten zu gänzlich nüchternen Autofahrten

Das schon geringe Mengen Alkohol den Sehsinn „vernebeln“, belegen Augenärzte jetzt wissenschaftlich: Das in alkoholischen Getränken enthaltene Ethanol stört den natürlichen Tränenfilm des Auges, so eine spanische Studie. Dies verschlechtert das Sehvermögen bei Nacht und erhöht die Licht- und Blendempfindlichkeit. Alkoholische Getränke beeinträchtigen also nicht nur generell das Reaktionsvermögen des Fahrers, sondern wirken auch direkt auf die Augen. Diese Effekte treten schon nach Verzehr geringer Mengen Alkohol auf und schränken die Fahrtüchtigkeit ein. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) rät Autofahrern deshalb, insbesondere vor nächtlichen Fahrten gänzlich auf alkoholische Getränke zu verzichten.

Wie stark Alkohol die Reaktionszeit verlangsamt, zeigen die Zahlen: Bei fünf Prozent aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden stand mindestens einer der Beteiligten unter Alkoholeinfluss, meldet das Statistische Bundesamt. Die Hälfte davon ereignet sich am Wochenende in der Zeit von 20 bis 24 Uhr. „Besucher von Diskotheken und Kneipen neigen in ihrer Euphorie dazu, die eigene Fahrtüchtigkeit zu überschätzen und ihren Alkoholkonsum zu verharmlosen“, sagt Professor Dr. med. Christian Ohrloff, Pressesprecher der DOG aus Frankfurt. Dabei belegen

neue Studien, dass Alkohol nicht nur Koordination und Urteilsvermögen des Fahrers einschränkt, sondern auch unmittelbar die Fähigkeit, bei Nacht zu sehen.

Experten der Universität Granada testeten Kontrastsehen und Blendempfindlichkeit von 67 Probanden vor und nach dem Verzehr unterschiedlicher Mengen Rotwein. Alle Teilnehmer schnitten nach Alkoholkonsum im Sehtest deutlich schlechter ab als im nüchternen Zustand. Schuld daran sei, so die Autoren der Studie, das im Alkohol enthaltene Ethanol. Es löst die äußere,

leicht fettige Schicht des Tränenfilms auf, der das Auge bedeckt. Dadurch verdunsten die wässrigen Bestandteile der Tränenflüssigkeit.

Die Folge ist, dass ein alkoholisierter Fahrer Kontraste schlechter erkennt und empfindlicher auf Licht reagiert. Dieser Effekt zeigt sich verstärkt ab einer Blutalkoholkonzentration von 0,5 Promille. Aber auch Probanden, deren Werte unterhalb der gesetzlichen Höchstgrenze lagen, sahen Kontraste schlechter und nahmen vermehrt Lichtschleier wahr. „Entscheidend ist, dass Alkohol generell unser Reaktionsvermögen beeinträchtigt“, sagt Professor Dr. med. Bernhard Lachenmayr, Vorsitzender der Verkehrskommission der DOG aus München. 

Castro J, Pozo AM et al., Retinal-Image Quality and Night Vision Performance after Alcohol Consumption, *Journal of Ophthalmology* Volume 2014 (2014), doi:10.1155/2014/704823



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Bert te Wildt

Medialität und Verbundenheit

Zur psychopathologischen Phänomenologie und Nosologie von Internetabhängigkeit

Während sich Internetabhängigkeit zunächst als neuartiges Syndrom im Rahmen bekannter psychischer Störungen darstellte, wird zunehmend deutlich, dass diese neuartige Form substanzungebundener Abhängigkeit durchaus phänomenologische Parallelen zu Suchterkrankungen aufweist.

Vor allem junge Männer sind betroffen, die auf dem Weg von der Adoleszenz in ein selbstbestimmtes Erwachsenenleben schulisch, beruflich oder privat scheitern und sich gekränkt, selbstunsicher und depressiv in virtuelle Parallelwelten zurückziehen, um dort die Helden zu spielen, die sie in der konkreten Welt nicht sein können.

Solange die Bereitschaft besteht, sich mit den virtuellen Lebens- und Störungswelten dieser Patienten zu beschäftigen, kann prinzipiell jede/r Psychiater/in und Psychotherapeut/in eine Internetabhängigkeit diagnostizieren und behandeln. Das Buch will hierzu einen Beitrag leisten, indem es einerseits die nosologische Eigenständigkeit des Krankheitsbildes herausarbeitet und es andererseits im Kontext charakteristischer komorbider Störungen untersucht.

384 Seiten · ISBN 978-3-89967-609-9 · Preis: 35,- Euro

Nalmefen bei Alkoholabhängigkeit: Zusatznutzen ist nicht belegt

Unterschiede bei Patienten und Behandlungszielen machen indirekten Vergleich schwer interpretierbar

Nalmefen (Handelsname Selincro) ist seit Februar 2013 für Personen mit Alkoholabhängigkeit zugelassen, die akut viel Alkohol trinken, aber keine körperlichen Entzugsserscheinungen haben und keinen sofortigen Entzug benötigen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat in einer Dossierbewertung überprüft, ob der Wirkstoff bei dieser Patientengruppe gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen bietet.

Ein solcher Zusatznutzen ist demnach nicht belegt: Der Hersteller legt in seinem Dossier ausschließlich Daten für einen indirekten Vergleich mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie Naltrexon vor, die jedoch ungeeignet sind. Patienten und Behandlungsziele unterscheiden sich in sechs von sieben Studien zu Naltrexon grundlegend von denen in den Nalmefen-Studien. In der siebten Studie wurde Naltrexon zeitweise nicht zulassungskonform eingesetzt und für relevante Zeiträume in der Studie fehlen Auswertungen.

Behandlungsziel: Alkoholkonsum reduzieren

Nalmefen ist für Personen mit Alkoholabhängigkeit zugelassen, die keine körperlichen Entzugsserscheinungen haben und keinen sofortigen Entzug benötigen. Der Wirkstoff kommt für Personen infrage, die ihren akut hohen Alkoholkonsum (ca. drei Flaschen Bier bei Männern, ca. zwei Flaschen Bier bei Frauen) reduzieren möchten, das aber innerhalb von zwei Wochen nicht aus eigenem Antrieb schaffen. Nalmefen beeinflusst die Freisetzung von Botenstoffen im Gehirn und soll so das Verlangen nach Alkohol dämpfen und bei alkoholkranken Männern und Frauen die Trinkmenge verringern. Gemäß Zulassung wird der Wirkstoff mit psychosozialer Unterstützung eingesetzt,

beispielsweise kombiniert mit einer Beratung, einer Verhaltens- oder Psychotherapie.

Für das Anwendungsgebiet von Nalmefen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Naltrexon als zweckmäßige Vergleichstherapie festgelegt. Dabei war die Arzneimittel-Richtlinie zu berücksichtigen, die die Anwendung von Nalmefen bei alkoholkranken Männern und Frauen vorsieht, die zu einer Abstinenztherapie hingeführt werden sollen, aber noch auf einen Therapieplatz warten müssen.

Indirekter Vergleich über Placebo

Weil keine direkt vergleichenden Studien von Nalmefen gegenüber Naltrexon vorliegen, führt der Hersteller in seinem Dossier einen adjustierten indirekten Vergleich an. Er schließt insgesamt elf Studien ein, bei denen der Wirkstoff jeweils mit einem Scheinmedikament (Placebo) verglichen wird. Das Placebo dient damit als sogenannter Brückenkomparator.

Vier Studien untersuchten die Wirkung von Nalmefen im Vergleich zu Placebo bei Alkoholabhängigen mit dem Ziel, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Der Hersteller legt Auswertungen derjenigen Studienteilnehmer vor, die bis zum Studienstart weiterhin Alkohol auf mindestens hohem Risikoniveau tranken. Diese Patienten entsprechen der Fragestellung und die Daten wären grundsätzlich für einen indirekten Vergleich verwertbar.

Andere Patienten und andere Therapieziele in Vergleichsstudien

Sieben Studien haben die Wirkung von Naltrexon im Vergleich zu Placebo untersucht, in sechs davon waren allerdings Abstinenz und Rückfallpro-

phylaxe die Behandlungsziele. Eingeschlossen waren in diese sechs Studien ausschließlich Patientinnen und Patienten, die vor Studienbeginn bereits mehrere Tage abstinent waren, also keinen Alkohol mehr tranken. Diese Patienten entsprechen allerdings nicht der Fragestellung für die Nutzenbewertung, die nun gerade Patienten betrachtet, die akut auf einem hohen Risikoniveau Alkohol trinken.

Ein Vergleich der Nalmefen-Patienten, die akut einen hohen Alkoholkonsum haben, mit den bereits abstinenten Naltrexon-Patienten ist auch mit Blick auf Outcomes wie eine Änderung des Trinkverhaltens nicht sinnvoll interpretierbar. So liefern diese Studien keine geeigneten Daten für den indirekten Vergleich von Nalmefen mit Naltrexon.

Die siebte Naltrexon-Studie ist nicht relevant, weil der Wirkstoff nicht über den gesamten Studienzeitraum zulassungsgemäß angewendet wurde und keine geeigneten Ergebnisse vorliegen. Damit liegen aus den sieben Naltrexon-Studien keine geeigneten Daten für den indirekten Vergleich vor und das Fazit des IQWiG lautet: Ein Zusatznutzen für Nalmefen ist nicht belegt.

G-BA beschließt über Ausmaß des Zusatznutzens

Die Dossierbewertung ist Teil des Gesamtverfahrens zur frühen Nutzenbewertung gemäß Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), das der G-BA leitet. Nach der Publikation von Herstellerdossier und Dossierbewertung führt der G-BA ein Stellungnahmeverfahren durch, das ergänzende Informationen liefern und in der Folge zu einer veränderten Nutzenbewertung führen kann. Der G-BA trifft einen Beschluss über das Ausmaß des Zusatznutzens, der die frühe Nutzenbewertung abschließt.

Auf der vom IQWiG herausgegebenen Website gesundheitsinformation.de finden Sie zudem eine allgemeinverständliche Kurzinformation. 

Tabakalternative E-Zigarette Religion für häretische Raucher

In Deutschland fällt die E-Zigarette nicht unter das Nichtraucherschutzgesetz. Ist sie die langersehnte Alternative für Raucher?

Die Zeiten, in denen der Papst das Rauchverbot im Petersdom aufhebt, kommen wohl nicht wieder. Damals, 1724, konnte Benedikt XIII. nicht ahnen, dass es für Kettenraucher wie ihn einmal Techniken geben würde, die vor der Exkommunikation schützen: die E-Zigarette. Dabei stammt die Grundlage dieser Technik, das Erhitzen von Flüssigkeiten zur Energiegewinnung durch Dampf, aus der Ära Benedikts. Mit Dampflokomotiven wurde das Industriezeitalter angeschoben – das Rauchverbot in Kirchen und Fabriken aber wurde wieder eingeführt. Jetzt erleben wir erneut revolutionären Pioniergeist. Die milliardenschwere Zigarettenindustrie zittert nicht mehr nur vor den Nichtraucherschutzgesetzen, sondern vor dem, was derzeit leise blubbernd den Markt erobert: digitaler Dampf.

In den USA und in Großbritannien können die meisten Raucher längst folgende Fragen beantworten: Welcher Tank? Welches Liquid? Wie viel Volt? Welche coil unit? Es gibt in den USA ganze Dampfervereinigungen, die sich als „band of brothers“ und ihr Handeln als Widerstand gegen Big Tobacco begreifen – dampfen als Religion für häretische Raucher. Das ist der Untergrund.

Im Mainstream dagegen ist dampfen Lifestyle. Läden, in denen E-Zigaretten und Fläschchen mit der nikotinhaltingen Flüssigkeit (liquid) angeboten werden, sehen aus wie In-Bars im Prenzlauer Berg, und die Beschreibungen der Aromastoffe lesen sich wie deren Weinkarten: „Crispy Mint, zart grundiert von Schokolade und einem französischen Vanille-Finish“. Einige werben sogar mit „Reserva“-Aromen, die in Eichenfässern gelagert sein sollen.

„Eisbonbon“ und „KiBa“

Auch in Deutschland wurden in diesem Jahr erste Läden eröffnet, die ihre E-Zigaretten nicht mehr zwischen St.-Pauli-Fanartikeln verkaufen, sondern sich „Liquid-Atelier“ nennen – die Aromen sind weniger delikate, noch kann man nur zwischen „Eisbonbon“

oder „KiBa“ oder „Kreuzberger Ernte“ wählen.

Fakt ist, dass die E-Zigarette viel billiger und geruchsloser ist als die herkömmliche Tabakzigarette. Das macht sie für trendbewusste, gesundheitsbesorgte und finanziell engpässige Nikotinabhängige attraktiv. Medizinisch und juristisch aber ist sie wilder Westen. Das Liquid besteht aus Propylen glykol (auch bekannt als Diskonebel), Glycerin, Nikotin und Aromastoffen. Es wird in einen Tank gefüllt und durch einen Verdampferkopf (coil unit) erhitzt, der seine Energie über einen Akku bezieht, der per USB-Anschluss aufgeladen wird.

Also alles nicht weiter wild und medizinisch zunächst für unschädlicher befunden als das karzinogene Verbrennen einer herkömmlichen Industriezigarette. Langzeitschäden lassen sich nicht belegen, da die Geräte noch keine zehn Jahre auf dem Markt sind. Die Erfahrungen der Umsteiger sind jedoch eindeutig: Kurzatmigkeit und das Gefühl, einen Aschenbecher verschluckt zu haben, hören auf.

Wie bei allen gesellschaftlichen Neuerungen ist die Skepsis riesig, weil das Wissen so klein ist. Dass über den USB-Stick chinesische Schadsoftware auf den Rechner gelangt, ist ebenso wenig belegbar wie die Panikmeldung, dass Kindern mit der E-Zigarette der Einstieg ins Rauchen erleichtert werde.

Eine kurze Zeit der Rauchanarchie

In den meisten Ländern gibt es keine Regeln für das Dampfen. In Deutschland fällt die E-Zigarette nicht unter das Nichtraucherschutzgesetz. Jeder kann überall dampfen, solange Hausherr, Restaurantbesitzer oder Bürochef es nicht höchstpersönlich verbieten. Doch mit den steigenden Nutzerzahlen wird diese Freiheit vielleicht schon bald eingeschränkt werden. In Los Angeles etwa ist Dampfen in der Öffentlichkeit seit April verboten. Und EU, WHO und der Zigarettegegigant Philip Morris bieten seit Monaten allerlei Argumente auf, um

die E-Zigarette als Arzneimittel oder Tabakware zu deklarieren, damit der Verkauf eingeschränkt und Steuern erhoben werden können.

Genießen wir also diesen vielleicht sehr kurzen Sommer der dampfenden Anarchie. Letztes Jahr schließlich hätte keiner geglaubt, dass Nikotinabhängigkeit wieder glamourös werden könnte. Mehrheitlich sind es nun Umsteiger, die zu Dampfern werden. Ich gehöre dazu. Lange wollte ich das nicht. Allein das Wort E-Zigarette war hässlich und generierte Bilder von E-Herden und E-Werken, an die man sich klemmen sollte, um seine Sucht zu befriedigen.

Außerdem war die Geste des Rauchens immer auch eine der Emanzipation: Lauren Bacalls Karriere begann mit den Worten „Anyone got a match?“, Coco Chanel nahm die Zigarette nicht mal aus dem Mund, wenn sie an den Models die Stoffe zurechtzupfte. Eine Frage der Ästhetik war es auch: Erwachsen spielen, rebellisch ohne Grund sein und dabei verführerisch aussehen – so zu rauchen, war eine Kunst und ein Statement. Die Zigarette zwischen den Fingern so zu balancieren brauchte Übung.

Aber egal. Lippenstiftspuren und Aschenbecher sind tempi passati, wie man in der ZEIT schreiben würde. Und das beliebte Format „Auf eine Zigarette mit ...“ war schon mit seiner Erfindung ein Signal für das Verschwinden seines Gegenstands. Nun hat nicht nur die Tabakindustrie Angst, den Anschluss zu verlieren, sondern auch Zigarettenliebhaber wie ich. Würde ich irgendwann allein in der Raucherecke stehen, weil ich romantischen Bildern nachhing, die längst vergilbt waren? Raucher sind dreckig, machen unsere Kinder kaputt und ruinieren unser Gesundheitswesen – das Bild hatte sich durchgesetzt. Da half auch keine letzte und allerletzte Zigarette.

Das Verführerische der E-Zigarette liegt nun darin, auf den grundlosen kleinen Rausch nicht verzichten zu müssen, den gesellschaftlichen Veränderungen aber auch nicht mehr mit Ästhetiken aus dem letzten Jahrhundert begegnen zu müssen. Die Geste des Dampfens ist neu und entsprechend unscharf. Popstars wie Bruno Mars, Katy Perry, Lindsay Lohan und undergroundere Stars wie der Sänger der Postpunk-Band Sleaford Mods machen es. Doch dampfende Posen in Film, Literatur, Kunst fehlen. Die Geste ist noch nicht genug definiert und ausprobiert.

Es gibt verschiedene Varianten, vom Blockflöten-für-Anfänger-Griff über die

entschlossene Handwerkerfaust bis zum flüchtig angedeuteten Umschlingen. In dem, was für Nichtraucher wie Kugelschreiberlutschen aussieht, entdecken Umsteiger wie ich eine futuristische Eleganz. Das Design spielt eine große Rolle und steht doch erst ganz am Anfang: Hierzulande herrscht kühle, strenge Metalloptik, anderswo verspielteres Art déco.

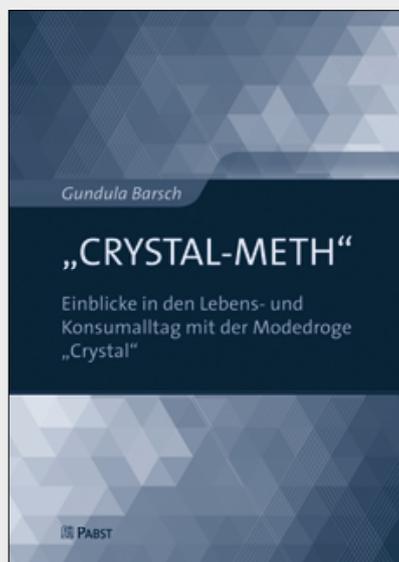
Dampfen: Wort des Jahres

Nun hat keine geringere Institution als das Oxford Dictionary „vape“, also „dampfen“, zum Wort des Jahres 2014 gewählt. Vape – gebildet aus dem Begriff „vaporizer“ („Verdampfer“) – gab es bisher nicht im bedeutendsten Wörterbuch der englischen Sprache. Und natürlich war die Wahl der Jury umstritten. In der Begründung heißt es, dampfen berühre einige der zentralen gesellschaftlichen Debatten, darunter die um das öffentliche Gesundheitswesen, die Frage nach der Regulierung alltäglicher Lebens-

bereiche und das Verhältnis von privat und öffentlich.

So wie „selfie“ im letzten Jahr hält die Jury auch „dampfen“ für mehr als einen vorübergehenden Trend. Die Begründung ist interessant: Es ist das Verhältnis zwischen privat und öffentlich, das sich dramatisch ändert und dem das Dampfen Rechnung trägt. Denn – so ließe sich spekulieren – vielleicht ist draußen gar nicht mehr draußen. In der Kneipe ist man im Zweifel mehr für sich als zu Hause vor dem Laptop.

Tatsächlich hat das Dampfen weniger mit Zigaretten als mit Pfeiferauchen zu tun. Befriedigung bringt die Dauer, nicht der Augenblick. Der Augenblick, dieser intime Moment des „die letzte Zigarette zusammen rauchen“ ist verloren. Ins Dampfen lässt sich aber etwas hineininterpretieren, das über die Konzernkritik der häretischen Anti-Big-Tobacco-Bewegung hinausgeht: Wir dehnen den Augenblick des Rauchens, des Hedonismus, der Hingabe an den sinnlosen Kick auf die Dauer einer ganzen Akulänge aus. 



Gundula Barsch

„CRYSTAL-METH“

Einblicke in den Lebens- und Konsumalltag mit der Modedroge „Crystal“

Seit Ende der 2010er Jahre präsentieren deutsche Medien regelmäßig alarmierende Berichte über die „Monsterdroge Crystal“. Auch das psychosoziale Hilfesystem signalisiert, vom Crystal-Konsum mit einer Vielzahl neuer Probleme konfrontiert zu sein. Auf Grund fehlender Einblicke in den Lebens- und Konsumalltag mit Crystal herrscht Ratlosigkeit, wie den veränderten Herausforderungen begegnet werden kann.

Gundula Barsch hat in ihrer Studie erstmals empirisch fundiert untersucht, wie die Konsumenten ihren Alltag mit Crystal gestalten. Davon ausgehend werden Ansätze konkretisiert, wie Hilfe und Unterstützung aussehen sollte, damit sich durch den Konsum keine physischen, psychischen und sozialen Probleme aufürmen.

116 Seiten
ISBN 978-3-89967-910-6
Preis: 15,- Euro



PABST SCIENCE PUBLISHERS
 Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
 Tel. +49 (0)5484 308
 Fax +49 (0)5484 550
 pabst.publishers@t-online.de
 www.psychologie-aktuell.com
 www.pabst-publishers.de