

# Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch: Diagnostische Einordnung als Beziehungs- und Verhaltensstörung und therapeutische Vorgehensweise

Petra Schuhler und Monika Vogelgesang

Seit 1998 werden an der AHG Klinik Münchenwies Patienten und Patientinnen mit pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch behandelt. Bislang haben über 500 zumeist männliche Patienten die stationäre Behandlung durchlaufen. Der Beitrag beschreibt die diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen, die sich auf dieser relativ breiten klinischen Basis bewährt haben (Schuhler & Vogelgesang, 2011a; 2012).

## Problemstellung und Fallskizzen

Bislang ist die nosologische Einordnung des neuen Krankheitsbilds noch umstritten (te Wildt & Fischer, 2011; Mitchell, 2000; Petry, 2010; Schuhler et al., 2013). Die vorgeschlagenen Einordnungsgesichtspunkte reichen von einer Klassifikation als Suchterkrankung, als Impulskontrollstörung, über Zwangsstörung bis hin zu dem Verständnis, dass es sich bei der Computer-/Internet-Pathologie eigentlich um eine psychische Störung wie soziale Phobie oder depressive Erkrankung handele, die sich nur via Computer/Internet manifestieren würde, weshalb der Mediengebrauch nicht gesondert diagnostiziert werden müsste. Unsere klinische Erfahrung (Schuhler & Vogelgesang; 2011a, 2012) und die Ergebnisse einer zweijährigen empirischen Studie mit 400 Patienten (Schuhler et al., 2013) legen nahe, den pathologischen Computer-/Internet-Gebrauch als eigenständige psychische Störung im Sinn einer Verhaltens- und Beziehungsstörung (ICD-10-Kategorie F68.8) aufzufassen, die besondere diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen verlangt.

Bilder und Kommunikationsmöglichkeiten kennen im virtuellen Raum von Computer und Internet kein Ende, haben keine Begrenzung in Zeit und Ort, sogar Unsterblichkeit ist (in manchen Computer-Spielen) möglich. Den Computer einschalten, ein paar Klicks – und mittendrin ist der ‚User‘ in fantastischen Welten, in einem Wir-Gefühl von beglückender Nähe oder auf der Pirsch nach Schätzen in den Surfdomänen, die den Eroberer und Entdecker in uns lebendig werden lassen. In den Chatrooms ist die in der Realität oft gefürchtete Nähe zu an-

deren leicht möglich. Vertrautheit, Sympathie, Rat und Hilfe, ja Liebe – im wirklichen Leben, am Arbeitsplatz, in der eigenen Umgebung gelingt dies nicht oder nur schwer. Wohl aber in der virtuellen Welt – dort ist im ungünstigen Fall das eigentliche Zuhause und der Lebensmittelpunkt. Die folgenden Beispiele aus der klinischen Praxis, die diese Dynamik illustrieren, sind der Therapieanleitung von Schuhler & Vogelgesang (2012) entnommen.

## Beispiele aus der klinischen Praxis

*Moritz N. erzählt, dass er alle Buchstaben und Zeichen der Tastatur mit Befehlen belegt habe, die er virtuos zu handhaben gewusst habe, wie ein Organist. Er kam sich wie ein Weltenlenker vor, wenn er seine PC-Spiele spielte, wobei seine Hände mit schlafwandlerischer Sicherheit über die Tastatur huschten und das Geschehen bestimmten. Leicht und mühelos ist ihm Bewegung möglich – schrankenlos, wie sonst vielleicht nur im Traum – und alles rückt in greifbare Nähe. Um diese Art der Kommunikation zu beherrschen, ist eine bestimmte Art von Konzentration erforderlich, von einseitig beanspruchter, aber gleichzeitig höchster Aufmerksamkeit, die der Mensch bislang so nicht kannte.*

*Andreas B., der nicht gut mit der Geburt einer kleinen Schwester zurechtgekommen war und der mit seiner Geschwisterrivalität sowie mit lang anhaltenden Quälereien in der Schule alleingelassen worden war, identifizierte sich im Online-Spiel mit einem Healer, einem Heiler. Im Spiel wurde er zu einer mächtigen, kraftvollen Figur, die Anderen Hilfe brachte und diese rettete. – Rettung, also etwas, was ihm in der realen Welt in seinem Erleben nicht zuteil wurde. Eng damit verknüpft ist die narzisstische Aufwertung als Selbstwertregulation und die innere Besetzung bedeutsamer Anderer.*

*Manuel erzählt: „Wie viele 1.000 Stunden habe ich gebraucht, um einen Avatar auf Level 70 zu bringen. Die meisten haben nur eine Person – ich habe 5 Personen. Und das soll ich jetzt aufgeben? Das kann doch keiner von mir verlangen!“ – Herr K. macht so seine Ambivalenz hinsichtlich des Einstellens der PC-Spiele offen. Er schwärmt davon bis heute: „Wenn ich den Boss der Gegner töten*

*kann und dessen Ausrüstung bekomme – das ist das Größte. Das ist besser als Sex. Früher war ich sozial total gehemmt, im World of Warcraft-Spiel habe ich gelernt, meine Hemmungen abzulegen. Über Headset habe ich sprechen gelernt, da geht das ganz Klasse. Das ist doch faszinierend im World of Warcraft-Spiel: keine Verantwortung, keine Konsequenz, nichts kann passieren und Du erlebst die tollsten Abenteuer. Mir passiert nichts. Ich schicke immer ein kleines Tier vor, wenn das umkommt, dann bin ich gewarnt.“*

*Erkennbar wird häufig eine große Hilflosigkeit im sozialen Kontakt. So wie bei Markus T., der seit 8 Jahren arbeitslos ist. Er spielte auf WLAN-Partys mit bis zu 50 Personen. Mit Bekannten sitzt er dann in einem Raum, sie rufen sich etwas zu, trinken Bier, rauchen, spielen gemeinsam. Dort fand er Geborgenheit, Wärme, Geselligkeit und Kontakt. „Ich wusste nichts mit meiner Zeit anzufangen, ich konnte mich nicht mehr vom Spiel lösen. Die Realität? – Vor der musste ich flüchten, sogar vor dem Wäschewaschen habe ich mich gedrückt. Ich wurde unheimlich faul. Ich konnte auch nichts aushalten, bin sofort eingeknickt.“ Mit 16 Jahren wurde er Opfer eines „Scherzes“ einer Mitschülerin. Die habe ihn wegen Vergewaltigung angezeigt. Er habe 2 Wochen in Untersuchungshaft gesessen bis die Wahrheit, dass die Beschuldigung falsch war, ans Licht kam. Er habe noch nie darüber gesprochen, aber seither „geht nichts mehr“. Markus trägt immer einen Hut, eine weichen dunklen Hut, den er nur widerstrebend abnimmt. Hüte und Haartracht (ungewöhnlich lange Haare oder plötzlich eine ganz veränderte Frisur) scheinen bei der Patientengruppe eine besondere Bedeutung zu haben: Offenbar wird dies wie ein Schutz erlebt, etwas, das einen „vor draußen“ behütet.*

Das Computerspiel oder der Chat werden zunehmend mehr zu dem einzigen Ort, wo der Patient sich stark und sicher gefühlt hat. Diese Verankerung im Ich-Erleben ist dann typischerweise verbunden mit so mächtigen Gefühlen wie Wut und Hass, Stolz und Freude, Kampfeslust und Triumpferleben. Beziehungen im virtuellen Spiel- und Chat-Geschehen erscheinen steuerbarer, weniger komplex und dadurch weniger angstauslösend als in der Realität. Das eigene Ich

in der verlockenden Maske des ‚Avatars‘ einzubringen, erlaubt eine stereotyp idealisierende Darstellung der eigenen Person in der virtuellen Welt. Dadurch kann die innere Welt narzisstisch aufgeladen werden: So gelingen beispielsweise Egozentrierung und fantasierte Allmacht, ebenso wie die scheinbare Erfüllung der Träume von der vollkommenen Liebe. Offenbar ist das Medium geeignet, Ängste und Unsicherheitsgefühle passager zu beschwichtigen.

Dies gelingt, wenn auch nur kurzfristig und zu dem Preis hoher Risiken für die psychische und auch körperliche Gesundheit auf der Grundlage der Passung zwischen individuellem Defizit und medialem Angebot, wodurch der hohe Aufforderungscharakter der Computer-/Internet-Aktivität erklärt werden kann: Eine selektive Selbstdarstellung ist möglich, der Mensch kann sich ganz eingeeignet auf positive Elemente den anderen Menschen – und sich selbst – präsentieren.

Durch die asynchrone Kommunikation wird eine zeitliche Verzögerung in der Interaktion möglich, die ein stärkeres Kontrollgefühl ermöglicht. In der virtuellen Identität ist es darüber hinaus 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 drängender werdenden Probleme in der Alltagswelt begünstigt.

Beim pathologischen Computer-/Internet-Gebrauch ist deshalb davon auszugehen, dass die Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfähigkeit in der Realität defizitär (geworden) ist. Betroffen sind vor allem die Regulierung emotionaler Bewegung, aber auch kognitive Prozesse der Introspektions- und Selbstreflexionsfähigkeit. Diese bedürfen im diagnostischen Vorgehen besonderer Beachtung und im therapeutischen Prozess besonderer Unterstützung, noch mehr als es ohnehin bei der Behandlung psychischer Störungen angezeigt ist. Wünschenswert ist es in vielen Fällen, dass der Patient wieder (oder erstmals) Interesse und eine Art Entdeckerfreude daran entwickelt, über die eigene Person in der Realität nachzudenken und sich über die dort vollziehenden emotionalen Regungen Aufschluss zu geben.

Bei der Entwicklung der diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen wurden entsprechend dem skizzierten grundsätzlichen Krankheitsverständnis solche Ansätze herangezogen, die projektive und imaginative Prozesse berücksichtigen und erklären können, wie es zur Präferenz der Virtualität und dem Vermeiden realer Bezüge kommen kann. Darüber hinaus standen solche Modelle Pate, die die Stärkung der Erlebensfähigkeit in der Realität und die Differenzierung des Vermögens

konzeptualisieren, inneres Erleben adäquat wahrnehmen, einordnen und ausdrücken zu können.

Auf dieser Basis definieren wir diagnostische Kriterien (Schuhler und Vogelgesang, 2012), die dichotomes Erleben in der Computeraktivität einerseits und der Realität andererseits 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 Computer-/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.

In der theoretischen Fundierung des diagnostischen und psychotherapeutischen Vorgehens (s. den Beitrag zum Krankheitsverständnis von Schuhler et al., in diesem Heft) bot es sich an nach Ansätzen zu suchen, 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 Ansatz der Mentalisierung (Allan & 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 ebenfalls bei der Ausarbeitung der Therapiekonzeption einbezogen wurden.

### Diagnostische Kriterien

Das Krankheitsbild kann drei verschiedene Erscheinungsformen annehmen (isoliert oder auch als Mischform): Gaming (Mehrpersonen-Online-Rollenspiele, Shooter-Spiele, Browser-Spiele), Chatting (zumeist in Social Networks), Surfing (ausuferndes meist zielloses Sammeln von Informationen, Musikdateien, Filmen, oder Bildern). Im klinischen Kontext kommt am häufigsten Gaming vor, gefolgt vom Chatting. Ausuferndes Surfen ist relativ selten.

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. Beispielswei-

se 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:**

**Im Selbstwerterleben:** 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; Niedergeschlagen-

heit, suizidale Tendenzen), Konzentrationsstörungen außerhalb der PC-/Internet-Aktivität

Häufige **negative soziale Folgen im realen Kontext** sind: sozialer Rückzug mit zunehmender Vereinsamung, weitgehende Einbußen in 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 sollte der pathologische PC-/Internet-Gebrauch unter der ICD-10-Kategorie F 68.8 als eine spezifische Form der Beziehungs- und Verhaltensstörungen eingeordnet werden.

### 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).

### Therapeutische Vorgehensweise: Spezifische Methoden und Techniken

Die therapeutische Rationale richtet sich darauf, die emotionale Beteiligung des Patienten am Therapieprozess wachzurufen und aufrechtzuerhalten. Wenn es der Therapeutin nicht gelingt, ein inneres Band in der therapeutischen Beziehung zu knüpfen, dann 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. Deshalb bedarf es besonderer Methoden und Techniken, um dieses Defizit auszugleichen und die emotionale Erle-

bensfähigkeit zu fördern. Diesem Ziel dient der Einsatz von Metaphern. Wir unterscheiden in unserer Therapieanleitung (Schuhler & Vogelgesang, 2012) Bild-, Sprach- und Handlungsmetaphern. Ziel dabei ist es, den psychischen Raum zu weiten, die Fähigkeit problematische Sachverhalte und vor allem menschliche Beziehungsdynamik in einer größeren Tiefe zu verstehen und in der Folge zu bewältigen bzw. zu regulieren. Unser therapeutisches Programm ist in fünf Einheiten untergliedert, von denen Beispiele berichtet werden:

- 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: Sicherung der Therapiefortschritte in der Alltagswelt

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. Am Ende der Therapie sollten alle therapeutischen Schwerpunkte bearbeitet sein, wobei die Reihenfolge je nach der individuellen Problemlage variieren kann. Die folgende Darstellung des therapeutischen Vorgehens sind kurz gefasste Ausschnitte aus unserer ausführlichen Therapieanleitung (Schuhler & Vogelgesang, 2012).

### Aus der ersten Therapieeinheit

#### Das Riesenrad

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

**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 zur Publikation 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 Wichti-

ges 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, im Zug der Immersion, läuft das Rad dort drin immer schneller und Sie sind immer mehr hingezogen 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 sind und am Ball bleiben, werden wir mit großer Wahrscheinlichkeit zusammen in der Therapie Erfolg haben. Ich würde gerne folgende Themen mit Ihnen behandeln, die mir wichtig sind.“

Die Therapeutin sollte in der Lage sein, den

jeweiligen emotionalen Fokus beim Patienten zu erkennen und die Therapiesitzung danach auszurichten. Pointiert formuliert, sollte sich der therapeutische Plan nach dem Patienten richten und nicht der Patient nach dem Therapieplan. Wenn wichtige Themen nicht zur Sprache gekommen sein sollten, z.B. weil der Patient diese verleugnet und vermeidet, empfiehlt sich folgendes Vorgehen: Die Therapeutin bringt die ihr wichtigen Themen in die Therapie ein, macht dabei aber deutlich, dass sie es ist, die dieses wichtige Thema bearbeiten möchte, das bisher noch nicht zur Sprache gekommen ist. Diese Intervention wird verbunden mit einem Angebot an den Patienten, gemeinsam zu erkunden, worin die Gründe für sein Vermeiden zu suchen sein könnten:

„Mir ist aufgefallen, dass bisher Ihre Beziehung zu Ihrer Partnerin noch gar keine Rolle gespielt hat. Obwohl das ja ein wichtiges Thema ist, wie ich meine. Ich möchte deshalb gerne, dass wir uns damit beschäftigen. Aber vielleicht sollten wir zuvor verstehen, warum Sie das von sich aus noch nicht angesprochen haben. Womöglich hatten Sie gute Gründe das nicht zu tun, die aber nicht so klar zutage liegen.“

**Auswertung und Weiterführung.** Die Auswertung sollte sich darauf richten, die Attraktivität der PC-/Internet-Aktivität 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 dass 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.“

Der Weg zu diesem Ziel ‚Medienkompetenz‘ ist bekannt: Die einzelnen Stationen des Wegs vom Anfang zum Ziel heißen:

Station A ‚**Klarheit**‘: Was genau nehmen Sie sich vor?

Station B ‚**Konkretheit**‘: Wie wollen Sie dieses Ziel im Alltag umsetzen?

Station C ‚**Vorausicht**‘: Was oder wer würde Sie daran hindern, Ihr Ziel zu erreichen?

Station D ‚**Notfallplan**‘: Was und wer könnte Ihnen helfen, wenn Sie vom Weg abkommen?

Mit dem Patienten sollen konkrete Schritte auf dem Weg hin zu einem funktionalen PC-Gebrauch erarbeitet werden. Am Anfang steht auch hier der Einsatz nicht-konfrontativer 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 doch mit Hilfe der metaphorischen Unterstützung 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, Konsolencomputerspiele, spe-

zielle 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.

## 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. Zwei Fotos in der Publikation der Therapieanleitung (Schuhler & Vogelgesang, 2012) verdeutlichen, welche Art Stühle zur Verfügung stehen sollten.

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

„Wie war denn Ihr Name im Spiel oder Chat? Es ist oft ausschussreich, 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 versucht mit Geschenken sich Ruhe vor den anderen zu er-

kaufen. Die nehmen das zwar an, lassen 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. ‚Zackenfresse‘ 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 den 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 es 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 i.S. von „Warum, glaubten Sie, sich die Anerkennung der anderen mit Geschenken erkaufen zu müssen?“ sondern aus einer Distanz ermöglichenden ‚Er‘-Form sprechen: „Warum glaubt 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 Schreibtischdrehesels 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 rich-

tig? 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 Selbstbildanteile mit ihrer Kindheit assoziiert sind. Naheliegenderweise fördert der Kinderstuhl, der sichtbar mit den negativen Selbstbildanteilen 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 noch dem Patienten, 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.

## 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 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 herunterladbar von der CD zur Publikation der Therapieanleitung (Schuhler & Vogelgesang, 2012). Die Stelen können aufgestellt

werden, so dass man um sie herum gehen 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 Pat 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 zu nutzen für die zukünftige Beziehungsgestaltung: „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 miteinander verbringen?“

## Aus der fünften Therapieeinheit

### Die Kristallkugel: Blick in die Zukunft

**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 Glaskugel zur Verfügung haben, sowie ein Symbol für die therapeutische Praxis, wie etwa ein Konzeptheft oder ein Prospekt. Ein Bild einer geeigneten Kristallkugel ist herunterladbar von der CD zur Publikation der Therapieanleitung (Schuhler & Vogelgesang, 2012)

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 Praxissymbol 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, bspw. eine Konzeptbroschüre der Klinik oder einen Praxisflyer.

„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 Problemblasen sehen Sie da jetzt? Ich erzähle Ihnen einmal, wie es ein anderer Patient vor ihnen getan hat.“

Die Therapeutin hat das folgende Narrativ element 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 Problemblase, 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 Problemblasen 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 ge-

hen? Was, glauben Sie, steht als erstes an?“ Sie wollen v.a. 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 wir auf den Boden zwischen Therapiesymbol und Kugel gelegt.

„Sie wollen sich auch im Badmintonverein anmelden?“

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 in Einzelnen dahingehend untersucht, auf welchen Wegen sie erreicht werden können, welche Möglichkeiten offenstehen, wer dabei helfen könnte usw. Fokussiert wird was ggf. 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.

## Ausblick

Die Wirksamkeit der skizzierten therapeutischen Vorgehensweise wurde in einer ersten Evaluationsstudie belegt (Schuhler et al., 2011b). 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 Verhaltes- und Beziehungsstörung handelt, die besondere methodische und technische Schritte erfordert, um die notwendige therapeutische Tiefung zu erreichen. Schließlich möchten wir auf die Facebook-Themenseite *Computer-/Internet-Krankheit* hinweisen, die die AHG Klinik Münchwies für Betroffene und Interessierte eingerichtet hat: [www.ahg.de/muenchwies](http://www.ahg.de/muenchwies) > Facebook-Themenseite *Computer-Internet-Krankheit*. Dort erläutern wir wichtige Zusammenhänge des neuen Krankheitsbilds in einer verständlichen Sprache mit vielen Bildern. Außerdem haben wir auf der Facebookseite einen Kurzfilm zum Thema eingestellt und beantworten dort online die Fragen, die uns gestellt werden oder nehmen individuell Stellung zu Kommentaren.

## Literatur

- Mitchell, P. (2000) Internet Addiction. Genuine diagnosis or not. *The Lancet*, 355, 632
- Petry, J. (2010) Das Konstrukt „Verhaltenssucht“ – eine wissenschaftstheoretische Kritik. *Sucht aktuell*, 17.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2011a) Abschalten statt abdriften. Weinheim: beltz
- Schuhler, P., et al. (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.; Fischer, T.; Flatau, M.; Schwarz, S.; Brommundt, A.; Beyer, L. (2013) Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch in der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation. Lengerich: Pabst
- te Wildt, B. & Fischer, T. (2011) Ist die pathologische Internetnutzung als eigenständige Erkrankung im Sinn einer stoffungebundenen Suchterkrankung zu diagnostizieren? *Pro und Kontra. Suchttherapie*, 12, 80-84

## Autorinnen

Dr. phil. Petra Schuhler  
Ltd. Psychologin

Dr. med. Monika Vogelgesang  
Chefärztin  
AHG Klinik Münchwies  
Turmstraße 50-58  
66540 Neunkirchen

E-Mail: [pschuhler@ahg.de](mailto:pschuhler@ahg.de)  
[mvogelgesang@ahg.de](mailto:mvogelgesang@ahg.de)