

# Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch: Krankheitsmodell

Petra Schuhler, Monika Vogelgesang, Bernd Sobottka und Thomas Fischer

Seit 2006 ist die Zahl betroffener Patienten und Patientinnen, für die eine Behandlungsnotwendigkeit in der stationären Rehabilitation besteht, kontinuierlich angestiegen. Die Erarbeitung eines Krankheitsverständnisses und einer störungsspezifischen Behandlungskompetenz (Schuhler & Vogelgesang, 2011a; 2012; Sobottka, 2010) war dringend geboten. Bislang wird das neue Krankheitsbild aber nur wenigen Kliniken als besonderer Schwerpunkt behandelt. Dazu gehören die AHG Kliniken Mönchswies und Schweriner See. Bereits 1998 wurde dort der erste von mittlerweile über 700 Patienten mit pathologischem Computer- und Internet-Gebrauch behandelt. Die erste nosologische Einordnung mit konkreter Falldarstellung im deutschsprachigen Raum wurde von Petry (2003) bereitgestellt. Von Keyserlingk (2004) dokumentierte als einer der ersten Autoren den stationären Behandlungsverlauf eines Patienten. Heute liegen bereits ausgearbeitete Behandlungsanleitungen (Schuhler & Vogelgesang, 2012; Wölffling, et al., 2012) mit empirischer Wirksamkeitsüberprüfung (Schuhler, et al., 2011b), sowie ein Therapiebegleitbuch für Betroffene (Schuhler & Vogelgesang, 2011a) vor.

## Erscheinungsformen

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

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

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

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

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

## Konzeptuelle Grundlagen

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

### Dritte Welle der Verhaltenstherapie: Emotionsfokussierende und metakognitive Ansätze

Emotionen rücken in der Konzeptualisierung psychotherapeutischen Vorgehens im allgemeinen immer mehr in den Mittelpunkt. Neben den Therapieformen, bei denen die emotionale Kategorie von jeher im Fokus stand (Rogers, 1983; Greenberg, 2006), beschäftigen sich auch Kliniker kognitiv-therapeutischer Provenienz gezielt mit der Rolle der Emotion für den therapeutischen Erfolg. Dies zeichnet sich deutlich in der jüngsten verhaltenstherapeutischen Modellentwicklung ab, die als Dritte Welle bezeichnet wird, der behavioralen Grundle-

gung der Verhaltenstherapie als erster Welle, und der zweiten Welle in Form der kognitiven Ansätze (Beck & Freeman, 1993; Kanfer et al., 2006; Meichenbaum, 2003). Nun rückten folgende Prozesse in den Mittelpunkt der Konzeptbildung: Therapeutische Beziehung, Interpersonalität und Bindung, sowie Embodiment, emotionale und Selbstregulationsprozesse, Werthaltungen und Ressourcenorientierung (Linehan, 1996; Young et al., 2008; Hayes et al., 2007; Segal et al., 2002; Wells, 2009; Mc Cullough, 2012).

Die Weiterentwicklung der kognitiven Therapie (Öst, 2008) vollzog sich vor dem Hintergrund, dass klassische kognitive Interventionen sich als nicht ausreichend produktiv erwiesen hatten, wenn die Kognitionen isoliert und getrennt von dem inneren Kontext bearbeitet wurden, in dem sie verankert sind. Offensichtlich wurden Therapieerfolge nämlich dann nur unzulänglich erreicht, wenn maladaptive kognitive Grundannahmen und davon abhängige kognitive Reaktionen in der Situationssteuerung im Dienst einer nicht bewussten Selbstheilungsstrategie standen. Zudem waren kognitive Interventionen nahezu wirkungslos, wenn die emotionale Beteiligung fehlte. Auf dieser Basis wird die kognitiv-emotionale Verarbeitung des Patienten akzeptiert und in deren einmal stattgehabter adaptiven Kompetenz gewürdigt, ohne dass deren sich im Entwicklungsverlauf später einstellende Dysfunktionalität direkt korrigiert wird. Stattdessen wird versucht, die innere Aufmerksamkeit so zu lenken, dass Gelassenheit und Distanz zu den Kognitionen gelingt, was eine gewissermaßen indirekte Veränderung der kognitiv-emotionalen Verarbeitung begünstigt. Dabei spielt die Qualität der therapeutischen Beziehung, der Aufbau von Ressourcen und positiven Werthaltungen eine entscheidende Rolle.

Die Young'sche Schematherapie kann als Prototyp der dritten Welle der Verhaltenstherapie gelten (Young et al., 2008). Sein Ansatz geht von einer wechselseitigen Dynamik zwischen Emotion, Kognition und Verhalten aus. Der schematherapeutische Ansatz nimmt folgendes Prinzip der menschlichen Entwicklung an: Ob im frühen Entwicklungsverlauf zentrale Bedürfnisse befriedigt werden oder unerfüllt bleiben, entscheidet darüber, ob sich prägende innere Schemata herausbilden, die die Aufgabe hatten, ein Gleichgewicht zwischen

innerer und äußerer Realität herzustellen. Ganz allgemein weisen diese Schemata eine konsistente innere Struktur auf, die neu eintreffende Information in der schemaspezifischen Weise organisiert: Sie können entsprechend als gespeicherter Wissensfundus betrachtet werden, der mit aktueller Erfahrung interagiert. Im späteren Leben werden diese früh erworbenen Schemata dann aktiv, wenn neue Erfahrungen den frühen Frustrationssituationen ähneln. Dann werden die Schemata aktiviert, sie werden dann gewissermaßen ‚heiß‘. Dabei wird davon ausgegangen, dass die frühen Schemata aber die ursprüngliche Funktionalität verloren haben und sich nun maladaptiv hinsichtlich der Realitätsanpassung auswirken. Die therapeutische Beziehung wird als entscheidende korrigierende emotionale Erfahrung verstanden, die erlaubt, die maladaptiven Schemata zu überwinden. Dabei sind die Parallelen zum Konzept der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der psychoanalytischen Tradition nicht zu übersehen (Wöller & Kruse, 2010).

Schon von dem Doyen der kognitiven Therapie, Aaron Beck, wurde die emotionale Aktivierung beim Einsatz kognitiver Methoden propagiert in dem Sinn, dass diese unerlässlich sei für den Psychotherapieerfolg. Dies wurde jedoch zumindest in der theoretischen Konzeptualisierung der kognitiven Therapieansätze lange Zeit nicht ausreichend beachtet. In der klinischen Praxis wurde aber schon seit geraumer Zeit für eine emotionsaktivierende Einbettung kognitiver Techniken gesorgt (Schmitz et al., 2002; Schuhler, 2007; Vogelgesang, 2007). Solche emotionsfokussierenden therapeutischen Techniken haben gerade im Fall des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs eine besondere Bedeutung für den therapeutischen Fortschritt. Die Pathologie drückt sich nämlich vor allem aus in Defiziten in der Plastizität und Differenzierung im inneren emotionalen Erleben und dessen verbaler Symbolisierung. Aus kognitiver Sicht plädieren Segal et al. (2002) dafür, die Einstellung der Patienten zu dem eigenen inneren Erleben als metakognitive Strategie in den Blick zu nehmen. Metakognitionen werden angesehen als übergeordnete kognitive Prozesse, die die mentale Aktivität strukturieren und steuern. Um diese Prozesse zu fördern, kombiniert die Mindfulness-based Cognitive Therapy Elemente der kognitiven Therapiemethoden mit Achtsamkeitstechniken. Dabei wird die kognitive Strukturierung des Patienten bearbeitet, ohne dass deren Dysfunktionalität direkt korrigiert wird. Stattdessen wird versucht, die innere Aufmerksamkeit so zu lenken, dass Gelassenheit und Distanz zu den ungünstigen Kognitionen gelingt. Die therapeutische Beziehung als wirksames Agens für Veränderung erhält in diesen Ansätzen ebenfalls eine prominente Rolle.

Im Fall des pathologischen PC- und Internet-Gebrauchs sind die Grundannahmen der Dritten Welle von besonderem heuristischem Wert. Die Pathologie drückt sich nämlich auch aus in Defiziten in der Plastizität und Differenzierung im inneren Erleben: Neben einer kognitiven Wahrnehmungs- und Bewertungsverzerrung können auf der emotionalen Ebene Realität und virtueller Raum nicht adäquat getrennt abgebildet werden. In der klinischen Arbeit mit den Patienten fällt entsprechend auf, dass die kognitiv-emotionale Selbststeuerung durch eine niedrige Symbolisierungsfähigkeit bestimmt ist. Klassische kognitive Interventionen können deshalb nicht ausreichend produktiv wirken, weil strukturell bedingte Defizite deren Verarbeitung erschweren: Der innere Kontakt zur kognitiven und emotionalen Verarbeitung und deren metakognitive Steuerungsmöglichkeit gelingen nur schwer und brechen leicht ab. Die therapeutische Arbeit von Schuhler & Vogelgesang (2012) berücksichtigt diese Schwächen im emotionalen und kognitiven Erfassen durch ressourcenorientierte und die Mentalisierungsfähigkeit unterstützende Vorgehensweisen.

### Mentalisierungsniveau

Der Mentalisierungsansatz stellt eine Synthese aus bindungstheoretischen, entwicklungspsychologischen und kognitiven Modellen dar. Mit Mentalisierungsfähigkeit ist zum einen die „Empathie für das eigene Selbst“ gemeint, wie Jon Allen formuliert (Allan & Fonagy, 2006). Dabei geht es darum, ob und in welchem Ausmaß sich ein Selbst zum Objekt des Reflektierens und Fühlens machen kann. Zum andern beschreibt das Niveau der Mentalisierungsfähigkeit aber auch, inwieweit es gelingt, sich in den Anderen hineinzuversetzen und die soziale Interaktion angemessen interpretieren zu können. Angemessene Interpretation auf einem hohen Mentalisierungsniveau erfasst, dass unterschiedliche Perspektiven einer gemeinsam geteilten Realität bestehen können, ermöglicht, sich mit den Augen des anderen zu sehen und die eigene Reaktion im Spiegel dieser Interdependenzen einzuordnen. Es geht dabei nicht um theoretisch rationalisierenden Nachvollzug, sondern um emotional getragenes, spontanes Begreifen in einem gegebenen Augenblick. Die Reife des Mentalisierungsniveaus bestimmt das Ausmaß dieses Gelingens, sowohl hinsichtlich der Empathie für das Selbst als auch hinsichtlich der Perspektivenübernahme für den Anderen und der Verschränkung beider Prozesse.

Vor diesem Hintergrund entscheidet die Mentalisierungsreife wesentlich über die Angemessenheit unserer Beziehungsfähigkeit. Unentwickelte Mentalisierungslevel führen zur Einschränkung der Regulierungsfähigkeit der Affekte, der Selbststeuerung und der interpersonalen Beziehungs-

gestaltung. Ein entwickeltes Mentalisierungsniveau erlaubt dagegen auch in emotional belasteten Situationen in differenzierter Weise sozial-interaktives Geschehen wahrzunehmen, zu interpretieren und sich angemessen zu verhalten. Diese Fähigkeit ist bei den vom pathologischen PC- und Internet-Gebrauch betroffenen Patienten in der Regel unterentwickelt. Ein unreifes Mentalisierungsniveau in inter- und intrapersonellen Bezügen erlaubt beispielsweise nicht, die eigene Ängstlichkeit in sozialen Kontakten zu verstehen oder sozial-interaktive Konflikte als das Aufeinanderprallen unterschiedlicher Perspektiven zu erfassen. Die folgenden Beispiele, die aus der Therapieanleitung von Schuhler & Vogelgesang (2012) entnommen sind, illustrieren Schwächen in der Mentalisierungsfähigkeit.

### Beispiele aus der klinischen Praxis

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

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

*Hubert N. spielt das Ego-shooter-Spiel Counterstrike, „weil es sonst nichts Sinnvolles im Leben gibt“. Der 25-jährige hat große Angst vor der Arbeit und der Lehre. Mit 12 Jahren habe er die ersten Mobbing-Erfahrungen gemacht. Er habe damals keine Hilfe erhalten, auch nicht von den Eltern, denen er sich anvertraut habe. Die hätten nur gesagt: „Du wirst schon Deinen Teil dazu beigetragen haben, fass’ Dich mal an deine eigenen Nase.“ Er hätte dann nichts mehr gesagt und sich auch nie gewehrt. Wenn die Mobbing-Täter „mich sehen könnten im Spiel, da würden die erken-*

nen, dass ich was drauf habe und ich würde anerkannt“, tröstet er sich mit seinen Ego-shooter-Kompetenzen vor heute für das Leiden von damals. Er hatte nie eine wirkliche Beziehung. Nur einmal hat er ein Mädchen im Netz kennengelernt, beim Counterstrike-Spielen. Wirklich getroffen haben die beiden sich nie, sie haben nur geschattet und per Headset miteinander gesprochen. Das Mädchen habe ihn dann aber sehr verletzt, es habe ihn fallen lassen, habe sich nicht mehr gemeldet und für ihn die ‚Ignore-Taste‘ gedrückt. Sie sei aber seine große Liebe. Da komme er nie drüber hinweg. Der Patient kann sich kaum Aufschluss geben über innere Beweggründe und sich sein Erleben und Handeln nur grob in Ansätzen erklären, zumeist nur als globalen Wunsch oder dumpf spürbares Bedürfnis.

Als Folgen einer Mentalisierungsstörung, die an der Grenze zwischen Innen- und Außenwahrnehmung angesiedelt ist (Bolm, 2009), sind zu beobachten: Inkohärente und unrealistische Selbst- und Fremdwahrnehmung, defizitäre Subjekt-Objekt-Differenzierung und insbesondere das Unvermögen zur selbstreflexiven Perspektivenkoordination (Selman, 1980), die erst erlaubt, das eigene Verhalten aus der Sicht des andern zu sehen. Im ungünstigen Fall ist für alternative Perspektiven kaum Raum, die Fantasie wird leicht zur Realität und zwischen Anschein und Realität kann nicht sicher unterschieden werden.

### Beispiele aus der klinischen Praxis

Ein Patient berichtet in der Therapie von einem Waldspaziergang an einem Sommertag. Nach langen Jahren intensiven PC-Spielens war er kaum vor die Tür, geschweige denn in einen Wald gekommen. Vorsichtig habe er sich auf dem Waldweg bewegt, es aber durchaus genossen. Vor allem das Sonnenlicht auf dem Weg, das Schattenspiel der Blätter vor seinen Füßen habe ihn fasziniert. „Was für eine irre Grafik“, habe er gedacht und einige Zeit gebraucht, bis er realisiert habe, dass es hier ja keine Grafikkarte gibt.

Her K. spielte mehrere Jahre World of Warcraft bis er in die Therapie kam. Im Spiel war er ein Heiler gewesen, der seine heilenden Kräfte dadurch wirken ließ, dass er eine Kugel mit einer schwungvollen Armbewegung dem zuschickte, der Hilfe brauchte. Als der Patient dann in der Realität auf der Straße Zeuge eines Radunfalls war und dem auf dem Boden liegenden Radfahrer, der offensichtlich verletzt war, helfen wollte, registrierte er bei sich den Armschwung und war ganz verblüfft, dass keine Zauber-Kugel den Radfahrer wieder auf die Beine brachte. Jemand anderer hatte erste Hilfe geleistet und einen Krankenwagen gerufen.

Fehlende Identitätssicherheit und hohe Projektionsbereitschaft speisen sich aus Defiziten in der Fähigkeit, Fantasie und Realität richtig einzuordnen. Daraus resultieren Probleme im realen Kontext, vor allem in

der Nähe-Distanz-Regulierung, der Affektwahrnehmung und -regulation, der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und der Interaktionsfähigkeit in Face-to-Face-Kommunikationen, in dem Sinn, dass via differenzierter Introspektionsfähigkeit auf verbaler Ebene ein befriedigender Kontakt oder gar Konflikte mit anderen gelöst werden können. Das interpersonelle Ausdrücken eigener Probleme oder Bedürfnisse erfolgt in der Konsequenz fast nur noch im virtuellen Raum und reduziert weiter ohnehin defizitäre Interaktionsfähigkeiten. In engem Zusammenhang mit diesen Folgen eines eingeschränkten Mentalisierungsniveaus stehen Schwächen in der Bindungsorganisation (Allen & Fonagy, 2009).

### Bindungstheoretische Ansätze

Ein wesentlicher Teilaspekt der Mentalisierung ist die Fähigkeit zur Symbolisierung, die die Weite und Tiefe des psychischen Raums bestimmt. Ihre Anfänge hat diese Fähigkeit in den Erfahrungen mit Verlust und Trennung. Diese können dann ausgehalten werden, wenn im Innern ein Äquivalent für die verlorene Bezugsperson via Symbolisierung belebt werden kann. Piaget (2009, Orig. 1945) beschreibt die Auswirkungen der kindlichen Symbolbegriffsentwicklung für die kognitive Reifung: Das Erlangen der kognitiven Objektpermanenz ermöglicht die ‚verzögerte Nachahmung‘ und schließlich „als ob“-Spiele, in denen sich ein zunehmendes Vermögen zeigt, innere kognitive Repräsentanzen aufzubauen. Ob dies zutreffend gelingt oder nicht, hängt schon hinsichtlich des Vorstellungsvermögens objektaler Sachverhalte nicht allein von kognitiven Faktoren ab, sondern wesentlich auch von der stattgehabten Qualität der interpersonalen Beziehungen, in der sich Entwicklung vollzogen hat. Umso mehr gilt dies für eine stabile innere Repräsentation von Halt gebenden Bezugspersonen und darauf aufbauend für die Identifizierungsprozesse mit signifikanten Anderen, vornehmlich den Eltern. Die Entwicklung eines reifen Mentalisierungsniveaus wird beeinträchtigt durch misslungene Bindungserfahrungen, die schmerzliches oder angstvolles Erleben hervorrufen und so die mentale und emotionale Entwicklung zum Stillstand bringen.

Nach Bowlby (2008) stellt das Bindungssystem ein primäres, genetisch verankertes motivationales System dar, das mit überlebenssichernder Funktion zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling nach der Geburt aktiviert wird. Ob eine sich eine sichere Bindung entwickelt, hängt von der Empathiefähigkeit der Bezugsperson ab. Diese entscheidet darüber, ob die Bedürfnisse des Kindes im Spannungsfeld zwischen Sicherheitserleben und Autonomieentwicklung richtig interpretiert und befriedigt werden können. Die Summe dieser Erfahrungen mündet in eine innere Reprä-

sentation von Bindung, die über die Kindheit hinaus bis ins Erwachsenenalter wirkt, dabei keineswegs nur den Kontakt zu den Eltern bestimmt, sondern vielmehr alle bedeutsamen interpersonalen Beziehungen dynamisiert.

Das für die menschliche Entwicklung grundlegende Wechselspiel zwischen Sicherheitsbedürfnis und Explorationsmut kann in vielfältiger Form in der Computer-/Internet-Aktivität beobachtet werden. Offensichtlich zieht die im Gegensatz zur realen Welt weitaus größere Kontrollierbarkeit der virtuellen Welt Menschen mit Schwächen in der Bindungsrepräsentation stark an. Schuhler & Vogelgesang (2012) haben in ihrer therapeutischen Vorgehensweise bindungstheoretische Ansätze für den Therapieprozess bei patholischem Computer-/Internet-Gebrauch nutzbar gemacht und legen ein klinisches Interviewverfahren zur Exploration der Bezüge zwischen Bindungserfahrungen und Computer-/Internet-Pathologie vor, das erlaubt therapeutische Schwerpunkte im individuellen Fall abzuleiten. Daraus sind die folgenden Beispiele entnommen.

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

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

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

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

I.: „Bitte nennen Sie 5 Eigenschaftswörter, die Ihre Beziehung zur Mutter in der Kindheit beschreiben?“

*Also vor allem war sie streng.*

I.: Was haben Sie da mit ihr erlebt?

*Besonders schlimm war es, wenn meine Mutter ungerecht war: Ich sollte mal am frühen Morgen auf die Hühner aufpassen, damit die nicht in die Blumen im Garten laufen. Sie hat dann zum Frühstück gerufen. Aber ich sollte doch auf die Hühner aufpassen und da kam ich nicht sofort. Und da hat sie mich geprügelt. Meine Mutter sagte dann noch: „Wenn du heulst, kriegst du noch eine rein“. Nur durch Beobachtung hab ich mir ein Bild ge-*

*macht von Frauen. Ich wusste bei ihr nie woran ich war. Aber in dem Spiel da, da hatte ich Kontrolle. Ich konnte es ja gut, ich konnte gut vorhersagen in dem Spiel, was passiert“.*

I.: „Bitte nennen Sie 5 Eigenschaftswörter, die Ihre Beziehung zum Vater in der Kindheit beschreiben.“

*Gleichgültig, mal als erstes.*

I.: „Wie war er denn gleichgültig? Wie haben Sie das erlebt?“

*„Mein Vater hatte kein Interesse an uns Kindern. Ich flüchte mich heute in die PC-Welt, sowie er sich früher vor uns in Sicherheit brachte. Einmal ist er sogar an Weihnachten nicht nach Hause gekommen, hatte irgendso eine blöde Ausrede. Ich habe nur mit den Schultern gezuckt, war mir doch egal. Ich kann – so wie er früher – gut kaschieren. Wenn ich von den anderen höre, du bist doch gut gelaunt, nicht depressiv, dann sehe ich förmlich meinen Vater vor mir. Der war auch immer beliebt. Aber ich glaube, ihm waren alle egal. Ich hab mich da schon in früher Kindheit abgeschottet. Ich habe nichts mitgekriegt, wie Männer sind, ich habe mir das irgendwo hergeholt, nicht, weil mein Vater mir das vermittelt hätte. Aber was ich klar mit gekriegt habe, ist, dass Männer nicht heulen.“*

### Medienpsychologische Perspektive

Petry (2010) diskutiert folgende Wirkfaktoren aus medienpsychologischer Sicht, die zur Erklärung einer pathologischen Entwicklung durch exzessive Computer-/Internet-Aktivität beitragen können. Vor allem durch das Erleben von *Immersion*, einem Konzept, mit dem das Zurücktreten der realen Erlebniswelt in der subjektiven Bewertung und die Präferenz der virtuellen Welt gemeint ist, können maladaptive Auswirkungen auf Erleben und Verhalten ausgelöst werden. Dieses Immersionserleben werde verstärkt durch ein Flow-Erlebnis, d.h. dem euphorischen Gefühl, das einem Schaffensrausch ähnlich ist (Csikszentmihalyi, 2010; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Das führe dazu, dass „die Zeit vergessen“ werde und die reale Welt in den Hintergrund rücke. Die klinische Erfahrung bestätigt diese Annahmen: In Anamnese und Exploration schildern Patienten ihre jeweilige pathologische Computer-Aktivität (s. Feindel, in diesem Heft) in entsprechender Weise.

In der Analyse der Patientenschilderungen findet sich auch Anhalt für das medienpsychologische Konstrukt der *Telepräsenz*: damit ist gemeint, dass der Computer-User in der virtuellen Welt eine deutliche raumzeitliche Präsenz erlebt in dem Sinn, dass das Hier-und-Jetzt in der Computer-Aktivität angesiedelt zu sein scheint, während die reale Gegenwart im subjektiven Erleben unwirklich wird. Zwei Wesensmerkmale der

Computerangebote spielen dabei eine entscheidende Rolle: Die Technik ermöglicht den scheinbar unabweisbaren Eindruck von Lebendigkeit und Echtheit durch zum einen die Kombination mehrerer Sinnesmodalitäten (sehen und hören), sowie deren hohen Differenzierungsgrad. Zum anderen eignet den Computerangeboten die sonst im Medienbereich nirgendwo mögliche Interaktivität, die den User in die Rolle des Gestaltenden und schöpferisch Tätigen gleiten lässt, was vor allem das Empfinden „mein Ich ist nur in der Computerwelt“ hervorrufen kann. Eine entscheidende Rolle für die Stärke dieser Empfindung spielen die Schwierigkeit der Aufgaben, die im Computer bewältigt werden und die Leichtigkeit, mit der dies gelingt. Dies trifft vor allem für das Gaming zu. Beim Chatting wirkt dagegen eher die soziale *Präsenz*, d.h. die Unmittelbarkeit und suggerierte Intimität der Chat-Interaktion mit einer bestimmten Person, die dann nicht wirklich, d.h. real gekannt werden muss. Oft wird ein realer Kontakt sogar gefürchtet.

Im Zuge der *Telepräsenz*, *sozialen Präsenz* und *Immersion* verliert die reale Welt in der persönlichen Werteskala an Bedeutung, während die virtuelle Welt immer wichtiger wird – mit beträchtlichen negativen Folgen für die Selbstwert-, Motivations- und Affektregulation in der Wirklichkeit, sowie das reale zwischenmenschliche Beziehungsverhalten. Darunter leiden dann nicht nur soziale Beziehungen und Freizeitverhalten, sondern es resultieren Fehlentwicklungen der Persönlichkeit. Betroffen sind vor allem das Selbstwerterleben, die Kontaktfähigkeit in der realen Welt und arbeitsrelevante Funktionen wie Durchhaltevermögen, Konzentrationstoleranz und soziale Kompetenz im beruflichen Alltag.

### Negative psychosoziale Folgen

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

Das eigene Ich in der verlockenden Maske des „Avatars“ oder in der attraktiven Chat-Person darzustellen – dieser Wunsch kann übermächtig werden. Besonders dann, wenn die Realität von vielen Problemen bestimmt ist, Ängste vorherrschen und Miss-

erfolge verkräftet werden müssen. Im Spiel und im Chat gelingen die Träume vom Sieg, der Macht, Kontrolle und der vollkommenen Liebe. Offenbar ist die Computer-/Internet-Aktivität geeignet, Ängste und Unsicherheitsgefühle, die in der Wirklichkeit angesiedelt sind, vorübergehend zu beschwichtigen. Weil diese Wirkung aber flüchtig ist, wird immer wieder die kompensatorische Wirkung in der virtuellen Welt gesucht. Im Fall des krankhaften Umgangs mit Computer und Internet muss ein hoher Preis gezahlt werden: Risiken für die eigene Entwicklung, sowie Nachteile in der sozialen und beruflichen Integration im Zusammenhang mit psychischen und körperlichen Schäden. Die ungelösten Probleme bleiben in der Folge bestehen und vergrößern sich oftmals, was den Betroffenen dazu bringt, sich noch mehr von der Realität ab- und der virtuellen Welt zuzuwenden. Ein Teufelskreis entsteht, aus dem ein Krankheitsbild resultiert, dass sich deutlich von anderen psychischen Störungen unterscheidet (Schuhler et al., 2013).

### Literatur

- Allen, P. & Fonagy, P. (2009) Mentalisierungs-gestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Beck, A. & Freeman, A. (1993) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz.
- Bolm, T. (2009). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Bowlby, J. (2008) Bindung als sichere Basis. München: Ernst Reinhardt
- Csikszentmihalyi, M. (2010) Das Flow-Erlebnis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Festl, R., Scharnow, M. & Quandt, T. (2013). Problematic Computer Game Use among Adolescents, Younger and Older Adults. *Addiction*, 108 (3), 592 – 599.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.; Target, M. (2008). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Greenberg, L. S. (2006) Emotionsfokussierte Therapie. München: dgvt.
- Hayes, S., Strosahl, K.D. & Wilson, K. (2007) Akzeptanz und Commitment-Therapie. München: CIP-Medien.
- JIM-Studie (2012): Jugend, Information, (Multi-) Media. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.). Stuttgart: Landesanstalt für Kommunikation Baden-Württemberg.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006) Selbstmanagement-Therapie. Heidelberg: Springer.
- Keyserlingk, H. v. (2004). Die Behandlung der Internetsucht in einer psychosomatischen Fachklinik – Eine Fallvignette. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 66, 107-108.
- Linehan, M.M. (1993) Dialektisch-behaviorale therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien

- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* (46), 296-321.
- McCullough, J. P. (2012) *Therapeutische Beziehung und die Behandlung der chronischen Depression*. Heidelberg: Springer
- Meichenbaum, D. (2003) *Intervention bei Stress*. Bern: Huber
- Petersen, K., Weymann, N., Schelb, Y., Thiel, R. & Thomasius, R. (2009). Pathologischer Internetgebrauch – Epidemiologie, Diagnostik, komorbide Störungen und Behandlungsansätze. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 77, 263-271.
- Petry, J. (2003). Pathologischer PC-Gebrauch: nosologische Einordnung und Falldarstellungen. In: R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Internet*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (2010) *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe
- Piaget, J. (1945, 2009) *Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung des Symbolbegriffs beim Kind*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rehbein, F., Kleimann, M. & Mößle, T. (2009). Computerabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter: Empirische Befunde zu Ursachen, Diagnostik und Komorbiditäten unter besonderer Berücksichtigung spielimmanenter Abhängigkeitsmerkmale. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Rogers, C. (1983) *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer
- Rumpf, H.J., Meyer, C.; Kreuzer, A. & John, U. (2011, 2013) *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)*. Lübeck u. Greifswald: Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2002). Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Lengerich: Pabst.
- Schuhler, P. (2007). Der narrative Ansatz als nicht-konfrontative Motivierungsstrategie. In: Schuhler, P. (Hrsg.), *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten*. (S. 62-73). Weinheim: beltz pvu.
- Schuhler, P.; Flatau, M. & Vogelgesang, M. (2011b) *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch: Diagnostische Einordnung, psychotherapeutischer Ansatz und erste Evaluationsergebnisse*. *Suchttherapie*, 12, 72-79
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M., Fischer, T., Flatau, M., Schwarz, S., Brommundt, A. & Beyer, L. (2013). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2011a) *Ab-schalten statt abdriften*. Weinheim: Beltz
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung*. Göttingen: Hogrefe
- Segal, Z., Williams, J. & Teasdale, N. (2002) *Mindfulness based Cognitive Therapy*. N.Y.: Guilford
- Seligman, M. & Csikzentmihalyi, M. (2000) *Positive Psychology: An introduction*. *American Psychologist*, 55, 5-14
- Selman, R. L. (1980) *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press
- Sobottka, B. (2010). Stationäre Psychotherapie bei Pathologischem PC-Gebrauch. *Rausch*, 6, 20-23
- Target, M. & Fonagy, P. (1996) Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459-479
- Vogelgesang, M. (2007). *Imaginative Verfahren in der Therapie des schädlichen Substanzgebrauchs*. In: P. Schuhler (Hrsg.) *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten*. Weinheim: beltz pvu.
- Wells, A. (2009) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford
- Wölffling, K.; Bengesser, I.; Beutel, M. & Müller, K. (2012) *Computer- und Internetsucht*. Stuttgart: Kohlhammer
- Wöller, W. & Kruse, J. (2010) *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
- Young, J. E.; Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2008) *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann

### Autorinnen und Autoren

*Dr. phil. Petra Schuhler  
Ltd. Psychologin  
Dr. med. Monika Vogelgesang  
Chefärztin  
AHG Klinik Münchwies  
Turmstr. 50-58  
66540 Neunkirchen  
E-Mail: pschuhler@ahg.de  
mvogelgesang@ahg.de*

*Dr. phil. Bernd Sobottka  
Ltd. Psychologe  
Dr. med. Thomas Fischer  
Chefarzt  
AHG Klinik Schweriner See  
Am See 4,  
19069 Lübstorf  
E-Mail: bsobottka@ahg.de  
tfischer@ahg.de*