

Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch – Fallvignetten

Holger Feindel

Einleitung

Um ein klinisches Verständnis für den pathologischen Computer-/Internet-Gebrauch anschaulich zu vermitteln, sollen Fallbeispiele aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation einen vertieften Einblick in Entwicklung und Verlauf der Erkrankung ermöglichen. Dies soll anhand von Beispielen aus den Behandlungsverläufen der mittlerweile ca. 500 Patienten der AHG-Klinik Münchwies mit diesem Krankheitsbild erfolgen.

Der Schwerpunkt wird hierbei auf den pathologischen Gebrauch von Computerspielen gelegt, da dieser mit Abstand die häufigste Erscheinungsform der Computer-/Internet-Erkrankung darstellt, wie sich in unserer relativ breiten klinischen Praxis zeigte. Daneben soll aber auch je ein Fall der eher seltener auftretenden Formen „Chatting“ und Surfing“ vorgestellt werden. Rumpf et al. (2011) schlussfolgern in der Pinta-Studie, dass insbesondere im Alter von 14–24 Jahren weibliche Chatterinnen das Krankheitsbild dominierten. Unsere klinische Erfahrung mit einer Klientel ab 16 Jahren bestätigt diese Vermutung nicht: In der stationären Behandlung (Schuhler & Vogelgesang, 2012) erscheinen Chatterinnen so gut wie nicht, deshalb wird auf eine entsprechende Falldarstellung verzichtet.

Fallbeispiel 1: 23-jähriger Patient mit pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch (Gaming), unter schwierigen Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen aufgewachsen

Herr C. wird 1986 in ländlicher Gegend in Norddeutschland geboren. Die Mutter leidet nach der Geburt an einer postpartalen Depression, bleibt auch in der Folgezeit schwer depressiv, ist sehr zurückgezogen, kann ihrem Sohn gegenüber kaum Gefühle zeigen. Der Vater ist cannabisabhängig, trinkt auch zuviel Alkohol, ist dann unberechenbar, es kommt häufig zu Auseinandersetzungen. Beide Elternteile sind nicht in der Lage, sich adäquat um ihren Sohn zu kümmern. Wichtigste Bezugsperson ist daher die Großmutter väterlicherseits, die mit im Haus wohnt und versucht, sich um den Jungen zu kümmern. Als er 8 Jahre alt ist, zieht die Großmutter aufgrund Streitigkeiten mit ihrer Schwiegertochter aus. Dies bezieht der Junge vollständig auf sich, glaubt, auch die letzte Person, die ihn mochte, habe sich von ihm abgewandt. In der Folgezeit bleibt er meist sich selbst überlassen.

So verbringt er bereits im Alter von 9 Jahren seine meiste Zeit mit Computer oder Gameboy spielen. In der Schule wird er zunehmend zum Außenseiter, wird wegen seines Übergewichtes oft gehänselt und zieht sich mehr und mehr zurück, bleibt trotz weit überdurchschnittlicher Intelligenz sitzen und schafft schließlich den Hauptschulabschluss nur mit Mühe. Soziale Kontakte werden zum Gräuel für ihn, nur am Computer geht es ihm gut. Als 2004 „World of Warcraft“ herauskommt, ist er von der ersten Stunde dabei. Im Spiel ist er richtig gut, stellt etwas dar, andere schauen auf zu ihm. Dagegen geht es in der realen Welt immer weiter Berg ab für ihn. Eine Lehre zum Bäcker wird ebenso wie eine Lehre zum Verkäufer nach wenigen Wochen abgebrochen, einerseits wegen Fehlzeiten und Müdigkeit auf der Arbeit nach „durchgezockten“ Nächten, andererseits aber auch wegen seiner Schwierigkeiten im Sozialkontakt. Schließlich igelt er sich in seinem Zimmer ein, geht kaum noch raus, spielt nur noch und wird immer adipöser. Als er sich schließlich in der Therapie begibt, ist er höchst verzweifelt, weiß nicht mehr weiter. Zwar sieht er für sich ein, dass es so nicht bleiben kann, aber er hat keine Ahnung, wie es für ihn weitergehen soll. Schließlich „kann ich doch nichts außer Computerspielen...“

Fallbeispiel 2: 19-jähriger Patient mit pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch (Gaming) bei Z. n. traumatisierender Erfahrung

Herr A. wächst zunächst bei seinen leiblichen Eltern, später – nach der Trennung seiner Eltern – bei seinem Vater in einem Dorf auf. Er ist sozial gut integriert, hat viele Freunde, ist im Sportverein aktiv und oft mit seinen Freunden unterwegs. Wie viele seiner Freunde spielt er regelmäßig Computerspiele, auch Onlinespiele wie „Counterstrike“, aber immer in einem zeitlich begrenzten Rahmen. Seine anderen Aktivitäten sind wichtiger für ihn, selten spielt er mehr als eine Stunde täglich. Im Alter von 16 Jahren kommt es dann zu einem einschneidenden Ereignis. Nach dem Besuch eines Dorffestes steht plötzlich die Polizei vor seiner Haustür, verhaftet ihn und führt ihn in Handschellen über das noch laufende Dorffest. Es stellt sich heraus, dass eine Ex-Freundin ihn der Vergewaltigung bezichtigt hat, er kommt in Untersuchungshaft. Zwar stellt die Freundin schon bald richtig, dass es sich hierbei nur um einen

schlechten Scherz gehandelt habe, trotzdem nimmt das Geschehen seinen Lauf, die Staatsanwaltschaft ermittelt, die Nachricht geht durchs ganze Dorf, auch in der Zeitung wird darüber berichtet. Nach drei Tagen wird er aus der Untersuchungshaft entlassen, bekommt in der Folge aber Einzelunterricht in der Schule, um Kontakt mit Zeugen zu vermeiden. Nach circa zwei Wochen werden die Ermittlungen eingestellt, die Unschuld von Herrn A. wird festgestellt. Trotzdem fühlt er sich in der Folge stigmatisiert, hat das Gefühl, das ganze Dorf rede über ihn. Auch ist sein Sicherheitsgefühl tief erschüttert, ständig hat er Angst, dass ihm etwas ähnliches noch einmal passieren könnte. Er zieht sich sozial immer mehr zurück, geht immer weniger aus dem Haus. Da er mit der Zeit zu Hause etwas anfangen muss, beginnt er vermehrt Computer zu spielen, zunächst noch hauptsächlich „Counterstrike“. Bald entdeckt er jedoch das Onlinerollenspiel „Herr der Ringe“ für sich. Hier hat er schnell Erfolgserlebnisse. Auch fühlt er sich in dieser Welt sicher, hat das Gefühl, hier das Geschehen kontrollieren zu können ganz im Gegenteil zum ihm unkontrollierbar erscheinenden „real life“. Er spielt durchschnittlich 10–14 Stunden täglich, hierunter leidet die Schule, er schafft den Hauptschulabschluss nicht. Zuvor sehr sportlich, bewegt er sich nun kaum noch, nimmt innerhalb eines Jahres über 20 Kilogramm zu. Trotz des fehlenden Hauptschulabschlusses gelingt es, ihm über Geschäftsbeziehungen seines Vaters eine gute Ausbildungsstelle zu verschaffen. Als Herr A. sich mit 19 Jahren in Therapie begibt, ist der Ausbildungsplatz aufgrund von Fehlzeiten und Übermüdung am Arbeitsplatz nach nächtelangem Durchspielen massiv gefährdet. Trotz einer beginnenden Einsicht in die Problematik, ist es ihm nicht gelungen, sein Spielverhalten einzuschränken.

Fallbeispiel 3: 38-jähriger Patient mit pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch (Gaming)

Herr A. wird in ein gut funktionierendes soziales Gefüge geboren. Sowohl Vater als auch Mutter werden als liebevoll empfunden, von beiden fühlt er sich gut unterstützt. Nach dem Abitur schließt er ein Physikstudium an. Als Diplomphysiker strebt er zunächst eine wissenschaftliche Karriere an, bricht diese aber aufgrund eines sehr guten Angebotes ab und wird IT-Spezialist bei einer großen Firma. Computer sind ein stän-

diger Begleiter in seinem Leben vom Commodore 64 über erste uni-interne Netzwerke bis hin zur ständigen beruflichen Nutzung als IT-Spezialist. Auch privat läuft es gut, Herr A. ist verheiratet und hat einen Sohn. Allerdings bemerkt er im Rahmen eines schleichenden Prozesses eine zunehmende Unzufriedenheit mit seiner Lebenssituation. In sein Eheleben ist die „Alltagsnormalität“ eingekehrt, die große Verliebtheit ist verfliegen, es kommt Routine auf. Und auch im Job fühlt er sich zunehmend unterfordert, neue Herausforderungen fehlen ihm. Hinzu kommt, dass er im Rahmen seiner Tätigkeit viel auf Reisen ist, oft seine Abende alleine in einem Hotelzimmer verbringt. In dieser Phase kommt er mit dem Online-Rollenspiel „World of Warcraft“ in Berührung und ist begeistert. Hier kann er epische Abenteuer mit Gleichgesinnten erleben, findet eine aufregende Welt voller Möglichkeiten, kann der Langeweile des Alltages entfliehen. Es kommt zu immer ausgedehnteren Zeitinvestitionen in das Spiel bis er schließlich mindestens sieben Stunden am Tag, wenn möglich bis zu 16 Stunden am Stück spielt. Er wird zunehmend unkonzentrierter im Beruf, was auch einen „Karrierknick“ zur Folge hat. Schließlich glaubt er im Spiel auch die einzig wahre echte Liebe gefunden zu haben, fühlt sich von einer Frau, mit der er regelmäßig spielt, besser verstanden und angenommen als jemals zuvor. Es kommt auch zu einem „real life“-Treffen mit konsekutivem Seitensprung. Er ist bereit Frau und Kind zu verlassen, als er erfährt, dass seine „große Liebe“ dieses „Spiel“ mit mehreren Mitspielern treibt und alles nichts weiter als eine Illusion ist. Es folgt ein massiver depressiver Einbruch, die Ehe steht kurz vor der Trennung, kann aber mittels einer Paartherapie zunächst gerettet werden. Zuvor ausgeblendete weitere massive Nachteile durch das Onlinespielen werden Herrn A. bewusst. Innerhalb von zwei Jahren hat er fast 30 Kilogramm zugenommen, er hat nun erhöhten Blutdruck, zunehmende Gelenksbeschwerden und weitere körperliche Beschwerden.

Trotzdem gelingt es ihm auch in der Folge nicht, seine Onlinezeiten wesentlich zu reduzieren. Ist er einmal am Spielen, vergisst er all seine guten Vorsätze und „zockt“ stundenlang. Er taucht tief in das Geschehen ein und identifiziert sich völlig mit seinem virtuellen Avatar. Als sowohl beruflich als auch wiederum in der Ehe Konsequenzen drohen, sieht Herr A. keine andere Möglichkeit mehr, lässt seinen Charakter (einen Paladin) in den Sonnenuntergang reiten, verabschiedet sich aus dem Spiel und löscht seinen Account. Als er sich wenige Wochen später in stationäre Therapie gibt, trauert er immer noch stark über den Verlust „seiner“ Paladins. Es ist ihm, als ob er einen Bruder oder einen großen Teil seiner selbst verloren habe. Trotzdem ist er überzeugt, das Richtige getan zu haben.

Fallbeispiel 4: 26-jähriger Patient mit pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch (Chatting)

Bereits im frühen Kindesalter wird bei Herrn C. eine seltene Erbkrankheit diagnostiziert, die mit Entwicklungsverzögerung und feinschlägigem Tremor einhergeht. Die Erziehung erfolgt liebevoll, aber auch über die Maßen behütend im Rahmen seines Handicaps, er wird kaum zu Selbstständigkeit erzogen. Schon früh erlebt sich Herr C. als Einzelgänger, der Konflikten wann immer möglich ausweicht, anstatt sie auszutragen. Seine feinmotorischen Einschränkungen führen auch immer wieder zu erlebten Ausgrenzungen.

Nach Beginn einer Ausbildung in einem Berufsbildungswerk kommt er mit einem sozialen Netzwerk im Internet in Berührung. Hier merkt er schnell, dass er bei dieser Aktivität von Alltagsstress und Problemen abschalten, in eine ganz eigene Welt abtauchen kann. Er hat das Gefühl, dort im Kontakt mit anderen unvorbelastet wahrgenommen zu werden, nicht auf sein Handicap reduziert zu werden. Im virtuellen Kontakt erlebt er sich wesentlich selbstsicherer, kann sich anderen gegenüber auch humorvoll präsentieren, was ihm im realen Leben kaum möglich ist. In seinen realen Bezügen erlebt er sich gehemmt, unsicher und minderwertig, im Netzwerk aber als schlagfertig, selbstbewusst und kompetent. Während des Chattens kommt es zu Gefühlen von Kontrolle, Unabhängigkeit und Gleichwertigkeit anderen gegenüber.

Er dehnt seine Zeiten in dem sozialen Netzwerk auf circa 80 Stunden pro Woche aus, hierdurch bleibt wenig Zeit für anderes: Die Ausbildung scheidet, es kommt zu zunehmenden Konflikten in der Familie, auch körperlich vernachlässigt er sich, macht keine Krankengymnastik mehr, die Symptomatik im Rahmen der körperlichen Grunderkrankung verschlechtert sich deutlich, auch die Körperhygiene ist defizitär. Der Tag-Nacht-Rhythmus verschiebt sich fast vollständig, eine Teilhabe am „realen Leben“ findet so gut wie nicht mehr statt.

Bei Aufnahme in die Klinik besteht zwar ein Problembewusstsein bezüglich der negativen Konsequenzen seines Verhaltens, eine Reduktion seiner Onlinezeiten oder gar eine Aufgabe seines sozialen Netzwerkes erscheint ihm aber völlig undurchführbar und stark angstbesetzt. Am Anfang der therapeutischen Arbeit steht hier Informationsvermittlung über die Erkrankung, der Aufbau einer Veränderungsmotivation sowie die Etablierung einer regelmäßigen Tagesstruktur mit Aufbau von alternativen Aktivitäten.

Fallbeispiel 5: 27-jähriger Patient mit pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch (Surfing)

Herr O. wird in Bayern geboren. Bis auf ein etwas schüchternes Verhalten nimmt er

eine vollkommen normale Entwicklung. Nach Abschluss einer Schreinerlehre wird er im Ausbildungsbetrieb übernommen. Seine Arbeit macht ihm viel Spaß, er ist mit seiner Lebenssituation zufrieden.

Als Ausgleich zu seiner Arbeit setzt er sich abends für ca. 1 Stunde an den PC, surft und informiert sich über das Weltgeschehen. Er empfindet dies als wesentlich zielgerichteter und auch einfacher als Tageszeitung zu lesen oder die Nachrichten im Fernsehen zu sehen.

Als er 25 Jahre alt ist, wird sein Betrieb aus Altersgründen des Arbeitgebers aufgelöst, er verliert seine Arbeitsstelle. Im Rahmen der nun mehr vorhandenen Zeit steigert er die Onlineaktivität zunächst moderat, er beginnt immer mehr auch „ziellos“ im Internet zu surfen, zahlreichen Verweisen (links) zu folgen. Trotz über 80 Bewerbungen findet er keine neue Arbeitsstelle. Hiermit verbunden entsteht eine Selbstwertproblematik und zunehmende Unzufriedenheit mit seiner Lebenssituation. Während er aber am PC sitzt, kann er seine Unzufriedenheit mit sich selbst und seiner Situation vergessen. Im Gegenteil, in der Nutzung des Internets fühlt er sich kompetent. Egal welche Information er sucht, er findet sie. Langeweile und Unzufriedenheit sind für die Onlinezeit vergessen, am PC geht es ihm gut. Aus diesem Grund wird die zeitliche Investition in die Onlineaktivität zunehmend ausgebaut. Mit der Zeit entsteht zusätzlich eine Angst, wichtige Informationen zu verpassen, wenn er nicht online ist. Es entwickelt sich immer mehr ein Druck in ihm, möglichst die ganze Zeit online zu sein. Ständig versichert er sich auf einschlägigen Nachrichtenseiten, ob etwas Neues in der Welt passiert ist. Zusätzlich erweitert er fortwährend sein Wissen über immer ausgedehnteres Surfen, bekommt hierüber ein Gefühl der Kontrolle und Kompetenz, aber immer verbunden mit der Angst, diese Kompetenz zu verlieren, wenn er nicht mehr auf dem Laufenden bleibt. Schließlich bleibt ihm für die alltäglichen Anforderungen kaum noch Zeit, Behördengänge werden vernachlässigt, eine Bewerbung hat er schon lange nicht mehr geschrieben. Zunehmend vernachlässigt er seine Ernährung, isst nur noch „Fastfood“ vor dem PC, bewegt sich kaum noch, geht nur noch vor die Tür, um sich Tiefkühlpizzas zu kaufen.

Er nimmt deutlich an Gewicht zu (20 Kilo in zwei Jahren). Auch für die tägliche Körperhygiene nimmt er sich keine Zeit mehr, er verwahrlost mehr und mehr. Es kommt dazu, dass er bis zu 22 Stunden täglich im Internet surft, erst wenn er die Augen gar nicht mehr aufhalten kann, legt er sich für zwei Stunden hin, hält sich ansonsten mit Unmengen Kaffee wach. Zwar beginnt ein Problembewusstsein zu wachsen, Herr O. sieht aber zunächst keine Möglichkeit, sein Verhalten zu ändern, Selbstregulierungs-

versuche scheitern kläglich. Erst durch die Annahme eines Ein-Euro-Jobs unter Androhung des Verlustes seiner Bezüge durch die Arbeitsagentur kommt es wieder zu einer Reduzierung der Onlinezeit. Trotzdem bleibt er jede freie Minute am PC. Als er sich schließlich in Behandlung begibt, surft er immer noch mehr als 12 Stunden täglich.

Fallbeispiel 6: Ein Therapieverlauf

Herr M. kommt 21-jährig zur Aufnahme in unsere psychosomatische Abteilung mit den Zuweisungsdiagnosen Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch und rez. depressive Störung.

Biographisch ist hervorzuheben, dass bereits die Mutter als Adoptivkind unter schwierigen Sozialisationsbedingungen aufwächst. Als Herr M. geboren wird, ist sie 18, die Beziehung zum Kindsvater überdauert die Geburt nur um wenige Monate, in der Folge reißt der Kontakt zum Vater völlig ab. Im Alter von 6 Jahren wechselt das Sorgerecht zu den Adoptiveltern der Mutter. Dort wächst Herr M. unter hohem Leistungsdruck auf. Er erlebt insbesondere seine Großmutter als sehr streng, rigide, ihm jegliche Eigenverantwortung absprechend. Die Moralvorstellungen sind vom kath. Glauben geprägt, Herr M. darf kaum Kontakt zu Gleichaltrigen pflegen, darf auch kaum aus dem Haus gehen.

Ab dem Alter von 11 Jahren beginnt er zunehmend, sich in virtuelle Welten zurück zu ziehen. Er beschäftigt sich immer mehr mit dem Computer, findet hier einen Ausgleich zum Druck der Großeltern bezüglich Schule, Kirche, Klavier lernen etc. Mehr und mehr dehnt er seine Spielzeiten aus, hat Erfolgserlebnisse, fühlt sich im Kontakt mit anderen am PC angenommen.

Dies ändert sich auch nicht, als er mit 16 zur Mutter zurückkehrt.

Alltägliche Verpflichtungen treten mehr und mehr in den Hintergrund, trotz guter Intelligenz schafft er gerade so seinen Hauptschulabschluss. Eine Ausbildung zum IT-System-Elektroniker bricht er ohne Abschluss ab, ist in der Folge arbeitslos.

In der Zeit vor der Aufnahme spielt er ca. 16–17 h täglich, in der Woche insgesamt ca. 110 h Computerspiele, dabei hauptsächlich ein Online-Rollenspiel, aber auch Strategiespiele, Sportspiele etc.

Die Kontakte zu seinen Freunden sind fast vollständig zum Erliegen gekommen, eine Freundin hat er noch nie gehabt. Um seine berufliche Situation hat er sich schon lange nicht mehr gekümmert, Kontakte pflegt er nur noch zu anderen Online-Spielern via Computer, die Wohnung ist zunehmend verwahrlost und auch seine eigene Körperhygiene hat er zuletzt vernachlässigt.

Einzig Bezugsperson bleibt seine Mutter, die auch dafür sorgt, dass er wenigstens die wichtigsten Ämtergänge noch erledigt.

Der therapeutische Verlauf zeigt sich zunächst schwierig. Zwar sind schnell Ressourcen wie eine gute Intelligenz, die Fähigkeit, Zusammenhänge logisch nachzuvollziehen und eine hohe Kreativität erkennbar. Auch entwickelt der Patient zunehmend eine Veränderungsmotivation und ist in der Lage, Positivziele zu generieren. Er ist aber kaum in der Lage, diese Pläne in Handlung umzusetzen. Allein schon die Umstellung seines bisherigen umgedrehten Tag-Nacht-Rhythmus bereitet ihm Schwierigkeiten. Er verpasst einzelne Therapien, erscheint zu anderen unpünktlich, insbesondere wichtige soziotherapeutische Termine verpasst er wiederholt ohne dass dafür ausreichende Gründe eruierbar wären. An ihn gestellte Aufgaben erledigt er mit Verspätung, teilweise unvollständig bei aber durchaus vorhandener Motivation, die Aufgaben anzugehen. Erst mit der Zeit und unter intensiver therapeutischer Unterstützung, teilweise auch derart, dass beispielsweise soziotherapeutische Termine mit dem Bezugstherapeuten zusammen wahrgenommen werden, gelingt es, Veränderungen auf der Handlungsebene zu initiieren. Diese „Misserfolge“ führen zunächst dazu, dass das bereits zuvor stark negativ geprägte Selbstbild des Patienten weiter zementiert wird, es herrschen Kognitionen wie „auch wenn ich mich anstrengte, ich bekomme es ja doch nicht hin“ vor. Er ist davon überzeugt, ein Versager zu sein, lediglich in seinem Spiel stelle er „etwas dar“. Seine Chancen darauf, einen Ausbildungsplatz zu bekommen, hält er für äußerst gering, da neben fehlenden beruflichen Kompetenzen und großen Schwierigkeiten, auf andere zuzugehen auch sein Äußeres „schrecklich“ sei, was nach objektiven Kriterien aber nicht der Fall ist. Im stationären Verlauf kann nur sehr mühsam mittels kognitiver Umstrukturierung ein Umdenken erreicht werden. Er beginnt, Handlungsschritte zu unternehmen, beispielsweise sich im Berufsinformationszentrum über mögliche Ausbildungen zu informieren, auch schon Bewerbungsgespräche für die nachstationäre Zeit zu vereinbaren.

Nach einer gewissen Anlaufzeit kann eine gute therapeutische Beziehung aufgebaut werden, Selbstwertregulierung und Handlungsmotivation in realen Bezügen können nach und nach therapeutischerseits gefördert, soziale Interaktionskompetenzen geschult werden. Mit erfahrungsaktivierenden Übungen, die Sinnesmodalitäten wie Sehen, Hören, Riechen und Tasten im realen Kontext stärken und dem Einsatz mentalisierungsfördernder Methoden kann der kognitive, emotional-motivationale und

behaviorale Realitätsbezug gestärkt werden. Im letzten Therapieabschnitt erfolgt die Etablierung einer verbesserten Medienkompetenz und rückschrittpräventiver Maßnahmen sowie die Sicherung der Therapiefortschritte im häuslichen und beruflichen Milieu (Schuhler & Vogelgesang, 2012).

Als sehr günstig erweist sich dabei die enge Zusammenarbeit mit der nachbetreuenden Beratungsstelle, die direkt im Anschluss an die stationäre Behandlung engmaschige Termine anbietet und vor allem die Verfolgung der beruflichen Perspektive weiter unterstützt. Ungefähr drei Monate nach Übergang ins häusliche Milieu kommt es erneut zu exzessivem Computerspielen für die Dauer von circa zwei Wochen aus Langeweile sowie Unzufriedenheit mit seinen aus seiner Sicht nur langsam konkreter werdenden beruflichen Plänen. Mit Hilfe der in der Therapie erlernten Fähigkeiten und vor allem mit Unterstützung der nachbetreuenden Beratungsstelle gelingt es ihm den Rückschritt wieder zu stoppen.

Ein Jahr nach Ende der stationären Therapie ist Herr M. frei von pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch und nutzt Computer und Internet nur noch sach- und berufsbezogen. Er hat mittlerweile eine Berufsausbildung im handwerklichen Bereich angefangen. Zwar bestehen noch Defizite in der Selbstwertregulation, die er aber in einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie weiter behandeln lässt. Nach eigener Aussage fühlt er sich mittlerweile „angekommen im real Life“ und ist damit sehr zufrieden.

Literatur

Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012) Pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung. Göttingen: Hogrefe
 Rumpf, H.J.; Meyer, C.; Kreuzer, A. & John, U. (2011) Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Projektbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf; Zugriff am 05.08.2013

Korrespondenzadresse:

Holger Feindel
 AHG Klinik Münchwies
 Turmstraße 50-58
 66540 Neunkirchen-Münchwies
 Tel 06858/691223
 Fax 06858/691420
 hfeindel@ahg.de