



AHG Klinik Münchwies

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 16

# Pathologischer PC/Internet-Gebrauch (Gaming, Chatting, Surfing)

Indikatives Behandlungskonzept für  
Patientinnen und Patienten mit  
pathologischem PC/Internet-Gebrauch



Reihe Konzepte

Herausgeberin: **AHG Klinik Münchwies**  
**Chefärztin**  
**Dr. med. Monika Vogelgesang**  
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie  
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Rehabilitationswesen  
Turmstraße 50-58  
66540 Neunkirchen/Saar  
Tel. (0 68 58) 6 91- 2 14  
Fax (0 68 58) 6 91- 4 20

1. Auflage 2009  
ISSN 0946-7351

---

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 16

*Petra Schuhler, Holger Feindel  
Marco Flatau, Monika Vogelgesang*

# **Pathologischer PC/Internet-Gebrauch (Gaming, Chatting, Surfing)**

**Indikatives Behandlungskonzept für  
Patientinnen und Patienten mit  
pathologischem PC/Internet-Gebrauch**

**Reihe Konzepte**

---

**Ansprechpartner für den Bereich**

Dr. phil. Petra Schuhler

Psychologische Psychotherapeutin, Leitende Psychologin

Telefon: (06858) 691- 220

oder (06858) 691- 215 (Chefsekretariat)

---

# Inhalt

Einleitung	5
1 Erscheinungsformen und diagnostische Hinweise	6
2 Das psychotherapeutische Programm	11
2.1 Inhalte, Methoden und Therapieziele	11
2.2 Aufbau des indikativen Therapieprogramms	14
3 Therapeutische und organisatorische Rahmenbedingungen	21
4 Indikation und Behandlungsdauer	23
5 Zuweisungskriterien, Nachsorge und Ausblick	24
Literatur	25

---

# Einleitung

Seit 2006 ist die Gruppe betroffener Patienten und Patientinnen, für die eine Behandlungsindikation besteht, stark angestiegen. Die Erarbeitung diagnostischer und therapeutischer Methoden war deshalb in dem bislang eher wenig vertrauten Problembereich dringend geboten. Mit dieser Beschreibung unseres Behandlungskonzepts wollen wir über unsere klinische Arbeit orientieren: Auf dem Hintergrund einer relativ langen Behandlungserfahrung (1998 haben wir den ersten betroffenen Patienten behandelt) werden Krankheitsmodell und unser diagnostischer und therapeutischer Ansatz dargestellt.

Wir verstehen den pathologischen Umgang mit dem neuen Medium PC-/Internet weniger als einfaches dysfunktionales Reiz-Reaktionsmuster, sondern viel mehr als eine tiefgreifende Störung der Beziehungs- und Selbstwertregulation. Ausgangspunkt ist die Unterscheidung zwischen normalem, problematischem und pathologischem PC-Konsum als Gaming (dysfunktionaler Umgang mit vornehmlich MMORPG – Massively Multiplayer Online Role-Playing Games, ego-shooter'- Spielen, aber auch Konsolenspielen, mit und ohne online-Vernetzungsmöglichkeit), Chatting, etwa in Partnerschafts-chatrooms und Surfing, dem ausufernden, letztlich ziellosen Sammeln von Musikdateien, Reisezielen oder Filmen. Im Zentrum steht die klinisch relevante Form des pathologischen PC-Gebrauchs, wie er im Rahmen der stationären psychotherapeutischen Rehabilitation behandelt wird. Das vorliegende Konzept umreißt das Krankheitsbild, unseren diagnostischen und therapeutischen Ansatz und gibt Beispiele aus der klinischen Praxis.

---

# 1 Erscheinungsformen und diagnostische Hinweise

Mehr noch als es ohnehin für die psychischen Erkrankungen gilt, ist die PC-/Internet-Problematik Ausdruck einer gesellschaftlichen Entwicklung, die von zunehmender Entfremdung und abnehmenden Kompensationsmöglichkeiten durch feste Einbindung in soziale und familiäre Bindungen geprägt ist. Vor allem junge männliche Erwachsene sind von dem Problem betroffen, bei denen in aller Regel schwierige familiäre Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen festzustellen sind.

Das mediale Angebot in den online-Rollenspielen, den chatrooms und Internetforen kann bei vulnerablen Personen zu schweren Beeinträchtigungen führen: Betroffene weisen gravierende Störungen in den Alltagsbewältigungskompetenzen und der beruflichen Leistungsfähigkeit auf. Aus einer unproblematischen konstruktiven Versunkenheit im Spiel entwickelt sich im pathologischen Fall ein Verlorensein in der virtuellen Welt (Döring, 2003; Petry, 2009).

Bestimmte kennzeichnende Merkmale können unterschieden werden: An erster Stelle steht die Immersion, d.h. das Zurücktreten der realen Erlebniswelt in der subjektiven Bewertung und die Präferenz der virtuellen Welt mit dysfunktionalen Auswirkungen auf Erleben und Verhalten. Gleichzeitig wird diese Immersion begleitet von einem positiv erlebten Flow-Erlebnis (Petry, 2009), d.h. dem euphorischen Gefühl, das einem Schaffensrausch in leidenschaftlicher Hingabe ähnlich ist. Das führt dazu, dass ‚die Zeit vergessen‘ wird. Die reale Welt rückt in den Hintergrund und die familiären und sozialen Kontakte werden reduziert und belastet. Die berufliche Leistungsfähigkeit wird beeinträchtigt und negative Gefühle der Einsamkeit und der Depression entwickeln sich nach dem ‚Wiederauftauchen‘ in der Realität. Das Beziehungserleben im Spiel-, Chat- und Surf-Geschehen erscheint dadurch, dass es virtuell dargeboten wird, steuerbar, weniger ambig und dadurch weniger angstauslösend. Das eigene Ich in der verlockenden Maske des ‚Avatars‘ darzustellen, vollzieht sich durch ein Zeichensystem, das eine stereotyp idealisierende Darstellung des Stellvertreters der eigenen Person in der virtuellen Welt erlaubt. Dadurch kann die innere Welt narzisstisch positiv aufgelä-

---

den werden: So gelingen beispielsweise Egozentrierung und phantasierte Allmacht, ebenso wie die scheinbare Erfüllung der Träume von der vollkommenen Liebe.

Offenbar ist das Medium geeignet, die Ängste und Unsicherheitsgefühle passager zu beschwichtigen (deshalb muss die PC/Internet-Aktivität immer wieder gesucht werden), wenn auch zu dem Preis von vielen Nachteilen und hohen Risiken für die eigene Entwicklung. Dies gelingt auf der Grundlage der Passung zwischen individuellem Defizit und medialem Angebot, wodurch der hohe Aufforderungscharakter der PC-/Internet-Aktivität erklärt werden kann: Eine selektive Selbstdarstellung ist möglich, der Mensch kann sich ganz eingengt auf positive Elemente dem Anderen präsentieren. Durch die asynchrone Kommunikation gelingt außerdem eine zeitliche Verzögerung in der Interaktion, die ein stärkeres Kontrollgefühl ermöglicht. In der virtuellen Identität ist es möglich, schwach oder negativ angesehene Identitätselemente zu filtern, zu verfälschen, zu beschönigen oder gar zur löschen. Zudem gelingt eine Abkehr von belastend erlebter Realität, die eine Verleugnung der immer drängenderen Probleme in der Alltagswelt begünstigt.

Die Störung geht mit häufigen komorbiden psychischen Störungen einher (v.a. soziale Phobie, depressive Störungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen und wahrscheinlich sekundär mit einer überproportional hohen Quote an somatischen Erkrankungen, v.a. der Adipositas). Alle pathologischen PC/Internet-Konsumformen können beträchtliche psychomentale und sozialinteraktive Funktionsdefizite bedingen, die in der Folge zu weitgehenden beruflichen Leistungseinschränkungen führen, wie etwa Einbußen im Ausdauervermögen, in der Frustrationstoleranz, der sozialen Kompetenz oder der Anstrengungsbereitschaft, was bei den Betroffenen gravierende Probleme in der Lebensführung und Arbeitswelt auslöst.

### **Diagnostische Kriterien des pathologischen PC/Internet-Gebrauchs als Störung des Selbststeuerungs- und Beziehungsverhaltens (ICD-10 F 68.8) – ein Vorschlag zur klinischen Handhabung**

Bislang ist die diagnostische Einordnung noch umstritten (Block, 2008; Chou et al., 2005; Shaw & Black, 2008; Yen et al., 2008). Wir verstehen den pathologischen PC/Internet-Gebrauch als eine tiefgreifende Störung der Affekt- und Beziehungsregulierung, sowie der Selbststeuerung, die am ehesten in die Diagnoseklasse ‚Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen‘ einzuordnen ist. Im aktuellen Glossar, das den pathologischen PC/Internet-Gebrauch noch nicht als eigenständige Störung aufweist, erscheint uns die ICD-10 F 68.8 Klassifikation ‚sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen‘ am besten geeignet für eine diagnostische Einordnung.



---

Als diagnostische Leitlinie schlagen wir vor zu prüfen, ob die PC/Internet-Aktivität Teil des überdauernden Identitätserlebens geworden ist in Verbindung mit Immersionserleben (Petry, 2006). Differenzialdiagnostisch sollten Paraphilie, gesteigertes sexuelles Verlangen (Hypersexualität), pathologisches Glücksspielen im Internet und pathologisches Kaufverhalten im Internet, sowie eine PC/Internet-assoziierte Symptomatik im Rahmen einer anderen psychischen Störung erwogen werden. Wir schlagen diagnostische Kriterien vor (Petry, 2009; Schuhler, 2008, 2009; Vogelgesang, 2009), die vorrangig überwertiges Immersionserleben, Identitätsdiffusion, sowie Defizite in der sozialinteraktiven Handlungsfähigkeit und Selbstwertregulation berücksichtigen (Tabelle 1).

**Tabelle 1**

**Diagnostische Merkmale des pathologischen PC/Internet-Gebrauchs nach ICD-10: F 68.8 – ein Ansatz zur klinischen Handhabung**

- Exzessive PC/Internet-Aktivität (mehr als 30 Stunden wöchentlich, schul- oder berufsfremd) vom Gaming-Chatting-Surfing-Typ
- Überwertiges Immersionserleben mit Wunsch nach Anerkennung durch virtuelle Partner
- Identitätsdiffusion
- Ich-Syntonie
- Defizite in der sozialen Interaktionsfähigkeit und Selbstwertregulierung
- Sozialer Rückzug mit sozialphobischen Vermeidungstendenzen
- Negative körperliche, psychische und soziale Folgen
- Hohe psychische Komorbidität (depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen)

*Fallbeispiel: Der 21-jährige Patient hatte im Alter von 14 Jahren zum ersten Mal Kontakt mit Computerspielen. Vermehrt zu spielen begonnen habe er mit 17 Jahren. Damals habe er für eine längere Zeit von zu Hause weg gemusst, um eine Lungenerkrankung in einem Heilkurort an der Nordsee auszukurieren. Seine Eltern hätten nicht angerufen oder ihn gar besucht, er habe aber auch kein Heimweh gehabt. Insgesamt habe er in der Gastfamilie, in der er lebte, tun und lassen können, was er wollte. Das habe ihm aber eigentlich gefallen und so habe sich auch niemand um sein PC-Spielen gekümmert. Er habe vor allem sog. ‚Ego-shooter‘ gespielt. (Das sind Mehrpersonen-Online-Rollenspiele, bei denen – oft in pseudo-militärischer Szenerie – das Kämpfen, Töten und Erobern im Mittelpunkt steht. Ego-shooter heißen die Spiele deshalb, weil das Monitorbild*

---

*stets so gestaltet ist, als könne aus einer Ich-Perspektive mit einer Waffe, die im Bild dominiert, geschossen werde). Vor zwei Jahren habe sich sein PC/Internet-Spielen enorm gesteigert. Damals habe ihn eine Freundin verlassen. Das Spielen konnte die Leere, die er danach empfand, füllen. Schnell sei das PC/Internet-Spielen zu seiner Hauptbeschäftigung geworden. Er habe sich mehr und mehr mit der Figur, die er im Spiel war (ein sog. ‚sniper‘, ein Scharfschütze) identifiziert, das reale Leben sei immer unwichtiger, gleichzeitig aber auch immer belastender geworden: Er verlor seinen Ausbildungsplatz, weil er morgens nicht mehr erschien, da er erschöpft war vom langen nächtlichen Spielen. Es kam zu heftigen Konflikten mit den Eltern. Je aversiver sich das reale Leben entwickelte, umso stärker wurde der Drang zu spielen. Zuletzt habe er durchschnittlich 12 Stunden am Tag gespielt, aber auch 20 Stunden am Stück kamen vor. Er könne nicht sagen, warum das Spielen solche Ausmaße angenommen habe. Es habe ihm zu Anfang „Spaß“ gemacht, später sei es ihm einfach wichtiger gewesen als das Leben „draußen“. Es sei ihm wesentlicher und bedeutsamer vorgekommen als seine Ausbildung, die Eltern und Geschwister oder gar das Familienleben, wie etwa die Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten.*

Wir gehen davon aus, dass eine erfolgreiche Psychotherapie durch eine umfassende problemspezifische Diagnostik wesentlich erleichtert und effektiviert werden kann. Auf dieser Grundlage werden routinemäßig in einem ersten Schritt die dysfunktionalen Zusammenhänge in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bedingungsanalyse geklärt und das therapeutische Vorgehen daran individuell orientiert: Betroffene berichten über vielfältige und komplexe Problemstellungen, die nur im Rahmen eines individualisierten Fallkonzeptes in ihren wechselseitigen Zusammenhängen und funktionalen Interdependenzen angemessen erfasst werden können. Besondere Bedeutung haben darüber hinaus die individuellen Beziehungserfahrungen und deren Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung des Problembereichs: Die Bindungstheorie (Bolwby, 1969; Grossmann & Grossmann, 2006; Strauß, 2008; Strauß et al., 2002) liefert auf entwicklungspsychologischer Grundlage ein wertvolles Verstehensmodell für die Probleme in den Bereichen der Beziehungsregulation, der Selbststeuerung und der Exploration in der realen Welt. Bindungserfahrungen (Liotti, 2008; Brisch, 2008; Gloger-Tippelt, 2001) als überdauernde Muster und Konflikt-Thematiken in nahen Beziehungen werden erarbeitet, deren Einfluss auf die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen und die bindungskompensatorische, d.h. sicherheitsgebende Funktion, die der PC/Internet-Konsum übernommen hat (Schuhler, 2009). Besondere Bedeutung haben die eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit, die in engem Zusammenhang mit der Bindungsorganisation zu sehen ist, (Allen & Fonagy, 2009; Fonagy et al., 2004) und der Antriebsverlust außerhalb der PC-Aktivität. Die

---

berufliche Leistungsfähigkeit ist in nahezu jedem Fall stark beeinträchtigt. Tabelle 2 fasst die zentralen Problembereiche des Krankheitsbilds zusammen.

Tabelle 2

#### Zentrale Problembereiche des Krankheitsbilds

- Unsichere Bindungsorganisation
- Überdauernde ungelöste Konfliktthemen in nahen Beziehungen, v.a soziale Ängstlichkeit und Hemmung, hohe Kränkbarkeit und Defizite in der Regulation aggressiver Affekte
- Antriebsverlust außerhalb der PC/Internet-Aktivität
- Mangelnde Mentalisierungsfähigkeit
- Defizite in der Selbstwertregulation, der sozialen Interaktionsfähigkeit und dem Selbstwirksamkeitserleben
- Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit

*Fallbeispiel: Der Patient war zu Beginn der Behandlung noch fasziniert von dem „derben“ Spielgeschehen. Er beharrte in den ersten Gesprächen darauf, dass man dort im Spiel nicht ohne weiteres und leicht sich Respekt verschaffen könne. Den bekomme nur der, der „Leistung zeigt“. Er habe sich mit den besten 1000 Snipern weltweit gemessen und habe einen der ersten drei Plätze erreicht. Dagegen sei ein Tennissieg in Wimbledon doch vergleichsweise weniger wert. – Er habe schon Freunde im wirklichen Leben gehabt, aber „alles nur Außenseiter“. Richtig dazu habe er nie gehört. Auch nicht zu Hause. Immer sei er zurecht gewiesen worden. Schon früher als Kind habe er gedacht, die Eltern sollten sich besser scheiden lassen. Sein Vater sei oft aggressiv ihm gegenüber gewesen und habe ihn sogar geschlagen, erzählt der Patient mit offenkundigem Schmerz, ohne dass er die dadurch empfundene Kränkung mit der Aggressionsabfuhr in Verbindung bringen könnte, die er im Spiel gesucht hat. Seine Einschätzung „Bei „mir hat das Spielen viel mit Aggression zu tun“ kann er nicht mit biographischen Erfahrungen und Bewertungen in Einklang bringen. Er trage im Leben eine „Maske“ und die könne er nur im Spiel abnehmen. Im wirklichen Leben würde er damit anecken, aber im Spiel, da seien die Probleme lösbar. Da habe „ich mir gesagt, den mache ich jetzt fertig und dann habe ich den fertiggemacht. – Ich knalle meistens aus dem Hintergrund, ja auch auf hilflose Opfer. Im Spiel hat aber jeder gleiche Chancen, nicht wie in der Familie, wo einfach der das Sagen hat, der der Ältere ist und wenn er noch so einen Scheiß macht.“ Denn gegen seinen Vater habe er keine Chance gehabt, der habe zuschlagen dürfen und er habe das aushalten müssen.*

---

## 2 Das psychotherapeutische Programm

Am häufigsten tritt der pathologische PC/Internet-Gebrauch als das exzessive Spielen von Mehrpersonen-online-Rollenspielen oder ego-shooter-Spielen (z.B. ‚World of Warcraft‘ oder ‚Counterstrike‘) auf, gefolgt vom Chatting (z.B. in Partnerschafts-Chatrooms) und dem dysfunktionalen Surfen. Bislang wurden weit über 100 Patienten und Patientinnen stationär in der AHG Klinik Münchwies behandelt, wobei die Patientenzahl in den letzten beiden Jahren sprunghaft angestiegen ist. Männer sind im Verhältnis 9:1 sehr viel häufiger vertreten als Frauen, die Gruppe ist im Vergleich zum Durchschnittsalter der Patienten der stationären Rehabilitation in den Indikationsgebieten Psychosomatik und Sucht mehr als 10 Jahre jünger: Das Durchschnittsalter liegt bei 27 Jahren. Neben dem allgemeinen Behandlungsprogramm in beiden Abteilungen nehmen die Patienten an einem spezifisch auf den pathologischen PC/Internet-Gebrauch zugeschnittenen indikativen psychotherapeutischen Gruppenprogramm teil, das nachfolgend in den Grundzügen beschrieben wird. Eine Publikation des therapeutischen Programms wird gegenwärtig erstellt. (Schuhler et al., in Vorbereitung).

### 2.1 Inhalte, Methoden und Therapieziele

Die Behandlungsziele bestehen im Abbau der zugrunde liegenden intrapsychischen und interpersonellen Probleme, wie Selbstabwertung, Antriebsverlust außerhalb der PC-Welt, Ängste vor Anderen, Misserfolgsorientierung oder Hilflosigkeit. Wir erarbeiten ein individuelles Verständnis für die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des pathologischen PC/Internet-Gebrauchs und gesunde Alternativen für die dysfunktionalen Lösungen, die bislang im PC/Internet-Konsum gesucht wurde.

Das methodische Primat lässt sich umreißen als das Bestreben, abstrakte Inhalte stets konkret zu machen, d.h. wir bemühen uns darum, Wesentliches erfahrbar zu machen. Damit soll der eingeschränkten mentalen Verarbeitungsweise entgegengewirkt werden, die Einsichts- und Verstehensprozesse, sowie die Eröffnung einer internalen Perspektive nur schwer zulässt. Impact-Techniken (Beaulieu, 2005), die verbunden werden mit geleitetem Entdecken, dienen der Exploration zentraler Problembereiche und dem Anstoßen von Veränderungen. Dabei rekurren wir auf unsere lange Erfahrung mit dem

---

Einsatz von Metaphern, Narrativen, Symbolen und Imaginationen im therapeutischen Prozess (Schuhler, 2007; Vogelgesang, 2007). Interesse und intensive Gefühle außerhalb der virtuellen Welt, die unerlässlich für therapeutisches Fortkommen sind, werden dadurch geweckt.

Um die reale Welt wieder mit positiver Bedeutung aufzuladen – eine Fähigkeit, die in der Regel verloren gegangen ist – werden einfache Gegenstände als Erinnerungsanker für positive Erfahrungen im Therapieprozess eingesetzt. Werden in dieser Weise konkrete Objekte in der Therapie angeboten, so muss sich der Patient, die Patientin körperlich einbringen, muss sich bewegen, handeln, kann sich spüren und erleben. Dadurch gelingt die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die reale Welt, eine Wiederbelebung der Erlebensfähigkeit und – nicht zuletzt – eine Intensivierung der therapeutischen Beziehung. Es ist eine effektive Art, den Kampf um die Macht zu umgehen und Vertrauen aufzubauen, indem sich beide Seiten zum Zuschauer einer Inszenierung machen und dadurch eine gemeinsame Perspektive eröffnen.

Das gruppentherapeutische indikative Programm umfasst 12 Gruppeneinheiten, und wird mit maximal 12 Patientinnen und Patienten durchgeführt. Es verbindet im Sinn einer integrativen Verhaltenstherapie kognitiv-emotionale Restrukturierungen mit gruppendynamischen, psychoedukativen, erlebnisaktivierenden und verhaltensbezogenen Methoden (Schmitz et al., 2001). Die Förderung der kognitiv-emotionalen Regulation hat besonderen Stellenwert, die in engem Zusammenhang mit bindungsdynamischen Gesichtspunkten gesehen wird (Allen & Fonagy, 2009; Schuhler, 2009). Ziel ist es, neue Einordnungsgesichtspunkte in der sozial-interaktiven Welt zu erarbeiten, sowie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Introspektion zu erweitern.

Das indikative Therapieprogramm wird im Rahmen einer unserer therapeutischen Gemeinschaften, den therapeutischen Wohngruppen, durchgeführt, entweder in der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen (oder im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen bei komorbider Suchterkrankung). Im Zentrum steht die Analyse der Beziehungs- und Selbstwertregulationsdefizite und der Kompensationsversuche in der virtuellen Welt. Dies mündet in die Erkundung der Interdependenzen und die Unterstützung des interaktionellen Erlebens- und Handlungsrepertoires. Die starke emotionale Bindung an die PC-Welt (Ich-Syntonie) wird dabei sorgsam beachtet. Kompetenz- und Ressourcenorientierung, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien, Psychoedukation, sowie der Ausbau der positiv besetzten Erlebensfähigkeit außerhalb der virtuellen Welt ergänzen die therapeutischen Zielsetzungen. Aus dem methodischen Spektrum der Suchttherapie wurden darüberhinaus die motivationale Bearbeitung der Ambivalenz hinsichtlich der Veränderung des dysfunktionalen PC/Internet-Konsums und Methoden der Rückfallprophylaxe entlehnt.

---

Im Folgenden werden die übergeordneten Therapieziele aufgelistet:

- Abbau von Störungen des intrapsychischen und sozial-interaktiven Verhaltens und Erlebens, insbesondere der affektiven Regulationsdefizite. Im Zentrum stehen die intrapsychischen Konflikte und deren Dynamik und die dadurch bedingten interpersonellen Störungen. Angestrebt wird die Entwicklung realitätsbezogener reiferer Erlebens- und Handlungsstrukturen durch kognitiv-emotionale Modulierung und Erwerb von interaktionellen Verhaltensfertigkeiten.
- Reflexion der wichtigen Beziehungen in der Gegenwart, der therapeutischen Beziehung und der aktuellen Sicht der Beziehungswelt – in der Gegenüberstellung von virtueller und wirklicher Welt. Stabilisierung bei der notwendigen, aber behutsam eingeführten Distanzierung von den medialen Beziehungen und Selbstdarstellungen.
- Unterstützung der sensorischen Wahrnehmungsfähigkeit und Reaktivierung früherer Kompetenzen in diesem Bereich (visuell, auditiv, olfaktorisch, taktil) durch multisensorisches Lernen in einem erlebnisaktivierenden Rahmen (Impact-Ansatz)
- Therapeutische Zielsetzungen, die sich auf überdauernde innere Einstellungen und Werthaltungen richten: Reflexion der psychosozialen Hintergründe und Kontexte der Erkrankung; Bewusst machen, welche Normen und Werte von übergeordneter Bedeutung sind, sowie welche alltagspraktischen und lebensplanerischen Auswirkungen diese haben. Gefördert werden soll die Bildungsmotivation, ebenso wie der Aufbau von Interessen und eine aktive Freizeitgestaltung, außerdem eine Reflexion der körperlichen Folge- und Begleiterscheinungen des exzessiven PC/Internet-Konsums
- Therapeutische Zielsetzungen, die sich auf die Alltagsbewältigung richten: Abbau von Leistungsverweigerung und Passivität, sowie Stärkung der Strukturierungsfähigkeit und der interaktionellen Kompetenzen, Akzeptanz des Unveränderbaren, adäquates Zeitmanagement, Stärkung des freudvollen euthymen Erlebens und Verhaltens außerhalb der virtuellen Welt (salutogenetische Potenziale); Rückkehr zum nur funktionalen PC/Internet-Gebrauch; Klärung der Ambivalenz hinsichtlich des dysfunktionalen Gebrauchs und Rückfallprophylaxe

Probleme in der Selbstwahrnehmung, Identitätsstabilisierung und Beziehungsregulation werden in Verbindung gebracht mit der exzessiven PC-Aktivität.

---

Nichtkonfrontative Motivierungsstrategien (Narrative, Imaginationen, Arbeit mit Symbolen und Metaphern), die sich in der Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen (Schmitz et al., 2001; Schuhler et al., 2005) bewährt haben, stehen im Dienst des Aufbaus von Veränderungsmotivation und Kooperationsbereitschaft. Methoden zur Erlebnisaktivierung und zur Förderung des positiven Gruppenerlebens als konkurrierende Erfahrung zur virtuellen Welt nehmen darüber hinaus großen Raum ein. Daran schließt sich die Erarbeitung funktionaler Alternativen und salutogenetischer Potenziale an, ebenso wie die Entwicklung von auf die Lebens- und Arbeitswelt bezogenen Perspektiven. Rückfallprophylaxe steht am Ende der therapeutischen Arbeit.

## 2.2 Aufbau des indikativen Therapieprogramms

Der Aufbau des Therapieprogramms ist in Themenkomplexe gegliedert, denen jeweils zwei gruppentherapeutische Sitzungen gewidmet sind.

(1) **Analyse der Interaktionserfahrungen in der virtuellen und realen Welt und Erkundung der Interdependenzen.** Der Patient, die Patientin soll ermutigt werden, die belastenden sozialen Interaktionen und die negativen Selbstwahrnehmungselemente in der realen Welt auch als Resultat früherer Erfahrungen sehen zu lernen. Die quasi-kompensatorische ‚Dienstleistung‘, die die PC/Internet-Welt mit einem hohen Risiko für die eigene Entwicklung zu bieten vermochte, steht dabei im Mittelpunkt. Die starke emotionale Bindung an die PC/Internet-Aktivität verlangt den Einsatz nicht-konfrontativer Motivierungsstrategien (Schmitz et al., 2001; Vogelgesang, 2006). Ausgangspunkt ist die Annahme, dass die individuelle Entwicklung aufgrund ungünstiger emotional-interaktiver Erfahrungen zum Stillstand gekommen ist und der PC-Konsum die dysfunktionale Gelegenheit bietet, sich mit konflikthafter Themen immer wieder in einer Weise auseinanderzusetzen, die das wirkliche Leben nicht bietet, nämlich an einem Ersatzort, der scheinbar mehr Sicherheit, Kontrollerleben und Erfolg bereithält. Durch diese Scheinlösung stockt die Identitätsentwicklung und die Fähigkeit zur Beziehungsregulation bzw. regredieren diese auf ein unreiferes Entwicklungsniveau.

**Beispiel aus der klinischen Praxis:**

*Aussagekräftige Bild- Ausschnitte aus den PC/Internet-Spielen werden den Patienten vorgelegt. Daran schließt sich eine geleitete Assoziation an, die*

---

*erhellt, welche Bedeutung die eigene Spielfigur hatte. Dies muss mit großer therapeutischer Behutsamkeit geschehen, da die emotionale Bindung an die Figur so stark sein kann, dass mit heftigen Krisen und depressiver Dekompensation gerechnet werden muss. Die reale Beziehungswelt wird im Anschluss daran beleuchtet, nämlich anhand eines ‚Vierecks-der-sozialen-Welt‘, das dazu veranlasst, die Eltern- FreundInnen- KollegInnen- Nachbarn-Beziehungen zu reflektieren und nach der emotionalen Nähe einzuordnen. Auch dieser Schritt bedarf der besonderen therapeutischen Fürsorge, weil die reale soziale Welt sich typischerweise als leer und zerstört darstellt.*

(2) **Entwicklung realitätsbezogener positiver Selbstbildelemente und Förderung der sozialen Kompetenz.** Hier geht es um das Bewusstwerden der eigenen sozialinteraktiven Wahrnehmung, die Förderung der Perspektivenübernahmefähigkeit und insgesamt die Stärkung des Vertrauens in menschliche Bindungen. Die Potenziale des Einzelnen sollen gestärkt werden durch Vergleiche mit Stärken und Ressourcen, die neben aller Problemhaltigkeit in den PC-Aktivitäten (auch) gezeigt wurden, wie konzentrierte Hingabe, Ausdauer, Schlussfolgerungen ziehen können, auf Inputs achten und schnell reagieren können.

**Beispiel aus der klinischen Praxis:**

*Psychoedukatives Therapiematerial ermöglicht einen kompetenzorientierten, nicht pathologisierenden Einstieg in die therapeutische Arbeit. Dabei werden die motivierenden Aspekte der PC/Internet-Aktivität zunächst anhand ansprechender Materialien dargestellt und die vielfältigen Möglichkeiten werden erörtert, die das Spielen, Chatten und Surfen auch bieten können. Die innere Repräsentanz der Beziehungswelt wird erkundet durch erlebnisaktivierende Übungen, bspw. werden vier bemalte Holzstelen (Lauer, 2007) aufgestellt, die ein Haus, einen Berg, einen See und einen Wald darstellen. Die Pat. werden gebeten, sich zu dem Symbol zu stellen, das sie am liebsten mögen. Die subjektive Bedeutung wird erarbeitet unter dem Schwerpunkt, inwiefern andere wichtige Menschen daran beteiligt waren. Ein Patient war bspw. sehr gerührt, weil er sich spontan zu der Haus-Stele stellte und dann in der Erinnerung wieder Zugang fand zu einem schönen Städte-Reiseerlebnis mit seinen Eltern, woran er schon lange nicht mehr gedacht hatte. Es war von der großen Problemlast, die im Sohn-Eltern-Verhältnis vorherrschte, in den letzten Jahren, bedingt durch den pathologischen PC/Internet-Gebrauch, verdrängt worden. Solche positiv besetzten inneren Repräsentationen der realen Welt werden verstärkt und es wird versucht, diese zu generalisieren und auszubauen. Insbesondere wird dazu angeregt, die neuen interaktionellen Erfahrungen im Kontakt mit den MitpatientInnen auf dem Hintergrund der positiven Bewertungen*





zu verankern. Eine besonders wichtige Rolle spielt die therapeutische Beziehung, in der oft bahnbrechend wieder (oder erstmals) eine angemessene Verarbeitung aggressiver Affekte, Perspektivenübernahme oder ein adäquater Umgang mit Frustrationen gelingen.

(3) **Analyse der dysfunktionalen Selbstwertregulation.** Als häufige ursächliche Problembereiche fungieren mangelnde Kontrollkompetenz und das Fehlen einer sicheren emotionalen Basis, die Ängsten entgegenwirken und erfolversprechendes Handeln ermöglichen kann. Eng damit verknüpft sind die defizitäre Selbstbestätigung und mangelnde Anerkennung. Die Strategien der Aggressionsabfuhr sind oft ungünstig ausgebildet, ebenso wie das Autonomieerleben. Die innere Repräsentation der realen Welt ist stark dominiert von Misserfolgserwartungen. Schließlich gelingt auch nicht die Integration positiver und negativer Elemente im Selbstbild und im Bild von anderen. Mit psychoedukativen und ressourcenorientierten Methoden (Schmitz et al., 2001) wird ein bio-psycho-soziales Verstehensmodell der PC-Aktivität etabliert. Dabei geht es um die Zusammenhänge zwischen PC-Aktivität und psychophysiologischer Reaktion, sowie die psychischen Auswirkungen auf die mentale Steuerung und das emotional-kognitive Erleben und Verhalten. Gruppendynamische Methoden unterstützen die Akzeptanz und den Angstabbau in der Anfangsphase der Gruppenarbeit.

---

### Beispiel aus der klinischen Praxis:

*Mit impact-Methoden werden positive und negative Repräsentationen des Selbst anschaulich gemacht: Fünf weiße und 5 schwarze Knöpfe symbolisieren positive bzw. negative Selbstbewertungen. Auf einer Unterlage sollen diese so kombiniert werden, wie es der Selbstsicht entspricht. Dieser Schritt bedarf dann der besonderen therapeutischen Unterstützung, wenn eher nur Leere empfunden wird, als dass ein Abwägen der Stärken und Schwächen möglich wäre: Ein Behälter, ein Pappbecher, steht als Symbol für das Selbstbewusstsein und wird dem Patienten folgendermaßen präsentiert, so dass demonstriert wird, wie erstrebenswert ein ‚gut gefülltes‘ Selbstwertgefühl ist: der Becher wird mit Wasser gefüllt, das als Symbol steht für Anerkennung, Zuwendung, Freundlichkeit, aber auch für Kritik, die konstruktiv bewahrt wurde. Dann wird demonstriert, was passiert, wenn der Becher ein Loch hat. Es wird herausgearbeitet, dass Aufmerksamkeit und Zuwendung niemals ausreichen können, wenn der Becher ein Loch hat‘ – er kann sich niemals füllen. In einem zweiten Schritt wird erarbeitet, wie Erfahrungen (aus dem Wohngruppenkontext, der interaktionellen Gruppenpsychotherapie und der therapeutischen Beziehung) bewahrt und in die Selbstwahrnehmung integriert werden können. Die virtuellen Erfahrungen werden symbolisiert mit Seifenblasen, die nicht in dem Behälter – Symbol für das Selbstwertgefühl – aufgenommen werden können, wenn diese auch schön und schillernd aussehen.*



---

(4) **Entwicklung funktionaler Alternativen.** Ausbau der Erlebensfähigkeit außerhalb des virtuellen Raumes und Unterstützung der interpersonellen Kompetenzen. Im Zentrum stehen die Unterstützung der Wahrnehmung sozialinteraktiver Prozesse und die Aufhebung von Blockaden in realen sozialinteraktiven Kontexten. Dies wird angezielt durch gruppenspezifische und Rollenspielmethode, die den Ausbau positiver Selbstanteile zum Ziel haben. Auf diese Weise werden interpersonelle und Selbstbildwahrnehmungen in einer konkreten Erfahrung durch geleitetes Entdecken analysiert (Beaulieu, 2005) und in den Auswertungsphasen differenziert. Die Selbstbildelemente als überdauernde innere Einstellungen zur eigenen Person werden in weiteren Schritten in der biographischen und insbesondere bindungsdynamischen Verankerung beleuchtet und modifiziert.

**Beispiel aus der klinischen Praxis:**

*Eine bedeutsame Beziehung des Patienten, der Patientin wird beleuchtet, oft aus dem Familienkontext, aber auch aus der Schule oder Ausbildung. Eine für den Kontakt typische Szene wird nachgestellt dadurch, dass für jede(n) Beteiligte(n) ein leerer Stuhl hingestellt wird. Auf einem Blatt Papier wird der Name des Betreffenden geschrieben und an den Stuhl geklebt. Auch der Patient/die Patientin selbst hat einen solchen Stellvertreterstuhl. Die Aufgabe besteht darin, die Stühle in einer für die Szene bezeichnenden Weise zu gruppieren nach Nähe, Abwendung oder Zuwendung, stabilem Stehen oder Umgeworfensein etc. Der Patient/die Patientin wird dann gebeten, an jeden Stuhl in der Szene heranzutreten und die Perspektive der Person, die der Stuhl symbolisiert, auszuarbeiten. Defizite in der Perspektivenübernahme werden exploriert und Alternativen entworfen. In einer ähnlichen Weise kann mit Aufstellungsfiguren (Carl-Auer Verlag) gearbeitet werden. Erst danach schließt sich ein Rollenspiel im herkömmlichen Sinn an.*



---

(5) **Erarbeitung salutogenetischer Potenziale.** Diese wird angestrebt über die Aktualisierung positiv besetzter Erfahrungen außerhalb der PC-Welt. Die Sensibilisierung und Differenzierung der Sinneswahrnehmungen (Koppenhöfer, 2004) werden verstärkt über die Auseinandersetzung mit konkreten Materialien (zum Sehen, Riechen, Hören und Tasten), die durch geleitete Assoziationsübungen in ihrer Wirkweise erschlossen werden. Dies wird ergänzt durch die Exploration von Eindrücken, Erinnerungen, Bildern und Vorstellungen an, die in Imaginationsübungen münden, zur Erweiterung des assoziativen Raums und der Erweiterung der Mentalisierungsfähigkeit.

**Beispiel aus der klinischen Praxis:**

*Der Zugang zu positivem und aufmerksamen Erleben geschieht über die Sinneskanäle, die durch exzessiven PC/Internet-Gebrauch in der Regel „verschüttet“ sind. Deshalb werden Materialien bereitgestellt, die helfen, die Wahrnehmung zu konzentrieren und die sensorische Erfahrung intensiv zu erleben. Eine Riecherfahrung wird an den Anfang gestellt: Duftstreifen in verschiedenen Farben werden dargeboten. Es handelt sich dabei um Kartonstreifen in rot, gelb, grün, lila, die mit verschiedenen ätherischen Ölen getränkt werden. Bewährt haben sich Orange/Zitrusdüfte kombiniert mit gelb, Lavendelduft kombiniert mit lila, Patschuliduft kombiniert mit grün und Rosenduft kombiniert mit rot – offensichtlich erleichtert die gleichzeitige Erfahrung von diesen Farben mit den vier Duftprovenienzen die sensorische Wahrnehmung. Die Präparierung der Streifen erfolgt vor der Therapiestunde durch den Therapeuten/die Therapeutin. Die Patienten werden gebeten, sich den Streifen auszusuchen, der ihnen am besten gefällt und sich in den Geruch zu versenken. Nach einigen Minuten werden die Assoziationen zusammengetragen, die der positiv besetzte Duft ausgelöst hat. Fällt anderen psychosomatisch Kranken es eher*



---

*leicht, sich durch den Duft in positive innere Erlebensräume führen zu lassen, ist dies typischerweise schwer für die Patientengruppe. Es bedarf besonderer Unterstützung Imaginationen zu entwickeln.*

*Ähnlich wird mit visuellen Reizen (positiv besetzte Bilder von Landschaften, Blumen, Pflanzen, Bäumen (copyright für die Aufnahmen bei Gortner, 2009), auditiven Angeboten (Naturklänge wie Meeresrauschen) und taktilem Material (z. B. Samt, Stein, Holz, Pelz mit unterschiedlicher Oberflächenqualität von rau über glatt, porös, weich, hart etc.).*

(6) Klärung der Ambivalenz hinsichtlich einer PC-Konsum-Veränderung, Lösung der emotionalen Bindung an die PC-Aktivität auf der Grundlage eines ‚Ampelmodells‘: Erwerb allgemeiner und spezifischer Medienkompetenz auf der Grundlage eines ‚Ampelmodells‘, das unbedenkliche, riskante und keinesfalls auszuübende PC-Aktivitäten differenziert. Auf dieser Grundlage wird die Lösung der emotionalen Bindung an das virtuelle Beziehungsgeschehen angestrebt und der Erwerb rückfallpräventiver Bewältigungskompetenzen für Risikosituationen verfolgt (Marlatt & Donovan, 2005; Marlatt & Gordon, 1980).

#### **Beispiel aus der klinischen Praxis:**

*Mit den Patienten sollen konkrete Schritte auf dem Weg hin zu einem funktionalen PC-Gebrauch erarbeitet werden. Dies beinhaltet rückfallpräventive Maßnahmen in Bezug auf den dysfunktionalen Gebrauch.*

*Am Anfang steht auch hier der Einsatz nichtkonfrontativer Motivierungsstrategien. Beispielsweise mittels einer Vierfeldertafel werden kurz- und langfristige positive und negative Konsequenzen des Problemverhaltens gegenübergestellt und so eine zunehmende Veränderungsbereitschaft erreicht. Manchmal ist es hilfreich, den Fokus auf bestimmte Themenbereiche zu lenken (z.B. auf die körperlichen Folgen: Ist die Spontanantwort bei vielen Patienten zunächst „keine“, ist es den Patienten in Gruppenarbeit doch gut möglich, sich die Konsequenzen zu verdeutlichen, angefangen von Hornhautschwielen an den Handballen über die Entwicklung von Sensibilitätsstörungen in den Händen, zunehmenden Rückenbeschwerden, Entwicklung von deutlichem Über- oder Untergewicht im Rahmen falscher oder vernachlässigter Ernährung bis hin zu Anzeichen starker körperlicher Vernachlässigung).*

*In einem weiteren Schritt wird das Ampelmodell eingeführt. Hierzu wird die Ampel auch bildlich mit roten, gelben und grünen Pappkartonscheiben dargestellt. Mit den Patienten zusammen wird für jeden Einzelnen individuell ein roter Bereich (Aktivitäten, die so gefährlich und deshalb tabu sind, dass ein völliger Verzicht nötig ist wie z.B. Onlinerollenspiele, Computerspiele allgemein, 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?).*

*Aus der Suchttherapie wird das Konzept des „Notfallkoffers“ entliehen mit konkreten Hilfeplänen (Wen kontaktiere ich, wenn es schwierig wird? Welche Hilfesysteme kann ich in Anspruch nehmen?).*

*Auch das „Zumachen von Hintertürchen“ fällt in die aus der Suchttherapie entlehnten Methoden. So erwarten wir die Accountabmeldung bei Online-Rollenspielen – bei der wir behilflich sind – spätestens zur Mitte der Behandlungszeit. Neben der rückfallpräventiven Intention geht es hierbei auch um das Initiieren eines Trauerprozesses hin zu einer Lösung der emotionalen Bindung an die Avatare.*

*Das Entfernen aller Computerspiele aus der Wohnung, das Abmelden von Abonnements einschlägiger Fachzeitschriften sowie der Verzicht auf die Lektüre entsprechender Computerzeitschriften, das Löschen von ICQ-Listen u.v.m. können wichtige Schritte auf dem Weg zu einem funktionalen Gebrauch des Mediums PC sein.*

### **3      Therapeutische und organisorische Rahmenbedingungen**

PC-spezifische diagnostische Screening-Verfahren, Zielvereinbarungen über das Einstellen des dysfunktionalen PC/Internet-Gebrauchs, sowie über den notwendigen normalen Umgang mit dem PC/Internet (sog. Ampelmodell), eine Zusatzhausordnung und Regelungen des – eingeschränkten – Besuchs des Klinik-Internetcafés stecken wichtige therapeutische Rahmenbedingungen ab (Petry, 2003). Im multidisziplinären Behandlungsteam (Psychotherapie, Medizin, Ergo- Sport- und Soziotherapie) wurden spezifische Behandlungsziele

---

und therapeutische Vorgehensweisen entwickelt und umgesetzt. Die Therapie des pathologischen PC-Gebrauchs stützt sich auf folgende Säulen im Behandlungsprogramm: das therapeutische Bezugsgruppenmodell, das die große Klinik in überschaubare, quasi familiäre Einheiten aufteilt, die indikative Gruppentherapie „Problematischer PC-Konsum“ (Schuhler et al., in Vorbereitung), die körpertherapeutischen und erlebnisorientierten (Atemerfahrung, Schule des Genießens) Ansätze, die sporttherapeutischen und ergotherapeutischen Programme (vor allem Malen, Steinarbeit und Ton), sowie berufsbezogene Therapieelemente (Vogelgesang, 2005).

Betroffene Patientinnen und Patienten profitieren davon in mehrfacher Weise:

- in der indikativen Gruppe wird das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell des pathologischen PC-Gebrauchs vermittelt und der Teufelskreis, der durch exzessive PC-Aktivität und sozialen Rückzug in Gang gesetzt wird. In der Gruppe werden grundlegende kognitive, emotionale und behaviorale Strategien im Umgang mit sich selbst und mit Anderen für den Einzelnen erlebbar gemacht: Die Verflechtung sozial-interaktiver Defizite mit dem pathologischen PC-Konsum wird erarbeitet. Auf dieser Grundlage erfolgt die Exploration und Verankerung individueller funktionaler Alternativen.
- das dichte Zusammenleben in der therapeutischen Gemeinschaft schafft emotional bedeutsame Situationen, die sowohl für eine bedingungsanalytische Diagnostik auf der Mikroebene nutzbar gemacht werden können, als auch vielfältige Möglichkeiten der therapeutischen Intervention bieten. Realitätsnähe statt steriler Künstlichkeit im therapeutischen Setting erleichtert gerade für diese Patientengruppe wünschenswerte Veränderungen und unterstützt den Transfer des Gelernten auf die poststationären Lebenswelten, in denen sich beweisen muss, wie weit die Therapieerfolge reichen werden.
- die körpertherapeutischen Ansätze bringen Gefühl einerseits und körperliche Reaktion andererseits in Einklang. Wichtig dabei ist zu lernen, Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren und in ihrer Bedeutung zu verstehen. Hierher gehört auch die Musiktherapie, die mit dem Medium Musik neue Zugänge zu den oft verschütteten Lebensquellen wie Kreativität und Ausdruckskraft schafft.
- ergotherapeutische und berufsbezogene Therapieelemente haben zum Ziel, das unmittelbare und realitätsbezogene Erleben zu stärken und die arbeitsbezogene Perspektive günstig zu beeinflussen.

---

In beiden Abteilungen stehen Therapieplätze für Betroffene zur Verfügung. In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen werden solche Patienten und Patientinnen behandelt, die neben dem pathologischen PC-Gebrauch auch eine stoffgebundene Suchterkrankung aufweisen.

Es wird erwartet, dass im Fall des Gaming (der pathologische PC/Internet-Gebrauch manifestiert sich hauptsächlich im Bereich PC/Internet-Spiele) die Bereitschaft besteht, den Spielaccount zu löschen oder bei Surfing oder Chatting die Zugänge zu den PC/Internetforen aufzugeben. Sollte diese Bereitschaft nicht bestehen oder in den ersten drei Wochen der Behandlung nicht aufgebaut werden können, kann auf ärztliche Veranlassung die Entlassung erfolgen, weil von einer mangelnden Motivationslage ausgegangen werden muss. Rückfälle werden im Einzelfall bewertet danach, ob eine Aufarbeitung im stationären Setting eine ausreichend gute Prognose hat. Entscheidende Parameter sind Offenheit im Umgang mit dem Rückfall, sowie das Vermögen und die Bereitschaft, selbstreflexiv nach den Ursachen des Rückfalls zu forschen und rückfallpräventive Strategien zu erarbeiten.

Die Therapie des pathologischen PC-Konsums stützt sich auf folgende Säulen im Behandlungsprogramm

- das therapeutische Bezugsgruppenmodell, das die große Klinik in überschaubare, quasi familiäre Einheiten aufteilt.
- Die einzeltherapeutischen Gespräche
- den indikativen Therapiebaustein ‚Pathologischer PC/Internet-Gebrauch‘
- die indikativen Therapieprogramme bei komorbiden Störungen
- die körpertherapeutischen und erlebnisorientierten Ansätze
- die sporttherapeutischen und ergotherapeutischen Programme, vor allem Malen, Holz- Stein- und Tonarbeit
- berufsbezogene Therapieelemente

## **4 Indikation und Behandlungsdauer**

Behandelt werden Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr (im Einzelfall ist auch die Aufnahme ab 16 Jahren möglich). Die Diagnose pathologischer PC/Internet-Gebrauch kann als Monodiagnose ohne zusätzliche komorbide



---

psychische Störung die Indikation für eine stationäre Behandlung in der psychosomatischen Abteilung unseres Hauses begründen. Andererseits kann die Behandlung auch erfolgen, wenn komorbide Störungen, auch Abhängigkeitserkrankungen, vorliegen. Im dem letzteren Fall erfolgt die stationäre Behandlung in der Abteilung für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Die Behandlungsdauer sollte 12 Wochen betragen, bei komorbider Abhängigkeitserkrankung 16 Wochen.

In beiden Abteilungen ist es möglich, ambulante Vorgespräche zur Abklärung der Indikation und Behandlungsmotivation zu führen (Kontakt und Terminvereinbarung über Sekretariat: 06858/691215), sowie Familien- und Partnergespräche während des stationären Aufenthalts. Diese werden mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten bzw. der Bezugstherapeutin verabredet.

Es gelten in beiden Abteilungen klar definierte Hausordnungsregelungen. Sollten diese nicht eingehalten werden, kann dies zur Entlassung führen.

## **5. Zuweisungskriterien, Nachsorge und Ausblick**

In beiden Abteilungen stehen Therapieplätze für betroffene Patienten/innen zur Verfügung. In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen werden solche Patienten/innen behandelt, die neben dem pathologischen PC-Gebrauch auch eine stoffgebundene Suchterkrankung (oft Cannabisabhängigkeit) aufweisen.

Eine Nachsorgebehandlung wird dringend empfohlen. Dies kann als Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, aber auch als strukturierte Nachsorge durch eine Beratungsstelle durchgeführt werden. Sie sollte im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Rehabilitation in unserem Haus beginnen, wenn eine Nachsorge-Empfehlung ausgesprochen wird. Obwohl der pathologische PC/Internet-Gebrauch nicht unter die Empfehlungsvereinbarungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker fällt, wäre eine Finanzierung einer erforderlichen Nachsorge analog zu dem vom Rentenversicherer praktizierten Verfahren zur Nachsorge Abhängigkeitskranker wünschenswert – wie es auch mit Erfolg im Fall des pathologischen Glücksspiels seit Jahren umgesetzt wird.

---

Klinik und Forschung stehen im Fall des pathologischen PC-Gebrauchs erst am Anfang. Unsere – relativ lange – Behandlungserfahrung lässt vor allem zwei Schwerpunkte für die künftige Arbeit erkennen: Zum einen eine explorative Suchrichtung, die zur Beantwortung der Frage beitragen kann, was spezifisch für diese Patientengruppe ist. Es liegt nahe, dies vor allem in Abgrenzung zum pathologischen Glücksspielen und zu stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen anzugehen. Ein zweiter Forschungsschwerpunkt dürfte in Studien zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen bestehen. Einen kleinen Beitrag dazu kann vermutlich eine Vergleichsstudie leisten, die gegenwärtig in Münchwies vorbereitet wird und die Alkoholabhängige, psychisch Kranke und pathologische Glücksspieler gegenüberstellen wird hinsichtlich zentraler klinischer Merkmale (Schuhler et al., 2009).

## **Literatur:**

- Allen, J. & Fonagy, P. (2006). Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beaulieu, D. (2005). Impact-Techniken für die Psychotherapie. Auer, Heidelberg.
- Block, J. (2008). Issues for DSM-V: Internet Addiction. *Am J Psychiatry* 165(3):306-307.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol1: Attachment. Hogarth, London.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol2: Separation: Anxiety and Anger. Basic Books, New York.
- Brisch, KH. (2008). Bindungsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Carl-Auer Verlag. Aufstellungsfiguren.
- Chou C., Condron L., Belland, J, (2005). A Review of the Research on Internet Addiction. *Educational Psychology review*, 17(4):363-388.

- 
- Döring, N. (2003). Sozialpsychologie des Internets. Hogrefe, Göttingen.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.; Target, M. (2002). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gloger-Tippelt, G. (2001). Bindung im Erwachsenenalter. Bern, Huber.
- Gortner, M. (2009). Madeira und Saarland. Fotoimpressionen. Münchwies: AHG Klinik.
- Grossmann, K., Grossmann, KE. (2006). Bindung – das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Koppenhöfer, E. (2004). Kleine Schule des Genießens. Pabst, Lengerich.
- Lauer M. & Woll, T. (2007). Holzstelen mit vier Motiven. Münchwies: AHG Klinik.
- Liotti, G. (2008). Bindungsprozesse bei dissoziativen Störungen. In: Strauß B. (Hrsg) Bindung und Psychopathologie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Marlatt, GA., Donovan, DM. (Eds) (2005). Relapse Prevention. Guilford, New York.
- Marlatt, GA., Gordon, JR. (1980). Relapse prevention. Guilford, New York.
- Miller, WR., Rollnick, S. (Hrsg) (2004). Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg (Amer. Original 2002).
- Petry, J. (2003). – Pathologischer PC-Gebrauch: Nosologische Einordnung und Falldarstellungen. In: Ott R., Eichenberg C (Herausgeber) – Klinische Psychologie und Internet. Hogrefe, Göttingen.
- Petry, J. (2009). Im Spiel versunken und verloren: Normales, problematisches und pathologisches PC/Internet-Spielen. Hogrefe, Göttingen.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, A. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Pabst, Lengerich.
- Schuhler, P. (2007). Der narrative Ansatz als nicht-konfrontative Motivierungsstrategie. In: P. Schuhler (Hrsg.) Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten. Weinheim: beltz pvu.

- 
- Schuhler, P. (2009). Bindungsdynamische Sichtweise – Die therapeutische Beziehung – Klinisches Interview zum pathologischen PC/Internet-Gebrauch und zur Bindungsorganisation: Leitfaden – (KIB). In: Petry J Im Spiel versunken und verloren. Hogrefe, Göttingen, S. 11-126.
- Schuhler, P., Schmitz, B. (2005). Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen – ein neues gruppentherapeutisches Programm. In: Merod R. (Hrsg) Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. dgvt-Verlag, Tübingen.
- Schuhler, P., Vogelgesang, M., Petry, J. (2009). Pathologischer PC/Internet-Gebrauch – Patientenmerkmale. Eine Vergleichsstudie in den Indikationsgebieten Psychosomatik und Sucht. Unveröff. Projektantrag an die DRV Bund. Münchwies.
- Schuhler, P., Vogelgesang, M., Petry, J., (2009). Pathologischer PC/Internet-Gebrauch. Krankheitsmodell; diagnostische und therapeutische Ansätze. Psychotherapeut, 54(3), S 187-192.
- Schuhler, P., Vogelgesang, M., Petry, J. (in Vorbereitung). Pathologischer PC- und Internetgebrauch. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Shaw, M., Black, DW. (2008). Internet Addiction: Definition, Assessment, Epidemiology and clinical Management. CNS Drugs, 22(5): 353-365.
- Strauß, B. (2008). Bindung und Psychopathologie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Strauß, B., Buchheim, A., Kächele, H. (2002). Klinische Bindungsforschung. Schattauer, Stuttgart.
- Vogelgesang, M. (2005). Das berufsbezogene Programm der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies. Münchwieser Hefte, 30: 7-16.
- Vogelgesang, M. (2006). Imaginative Verfahren in der Suchttherapie. In: Schuhler P., Vogelgesang M. (Hrsg) Psychotherapie der Sucht. Pabst, Lengerich, S. 93-129.
- 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. (2009). Sucht oder nicht Sucht – Störungen im Grenzbereich. Münchwieser Hefte, Westfälische Verlagsdruckerei, St. Ingbert.

Yen, J., Chih-Heng, M., Yen, C., Chen, S. (2008). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet Addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(1):9-16.

Die „Münchwieser Hefte“ werden von der Klinik seit 1985 herausgegeben. Im wesentlichen sind darin die Referate der jährlich stattfindenden Münchwieser Symposien niedergelegt, ein Sonderheft enthält Informationen für Angehörige von Suchtpatienten.

Die Reihe „Konzepte“ der Münchwieser Hefte beschreibt unter fortlaufender Aktualisierung in der Klinik entwickelte Behandlungskonzepte bzgl. spezifischer Störungen.

Das Gesamtkonzept der Klinik erscheint weiterhin in der bisherigen Form, d. h. außerhalb dieser Reihe. Es kann – wie die Münchwieser Hefte und die Reihe Konzepte der Münchwieser Hefte – in der Klinik angefordert werden.

In der Reihe „Konzepte“ sind bisher erschienen:

Heft 1 – Pathologisches Glücksspielen

Heft 2 – Stationäre Rückfallprävention als Auffangbehandlung

Heft 3 – Angststörungen

Heft 4 – Therapie der chronischen Schmerzerkrankung

Heft 5 – Bulimia und Anorexia nervosa

Heft 6 – Adipositas permagna

Heft 7 – Traumatherapie

Heft 8 – Aggressive Störungen

Heft 9 – Frauenspezifische Therapieangebote

Heft 10 – Männerspezifische Therapieangebote

Heft 11 – Depressive Störungen

Heft 12 – Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Heft 13 – Einführungstraining in die Psychosomatik

Heft 14 – Medikamentenabhängigkeit

Heft 15 – Problembewältigung am Arbeitsplatz

Heft 16 – Pathologischer PC/Internet-Gebrauch  
(Gaming, Chatting, Surfing)