



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Potentiale und Konzepte dialektisch-behavioraler
Therapie im Zusammenhang mit Computerspielsucht

Verfasserin

Mag.^a phil. Iris Stefanie Herta Wandraschek

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.^a phil.)

Wien, im März 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: V. Prof. Mag. Dr. Christian Swertz, MA

DANKE

- ... an meine Familie, für die Möglichkeit eines zweiten Studiums, für die Unterstützung und für den Glauben an mich!
- ... an meine Freunde, vor allem meine „Mädels“ für die unzähligen Gespräche!
- ... an Mag. Stefan Eilenberger, der zum zweiten Mal eine große Stütze beim formatieren, lesen und zuhören war und mich damals für die den Schwerpunkt Medienpädagogik begeistern konnte!
- ... an V. Prof. Mag. Dr. Christian Swertz, MA für die unkomplizierte Betreuung und die Heranführung an dieses spannende Thema!

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Computerspielsucht	5
2.1	Begriffsklärungen und Definitionen	5
2.1.1	Internet- und Computerspielsucht	6
2.1.2	Verhaltenssucht	8
2.2	Forschungsstand	12
2.3	Entstehung und Aufrechterhaltung	17
2.3.1	Die Faszination des Spiels	17
2.3.2	Der lerntheoretische Ansatz	19
2.3.3	Das homöostatische Modell	20
2.3.4	Integrative Modelle	21
2.4	Therapiemöglichkeiten	23
2.4.1	Verhaltenstherapeutische Methoden	25
2.4.2	Psychoanalytische Methoden	27
2.5	Präventionsansätze	29
2.6	Zusammenfassung	31
3	Dialektisch-Behaviorale Therapie	34
3.1	Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie	34
3.1.1	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)	37
3.1.2	Die dialektische Sichtweise	39
3.1.3	Verhaltenstherapie	40
3.2	Das Behandlungsprogramm	43
3.2.1	Settings	44
3.2.2	Behandlungsphasen	51
3.3	DBT bei Personen mit BPS in Kombination mit einer Suchterkrankung (DBT-S)	54
3.4	Zusammenfassung	58

4	Potentiale und Konzepte der DBT im Zusammenhang mit Computerspielsucht	61
4.1	Kritische Anmerkungen.....	63
4.1.1	Umsetzungsproblematik	63
4.1.2	Definitionsproblematik.....	65
4.1.3	Behandlungsproblematik Faktor Suizidalität.....	67
4.1.4	Behandlungsproblematik Faktor Abstinenzorientiertheit	68
4.2	Potentiale und Konzepte	71
4.2.1	Konzept Verhaltenstherapie	72
4.2.2	Konzept Psychoedukation	76
4.2.3	Konzept Dialektik	78
4.2.4	Konzept Fertigkeitentraining	82
4.2.5	Konzept Settingkombination	88
5	Conclusio und Ausblick.....	91
6	Literaturverzeichnis	96
7	Abbildungsverzeichnis.....	103
8	Abkürzungsverzeichnis	104
9	Anhang.....	105
	Curriculum vitae	105
	Abstract.....	107
	Abstract (English).....	108

1 Einleitung

„Jedes Ding ist ein Gift. Es kommt nur auf die Dosis an.“

(Paracelsus, 15. Jahrhundert. In: Gross, W. 2003; S. 9)

Wie Paracelsus bereits im 15. Jahrhundert festhielt, kann nicht nur der Konsum von legalen bzw. illegalen Substanzen problematisch sein und in die Abhängigkeit führen, sondern es können unterschiedlichste Phänomene, wie auch Verhaltensweisen exzessiv ausgeführt werden und Auswirkungen auf unser Leben haben. So ist gerade das Thema Computerspielsucht als eine mögliche pathologische Verhaltensweise in den letzten Jahren speziell in den medialen Fokus gerückt. Der Begriff „Killerspiele“ geistert in unterschiedlichsten Print-, Online- und Fernsehmedien herum und es entsteht vielfach die Frage ob und ab wann von Computerspielsucht gesprochen werden kann.

Nicht nur in den Medien, auch im wissenschaftlichen Kontext gibt es immer mehr Studien und Arbeiten über das Thema. Spezielle Aufmerksamkeit scheint hier den sogenannten MMPORGs (Massively Multiplayer Online Role-Playing Games) zuzukommen, da diesen Spielen ein besonders abhängig machendes Potential nachgesagt wird. (Vgl. Smahel, D. et al In: Stetina, B./Kryspin-Exner, I. 2009; S. 239f) Unter den MMPORGs sticht besonders „World Of Warcraft“ hervor, - einem Onlinerollenspiel bei dem der/die SpielerIn mit seinem Avatar (Spielfigur) innerhalb einer sogenannten Gilde Aufgaben erfüllt (Vgl. Graf, Th. In: Hardt, J. et al 2009; S. 30) - da die Debatte rund um das Thema Computerspielsucht seit seiner ersten Veröffentlichung im Jahr 2004 offensichtlich gestiegen ist. Dieses Spiel wird als das erfolgreichste Onlinerollenspiel aller Zeiten bezeichnet und kann enorme Zuwachsraten verzeichnen. Alleine in den ersten vier Jahren, waren rund 10, 7 Millionen Menschen im Spiel registriert, die monatlich für ihr Spielvergnügen bezahlten. (Vgl. Graf, Th. In: Hardt, J. et al 2009; S. 29ff) Beranek et al haben Interviews zum Thema „World of Warcraft“ mit Jugendlichen im Alter zwischen dreizehn und achtzehn Jahren durchgeführt und im Zuge dessen zu suchtspezifischen Aspekten Fragen gestellt. Tobias, ein Interviewpartner bringt auf

den Punkt, warum der Suchtaspekt im Zusammenhang mit Computerspielen ein wesentliches Thema ist: *„Ich hatte selbst ‘nen Bekannten, der sein Medizinstudium abgebrochen hatte, weil er WoW spielen wollte. Die schnellen Erfolgserlebnisse (...) sind natürlich auch ein Grund, dort hinzugehen. Diese Erfolgserlebnisse, die man im realen Leben nicht hat, dort zu suchen und vor allem auch zu finden.“* (Beranek, A. et al In: Hardt, J. 2009; S. 80) Es scheint demnach, als wäre die Flucht in virtuelle Spielwelten unter anderem so faszinierend, da Erfolgserlebnisse verbucht werden können, die vielfach im realen Leben nie erreichen würde.

Die Thematik der Computerspielsucht, die exemplarisch durch das Onlinerollenspiel „World of Warcraft“ dargestellt wurde, wirft eine Menge an Fragen auf. Ab wann kann von Computerspielsucht gesprochen werden? Ist die Verwendung des Suchtbegriffes im Zusammenhang mit diesem Thema gerechtfertigt? Kommt es – wie Paracelsus in seinem Ausspruch behauptet – tatsächlich darauf an, wie viel Zeit eine Person vor dem Computer verbringt? Welche Therapiemöglichkeiten gibt es für Personen, die süchtig sind? All diese Fragen sollen zu Beginn dieser Diplomarbeit in Bezugnahme auf den aktuellen Stand vorherrschender Literatur aufgeklärt werden, da ein Verständnis von Computerspielsucht essentiell für das eigentliche Thema dieser Diplomarbeit ist.

Denn Schwerpunkt dieser Diplomarbeit ist die Therapie von Computerspielsüchtigen, genauer der mögliche Einsatz einer therapeutischen Methode, die „dialektisch-behaviorale Therapie“, welche von Marsha Linehan grundsätzlich für Personen mit der Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ entwickelt wurde. Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), die aus vier unterschiedlichen therapeutischen Settings besteht, wird in erster Linie von kognitiv-behavioralen Lerntheorien gespeist (Vgl. Holz, B. 2007; S. 47f), die auch einen möglichen grundlegenden Erklärungsansatz für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Computerspielsucht darstellen. Grüßer und Thalemann, zwei Pioniere im deutschsprachigen Raum das Thema Computerspielsucht betreffend gehen davon aus, Computerspielsucht sei als Verhaltenssucht zu klassifizieren und die Entstehung und Aufrechterhaltung wäre auf ein erlerntes Verhalten zurückzuführen. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 21f) Dies wäre ein möglicher Aspekt, der dafür sprechen könnte, die DBT bei Personen, die

computerspielsüchtig sind einzusetzen bzw. Potentiale und Konzepte aus der DBT herauszuarbeiten, die für computerspielsüchtige Personen zur Anwendung kommen könnten. Eine Weiterentwicklung der DBT, die sogenannte DBT-S, die speziell für Personen mit einer Substanzabhängigkeit und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde, soll in dieser Diplomarbeit zusätzlich herangezogen werden, um Potentiale und Konzepte aus der DBT im Zusammenhang mit Computerspielsucht herauszuarbeiten.

Somit soll in dieser hermeneutisch-systematischen Arbeit der folgenden Forschungsfrage nachgegangen werden:

Welche Potentiale und Konzepte beinhaltet die dialektisch-behaviorale Therapie im Zusammenhang mit Computerspielsucht?

Die Diplomarbeit soll in drei große Abschnitte gegliedert werden, wobei die ersten beiden Abschnitte grundlegendes Wissen, Theorien und spezielle Themen im Hinblick auf die Forschungsfrage beinhalten und der dritte Abschnitt der Diplomarbeit der eigentlichen Beantwortung der Forschungsfrage nachgeht. Der erste Teil der Diplomarbeit ist dem Thema Computerspielsucht gewidmet und behandelt neben einer Begriffsklärung und Einordnung des Phänomens auch Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Computerspielsucht sowie therapeutische Möglichkeiten und präventive Ansätze. Der zweite Teil dieser Arbeit legt den Fokus auf die dialektisch-behaviorale Therapie und gibt genaues Grundlagenwissen zur Verhaltenstherapie als Basistherapieausrichtung und zur Borderline-Persönlichkeitsstörung wieder, bevor im Anschluss daran die genaue Behandlungsform der dialektisch-behavioralen Therapie sowie die spezielle Weiterentwicklung für Personen mit Substanzabhängigkeit gemeinsam mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erklärt wird. Im letzten großen Abschnitt der Diplomarbeit sollen nun diese beiden Themen zusammengeführt betrachtet werden und damit einhergehend Potentiale und Konzepte der dialektisch-behavioralen Therapie bezogen auf Computerspielsucht herausgearbeitet werden. Ziel dieser Diplomarbeit ist es, die Potentiale und Konzepte der dialektisch-behavioralen Therapie für Personen mit Computerspielsucht soweit herauszuarbeiten, dass durch eine mögliche Adaption dieser Therapieform erste Ansätze für ein therapeutisches Manual für die Therapie von

computerspielsüchtigen Personen entstehen können. Nach jedem der drei Abschnitte der Diplomarbeit soll eine kurze Zusammenfassung noch einmal auf den Punkt bringen, was am jeweiligen Kapitel wesentlich für das vorliegende Diplomarbeitsthema ist. Ein abschließendes Kapitel soll einen Ausblick auf weiterführende Ansätze, die im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelbar sind beinhalten und auch einige persönliche Stellungnahmen der Autorin widerspiegeln. So soll es mit dieser Arbeit gelingen, einen kleinen wissenschaftlichen Beitrag zum Thema Computerspielsucht zu leisten, um ein Stück weit zur momentanen noch sehr lückenhaften wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema beizutragen und somit einen kleinen Teil dieser Lücke aufzufüllen.

2 Computerspielsucht

Dieser erste Abschnitt der Diplomarbeit soll einen genauen Einblick in das Themenfeld der Computerspielsucht geben und den Stand der Literatur über dieses Thema aufzeigen. Einführend soll im Kapitel zur begrifflichen Definition von Computerspielsucht klargestellt werden, was unter Computerspielsucht im Rahmen dieser Arbeit verstanden wird. Weiters soll der dahinterstehende Begriff der Verhaltenssucht geklärt werden und ein Einblick in den bisherigen Forschungsstand gegeben werden. Um grundsätzlich verstehen zu können, warum das Phänomen Computerspielsucht existiert, sollen im Kapitel 2.3. Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Computerspielsucht Platz finden. Die Frage nach bisherigen therapeutischen Möglichkeiten dieses Phänomens soll im nachfolgenden Kapitel 2.4. geklärt werden. Einen kurzen Einblick in erste Präventionsansätze soll diesen Überblick über das Thema Computerspielsucht abrunden.

2.1 Begriffsklärungen und Definitionen

Wie wird der Begriff Computerspielsucht bei unterschiedlichen Autoren verwendet und definiert? Dies soll die Ausgangsfrage des folgenden Kapitels zur begrifflichen Klärung von Computerspielsucht sein. In diesem ersten Kapitel soll nicht nur eine Antwort auf die eben gestellte Frage gegeben werden, sondern auch klar festgelegt werden, welche Begriffsdefinition für die vorliegende Diplomarbeit Verwendung finden wird und warum diese Definition für die Arbeit primäre Relevanz hat.

2.1.1 Internet- und Computerspielsucht

Im Rahmen einer Literatursichtung, die das Themenfeld der Computerspielsucht umfasst, fällt rasch ins Auge, dass diverse Autoren unterschiedliche Definitionen und Sichtweisen über den Begriff der Computerspielsucht und dessen Einordnung aufzeigen, über die es gilt, sich eine Übersicht zu verschaffen.

Im Folgenden wird eine Eingrenzung und Definition der in der Arbeit verwendeten und für die vorliegende Arbeit wichtigen grundlegenden Begrifflichkeiten zum Thema Computerspielsucht, eine Definition dieser sowie eine Einordnung des Phänomens erfolgen. Dies ist nicht nur wichtig, um Klarheit in Bezug auf die Wortbedeutung wichtiger Begriffe zu erlangen, sondern soll es ermöglichen, die Thematik näher einzugrenzen und sich so von nicht für die Diplomarbeit relevanten Begriffen abzugrenzen.

In einigen Quellen, wie unter anderem von Barth et al in der Publikation mit dem Titel *„Internet- und Computerspielsucht bei Jugendlichen“* (Barth, G. et al 2009; S. 35) wird die Thematik der Internet- und Computerspielsucht als ein zusammenhängender Begriffskomplex aufgegriffen und nicht als getrennt betrachtet. Andere Autoren (so unter anderem Klaus Wölfling in seinem Artikel *„Generation-@-Jugend im Balanceakt zwischen Medienkompetenz und Computerspielsucht“*) (Wölfling, K. 2008; S. 13) verwenden durchwegs den Begriff „Computerspielsucht“, sprechen in diesem Zusammenhang jedoch lediglich von Computerspielen, welche im Internet gespielt werden. Autoren wie Wölfling grenzen den Begriff der Computerspielsucht demnach von Offlinespielen ab. Auch Grüßer-Sinopoli und Thalemann beschäftigen sich in ihrem Buch *„Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe“* (Grüßer, S./Thalemann R. 2006;) mit derselben Thematik und vertreten hierzu die Meinung, Computerspielsucht werde unter dem weitläufigen Begriff der Computersucht subsummiert, dabei allerdings vorwiegend in Bezug auf Internetsucht in der Literatur dargestellt. (Vgl. ebd. S. 30) Bergmann und Hüther verwenden den Begriff *„Computersucht“* ebenso. (Bergmann, W./Hüther, G. 2006)

Es lässt sich erkennen, dass die Thematik Computerspielsucht nicht ohne Bezugnahme auf das Internet und damit einhergehend mit der Thematik der

Internetsucht dargestellt werden kann, da Computerspiele vielfach Online gespielt werden und diese in der Literatur Onlinespiele eine tragende Rolle haben. (Anm. der Autorin) Der Begriff „Internetsucht“ ist nur einer von vielen unterschiedlichen Bezeichnungen für das Phänomen, welches *„abhängiges Nutzungsverhalten in Bezug auf das Internet“* (Te Wildt, B. In: Batthyany, D./Pritz, A. 2009; S. 259) meint. Te Wildt gibt einen Überblick über die Vielfältigkeit der Bezeichnungen und zeigt unter anderem auf, dass hier noch keine Einheitlichkeit besteht. So fand beispielsweise Goldberg (1995) die Bezeichnung *„Internet Addiction Disorder“* passend, während Young (1996) von *„Pathological Internet Use (PIU)“* bzw. *„Internet Addiction“* spricht. Neuere Begrifflichkeiten im deutschsprachigen Raum sind *„Online-Sucht“* (Farke, 2003) oder *„Pathologische Internetnutzung“* (Kratzer, 2006) (Vgl. ebd.).

Kimberley Young, eine Wegbereiterin im Zusammenhang mit dem Thema Internetsucht unterscheidet im Rahmen von süchtigem Internetverhalten fünf verschiedene Formen, zu denen unter anderem auch Onlinespiele gezählt werden und deshalb an dieser Stelle angeführt werden:

1. *„Cybersexabhängigkeit*
2. *Abhängigkeit von virtuellen Gemeinschaften/Freundschaften in Chats und Internetforen*
3. *Zwanghafte Nutzung von Netzinhalten in Online-Spielen, Geschäften und Aktionen*
4. *Information-Overload im Zusammenhang mit der Nutzung von Datenbanken*
5. *Computerabhängigkeit im Hinblick auf Spielen und Programmieren unabhängig vom Internet“* (Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 258)

Grüßer und Thalemann, die den Begriff Computerspielsucht im Titel ihres Buches anführen (vgl. ebd.) gehen davon aus, der Begriff Computerspielsucht sei in erster Linie ein von den Medien verwendeter Begriff im Rahmen eines nicht enden wollenden Interesses von Seiten der Presse an dieser Thematik. (Vgl. ebd. S. 31) Weiters empfinden sie, ist *„die in den Pressebeiträgen stillschweigend vorausgesetzte Klarheit dieser Begrifflichkeit unter Experten und Wissenschaftlern*

aus verschiedenen Gründen bei weitem nicht einhellig akzeptiert.“ (ebd.) Diese Aussage über die vielfach nicht vorhandene genaue begriffliche Abgrenzung macht wiederum deutlich, wie wichtig eine Abgrenzung und Begriffsdefinition vor allem im wissenschaftlichen Rahmen ist.

In der vorliegenden Diplomarbeit soll Computerspielen sowohl im Onlinemodus als auch Offline verstanden werden und somit in Anlehnung an Barth, G. et al erfolgen. Barth, G. et al geben einen guten Überblick über alle „Tätigkeiten am PC mit Spielcharakter“ (Barth, G. et al 2009; S. 36), die auch für diese Diplomarbeit Relevanz haben:

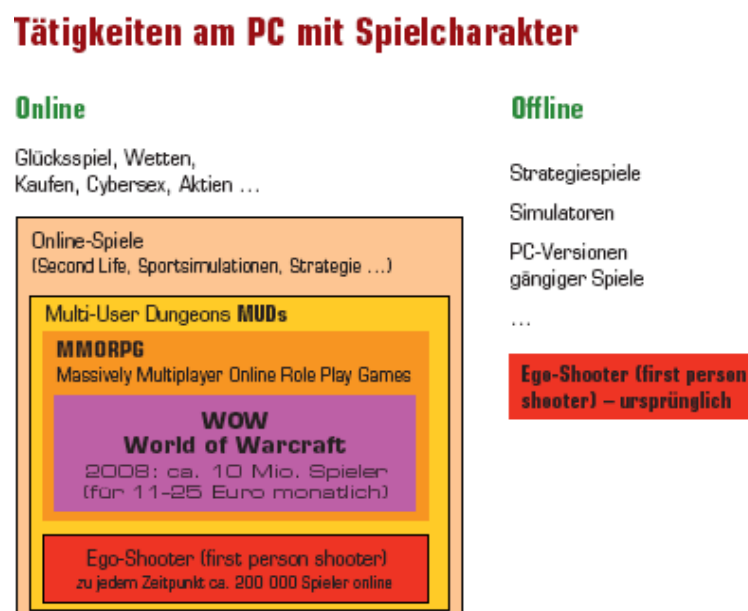


Abbildung 1: Unterteilung der Computerspiele

2.1.2 Verhaltenssucht

Ähnlich dem vorangegangenen Kapitel über die Klärung des Begriffes Computerspielsucht gibt es bei der Einordnung und Klassifikation unterschiedliche Betrachtungsweisen und eine Uneinheitlichkeit im wissenschaftlichen Diskurs. Die generelle Einordnung von exzessiv ausgeführtem Verhalten als Sucht und die damit einhergehende Bezeichnung „Verhaltenssucht“ ist bis dato im wissenschaftlichen Diskurs stark umstritten. (Vgl. Müller-Spahn, F. 2009; S. 118).

Die aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV beinhalten bisher keine diagnostischen Kriterien für Computerspielsucht und andere sogenannte Verhaltenssüchte. Dies führt dazu, dass unterschiedliche Verhaltenssüchte bis jetzt noch nicht diagnostiziert werden können. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 23) Müller-Spahn meint eine Klassifikation in die Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-V, die auf die derzeitigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV folgen werden, wäre angebracht: *„Bei der derzeit ausstehenden Ausarbeitung der ICD-11 und von DSM-V sollten die verschiedenen Verhaltenssüchte mitberücksichtigt werden.“* (Müller-Spahn, F. 2009; S. 118) Lediglich das pathologische Glücksspiel, welches als eine Verhaltenssucht bezeichnet werden kann (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, C. 2006; S. 113) ist im ICD-10 unter F63.0 *„abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“* (Dilling, H. et al 2005; S. 237) vorzufinden. Die Diagnose „Computerspielsucht“ könnte daher nur in Anlehnung an das pathologische Glücksspiel erfolgen, was Grüßer und Thalemann als problematisch ansehen. Sie argumentieren wie folgt: *„Die Einordnung des pathologischen (Glücks) Spiels und der anderen Formen exzessiven belohnenden Verhaltens unter die Störungen der Impulskontrolle erweist sich jedoch als unzureichend und kann verhindern, dass in der Praxis geeignete Elemente aus der Behandlung suchtkranker Patienten in der Therapie angewendet werden.“* (Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 23) Die beiden Autoren argumentieren besonders damit, dass durch eine ungeeignete Klassifikation falsche Behandlungsansätze resultieren können. Dennoch hat sich im Sommer 2007 die American Psychiatric Association dagegen entschieden, Computerspielsucht in die nächste Fassung des DSM aufzunehmen und somit auch die über das Maß hinaus gehende Nutzung des Computers nicht als Sucht akzeptiert. (Wiemken, J. 2009; S. 79)

Ähnlich problematisch finden die Tatsache, Computerspielsucht in Anlehnung an das pathologische Glücksspiel zu diagnostizieren, auch Hahn und Jerusalem. Die beiden Autoren verfolgen die Idee Computerspielsucht als *„spezifische Form technologischer Süchte“* (Hahn, A./Jerusalem, M. 2001; S. 4) aufzunehmen. Weiters sehen sie Computerspielsucht als *„eine moderne Verhaltensstörung und eskalierte Normverhaltensweise im Sinne eines excessiven und auf ein Medium ausgerichteten Extremverhalten (...)“* (ebd.)

Im Rahmen dieser Diplomarbeit soll beim Thema Computerspielsucht der Suchtbegriff als zentral gelten und in Anlehnung an die Bezeichnung von Grüßer und Thalemann gelten. Computerspielsucht gehört nach Ansicht der beiden Autoren zu den Verhaltenssüchten, deren gemeinsames Merkmal *„die exzessive Ausführung des Verhaltens, also eine Ausführung über das normale Maß hinaus“* (Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 19) ist. Verhaltenssüchte, die auch als stoffungebundene bzw. nichtstoffgebundene Süchte bezeichnet werden können, unterscheiden sich somit von sogenannten stoffgebundenen Süchten, bei denen die Suchterkrankung auf die Einnahme einer oder mehrerer psychotroper Substanzen zurückzuführen ist. Der Effekt tritt bei Verhaltenssüchten durch biochemische Änderungen im menschlichen Organismus, welche durch häufig wiederkehrendes belohnendes Verhalten verursacht werden, zu Tage. (Vgl. ebd.) In der Literatur werden unterschiedliche Verhaltenssüchte angeführt. Verhaltenssüchte, die in der wissenschaftlichen Literatur einen hohen Stellenwert haben und in diesem Zusammenhang oft erwähnt werden sind das pathologische Glücksspiel, Sexsucht, Arbeitssucht, Sportsucht, Kaufsucht, Esssucht und Mediensucht. (Vgl. Poppelreuter, St./Gross, W. 2000; Grüßer, S./Thalemann, R. 2006;) Weitere Ausführungen zum Thema Verhaltenssucht finden sich unter anderem von Werner Gross zur Sekten-/Esoteriksucht (Gross, W. In: Poppelreuter, St./Gross, W. 2000; S. 281) oder zur Problematik der Sucht nach Macht von Paul Parin. (Parin, P. In: Batthyany, D./Pritz, A. 2009; S. 325)

Betroffene weisen analoge Verhaltensweisen und dahingehend entsprechend vergleichbare Folgen bezogen auf Personen mit einer Substanzabhängigkeit auf. Sowohl beim Konsum von psychotropen Substanzen als auch bei der exzessiven Ausführung von Verhaltensweisen geht es darum, dass *„schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustrationen, Ängsten und Unsicherheiten reguliert beziehungsweise verdrängt werden.“* (Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S.25) Hierbei erfüllt das exzessiv durchgeführte Verhalten in der selben Weise wie bei der Einnahme psychotroper Substanzen die Rolle von Stressbewältigung. Im Laufe der Zeit wird immer mehr „verlernt“, wie adäquat mit der Lösung von Problemen umgegangen wird. Eine Auseinandersetzung mit auftretenden Problemen rückt somit in den Hintergrund und anstelle dessen wird wiederum das jeweilige exzessive Verhalten ausgeführt. (vgl. ebd.) Im Laufe der krankhaften

Verhaltensentwicklung dient das Verhalten als eine Art Selbstmedikation, wie Grüßer und Thalemann beschreiben: *„Psychische Belastungen und Stressoren wie belastender Alltag, Ängste, Einsamkeit, Schüchternheit, Langeweile, Versagenserlebnisse, Gruppendruck oder schwierige Entwicklungsprozesse sollen auf diese Weise reduziert werden.“* (ebd. S. 26)

Grüßer und Thalemann, die sich eingehend mit der Thematik der Verhaltenssucht beschäftigt haben, führen wesentliche Merkmale der Verhaltenssucht an, die an dieser Stelle angeführt werden, um einen Überblick hinsichtlich der Kriterien zu geben:

- *„Verhalten wird über einen längeren Zeitraum (mind. 12 Monate) in einer exzessiven, von der Norm und über das Maß hinaus (z.B. Häufigkeit) abweichenden Form gezeigt*
- *Kontrollverlust über das exzessiv ausgeführte Verhalten (Dauer, Häufigkeit, Intensität, Risiko)*
- *Belohnung (das exzessive Verhalten wird als unmittelbar belohnend empfunden)*
- *Toleranzentwicklung (das Verhalten wird länger, häufiger und intensiver durchgeführt, um den gewünschten Effekt zu erhalten, bei gleichbleibender Intensität und Häufigkeit des Verhaltens bleibt der gewünschte Effekt aus)*
- *Anfänglich belohnendes Verhalten wird im Verlauf der Suchtentwicklung als zunehmend unangenehm empfunden*
- *Unwiderstehliches Verlangen, das Verhalten ausüben zu wollen/zu müssen*
- *Funktion (das Verhalten wird vorrangig eingesetzt, um die Stimmung/Gefühle zu regulieren)*
- *Wirkungserwartung (Erwartung eines angenehmen/positiven Effektes durch die exzessive Verhaltensausführung)*
- *Eingeengtes Verhaltensmuster (gilt auch hinsichtlich Vor- und Nachbereitung des Verhaltens)*
- *Gedankliche Beschäftigung mit der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des exzessiven Verhaltens und unter Umständen den antizipierten (erwarteten) Folgen der exzessiven Verhaltensdurchführung*

- *Irrationale, verzerrte Wahrnehmung bezüglich verschiedener Bereiche des exzessiven Verhaltens*
- *Entzugerscheinungen (psychische und physische Entzugerscheinungen)*
- *Fortsetzung des exzessiven Verhaltens trotz schädlicher Folgen (gesundheitlich, beruflich, sozial)*
- *Konditionierte Reaktionen (treten bei Konfrontation mit internalen (...) und externalen (...) Reizen auf, die mit dem exzessiven Verhalten assoziiert sind (...))*
- *Leidensdruck“ (ebd. S. 27)*

Diese Aspekte spiegeln wieder, wie zutreffend eine Klassifikation als Verhaltenssucht ist. Dies ist nicht nur auf den in der vorliegenden Arbeit einleitenden Ausspruch von Paracelsus zurückzuführen. Auch Gebattel erkannte bereits im Jahr 1954, dass jedes menschliche Interesse süchtig machen kann. (Vgl. Müller-Spahn, F. 2009;)

2.2 Forschungsstand

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand des Themas Computerspielsucht gegeben werden. Da für das Thema Computerspielsucht auch das Internet relevant ist, sollen auch Forschungsansätze über Internetsucht in diesem Abschnitt der Diplomarbeit Platz finden sowie eine kurze Darstellung über das generelle Nutzungsverhalten im Bezug auf Computerspiele.

Angesichts der fehlenden Klassifikation von Computerspielsucht hat die American Medical Association (AMA) global dazu aufgefordert, „*Computerspiel- und Internetabhängigkeit eingehend zu untersuchen um entscheiden zu können, ob das Krankheitsbild in der nächsten Revision des DSM im Jahr 2012 berücksichtigt werden kann.*“ (American Medical Association 2007. In: Rehbein, F. et al 2009; S. 41) Auch Mörsen weist in ihrem Bericht der Niedersächsischen Suchtkonferenz 2008 darauf hin, dass der Vergleich einzelner Studien zur Prävalenz der Internet- und Computerspielsucht sich aufgrund der fehlenden einheitlichen Klassifikation und

Nomenklatur als schwierig erweist und es daher auch kein homogen gültiges Instrumentarium zur Messung der Prävalenzraten gibt. Zudem gibt es bis dato allgemein nur sehr wenige Studien. Mörsen berichtet in diesem Zusammenhang von beträchtlichen Schwankungen der Prävalenz im Bereich von 3-66% die allgemeine Computerabhängigkeit betreffend. Studien die Computerspielsucht von Kindern und Jugendlichen untersuchen, zeigen Prävalenzraten von 6-9% auf. (Vgl. Mörsen, Ch. 2009; S. 41) Grüßer geht ebenfalls auf die schlechte Datenlage bei Computerspielsucht ein und meint, im deutschsprachigen europäischen Raum fehle eine wissenschaftlich gesicherte Grundlage an Forschung. (Grüßer, S. et al 2005; S. 2) Genauer argumentieren die Autoren dazu wie folgt: *„So mangelt es in diesem Bereich bislang vor allem an Daten zu Stellenwert, Art und Umfang der Computernutzung, um die bislang sehr diffuse Behauptung einer Gefährdung durch die „exzessive“ Computernutzung bei Kindern und Jugendlichen näher charakterisieren zu können.“* (ebd.)

Eine in Deutschland durchgeführte, groß angelegte Studie zu allgemeinen Mediennutzung von 6- bis 13-Jährigen untersucht diese von Grüßer et al bemängelte Thematik der Computernutzung und soll an dieser Stelle kurz dargestellt werden. Die KIM-Studie (Kinder+Medien, Computer+Internet) aus dem Jahr 2006, durchgeführt vom Medienpädagogischen Forschungsverbund Südwest ist eine Langzeitstudie, für die 1203 Kinder und deren Erziehungspersonen untersucht wurden. Kinder wurden mittels Interviews befragt, Erziehungsberechtigte erhielten einen Fragebogen mit jeweils einem gleichen Fragenteil und einem unterschiedlichen Fragenteil bei Kindern im Vergleich zu den Eltern. (Vgl. Feierabend, S. et al 2007; S. 3) Im Rahmen dieser Studie wurden die beliebtesten Freizeitaktivitäten dieser Altersgruppe befragt. Hierbei ist erkennbar dass Videospiele bzw. das Spielen mit einer Spielkonsole bereits an vierter genannter Stelle rangiert. Ein Viertel der untersuchten Kinder verbringt jeden bzw. beinahe jeden Tag vor dem Computer und 43% der befragten Kinder nutzen regelmäßig Videospiele bzw. eine Spielkonsole, wie folgende Grafik zeigt:



Abbildung 2: Freizeitaktivitäten 2006

Spielen gehört zu den am meisten genannten Betätigungen am Computer. Einmal wöchentlich spielen 63% der befragten Kinder alleine, 52% mit anderen Personen. (Vgl. ebd. S. 32) Ein Fünftel der Kinder spielt täglich bzw. beinahe täglich, jeder Sechste spielt länger als 60 Minuten pro Tag. Die folgende Grafik soll diese Zahlen verdeutlichen:

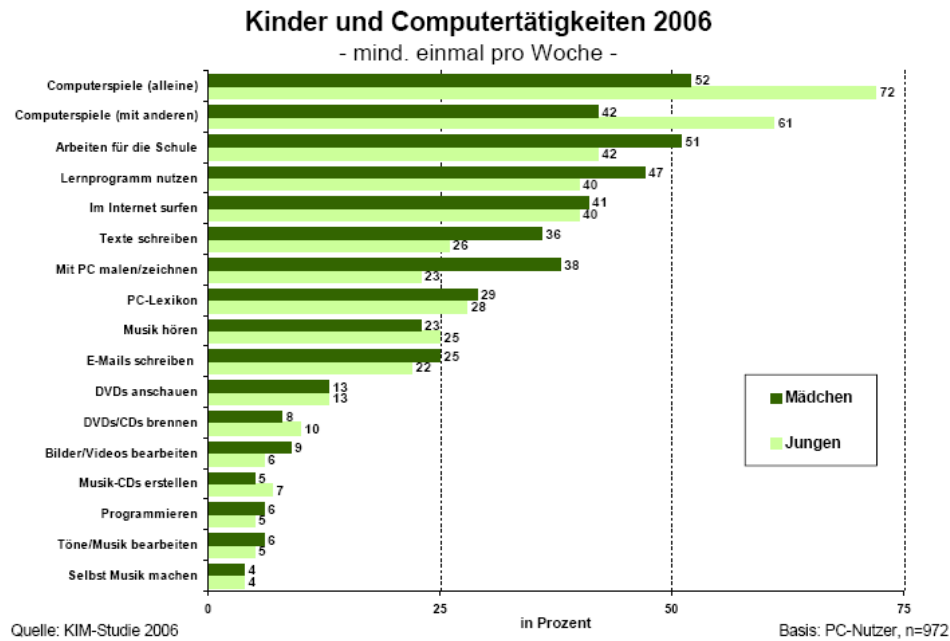


Abbildung 3: Computertätigkeiten 2006

Spannend ist im Hinblick auf das Gefährdungspotential bei Jugendlichen auch das Ergebnis, von welchen Personen die untersuchten Kinder Computerspiele beziehen. 61% der Befragten haben ein Spiel von ihrem Vater geschenkt bekommen, 58% von der Mutter. 47% kaufen Spiele von ihrem eigenen Geld, ein Viertel aller Spiele wird geborgt bzw. geliehen und ist nur einen bestimmten Zeitraum im Besitz der Kinder. (Vgl. ebd. S. 34)

Rehbein et al untersuchten Computerspielsucht im Kindes- und Jugendalter im Rahmen einer deutschlandweiten Schülerbefragung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen 2007 und 2008, bei der sie mit einer von ihnen entwickelten Computerspielabhängigkeitsskala arbeiteten, welche unter Rücksichtnahme der Kriterien für pathologisches Spielen des ICD-10 erstellt wurde. (Vgl. Rehbein, F. et al 2009; S. 1) Insgesamt wurden 15.168 Schüler der neunten Schulstufe zur Computerspielsucht befragt. Ergebniss nach Befragung mit der Computerspielabhängigkeitsskala „KFN-CSAS-II“ war, dass 2,8% der Befragten als gefährdet, abhängig zu werden, und 1,7% als abhängig eingestuft werden können. (Vgl. ebd. S. 20) Rehbein et al schließen daraus, „dass in Deutschland allein in dem betreffenden Altersjahrgang etwa 23.600 Jugendliche gefährdet sind, eine

Computerspielabhängigkeit zu entwickeln. Weitere 14.300 Jugendliche erfüllen bereits die Kennzeichen einer Computerspielabhängigkeit“. (ebd. S. 22)

Grüßer et al führten eine im Jahr 2005 erschienene Studie zur exzessiven Nutzung von Computer- und Videospielen an 323 Kindern im Alter zwischen 11 und 14 Jahren an Berliner Grundschulen durch. (Vgl. Grüßer et al 2005; S. 2) Auch Grüßer et al entwickelten einen Fragebogen angelehnt an die Kriterien für das pathologische Glücksspiel des ICD-10, den sogenannten *„Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern“* (CSVK) (ebd. S. 9). Neben dem Computerspielverhalten wurden auch andere Bereiche wie beispielsweise Fernsehen, Familie oder Drogen sowie psychologisch wichtige Daten zum Selbstwert oder zu Problemlösungsstrategien erhoben. (vgl. ebd.) Dabei konnte festgestellt werden, dass 9,3% aller befragten Kinder die Kriterien für exzessives Spielen erfüllen. Zudem hat sich gezeigt, dass diese Gruppe an Kindern einen erhöhten Fernsehkonsum, eine gesenkte Konzentrationsfähigkeit und eine schlechte Problemlösekompetenz zeigt. (Vgl. ebd. S. 2)

In Österreich ist die Datenlage zur Prävalenz von Computerspielsucht bei Weitem weniger ausgereift als in der Bundesrepublik Deutschland. Poppe hat im Rahmen einer Dokumentation des 3. Symposiums zum Thema *„Cyberspace in Schule und Kinderzimmer“* eine Schätzung – jedoch im Zusammenhang mit Internetsucht - ausgesprochen. (Vgl. Poppe, H. 2008; In: Lehner, F. (Hrsg.) 2008; S. 8) Er hält sich dabei an Richtwerte aus den umliegenden Ländern Deutschland und Schweiz und berichtet wie folgt: *„Ausgehend von den geringsten Prozentsätzen (...) internationaler deutschsprachiger Studien, 3% in Deutschland (...), 2,3% in der Schweiz (...), sind in Österreich hochgerechnet zwischen 80.000 und 120.000 ab vierzehn Jahren aktuell internetabhängig.“* (ebd.)

Anhand der gesichteten Datenlage - vor allem im Bereich Computerspielsucht – zeigt sich, dass weitere Forschung auf diesem Gebiet unumgänglich ist und als notwendig erachtet werden kann. Grundlage dafür muss eine gesicherte Ausgangsbasis im Hinblick auf die Klassifikation sein. Speziell zur Prävalenz von Computerspielsucht besteht dringender Bedarf an Ergebnissen aus Österreich, um ausgehend davon weitere Forschung betreiben zu können.

2.3 Entstehung und Aufrechterhaltung

In diesem Kapitel wird der Frage nach der Entstehung und Aufrechterhaltung von Computerspielsucht nachgegangen. In einem ersten Schritt soll erläutert werden, was Reiz, Motivation und Faszination von Computerspielen ausmacht, da ohne diese Aspekte Computerspielsucht nicht entstehen könnte. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels stehen unterschiedliche Modelle, welche Entstehung und Aufrechterhaltung erläutern, im Vordergrund. Hierbei wird zwischen lerntheoretischen Modellen, dem homöostatischen Modell und integrativen Modellen, welche sich aus unterschiedlichen Modellen zusammensetzen, unterschieden. In diesem Zusammenhang erscheint wichtig zu erklären, dass diese Modelle nur exemplarisch dargestellte Modelle für Entstehung und Aufrechterhaltung von Computerspielsucht darstellen und auch hier die Datenlage noch nicht vielfältig genug erscheint, um an dieser Stelle vergleichbare Theorien von unterschiedlichen Autoren anzuführen. Grüßer und Thalemann, R. bzw. Grüßer und Thalemann, C. scheinen sich im deutschsprachigen Raum besonders intensiv mit dieser Thematik auseinandergesetzt zu haben und bilden daher die Grundlage für die dargestellten Theorien in diesem Kapitel.

2.3.1 Die Faszination des Spiels

Bereits Sigmund Freud hat sich mit Spieltheorien auseinandergesetzt und besonders auf die wunscherfüllende Aufgabe des Spieles verwiesen. Im Spiel wird es möglich der Realität zu entfliehen, Dinge auszuführen und moralische Schranken zu übertreten, welche im realen Leben als verboten gelten. Das Spiel untersteht dem sogenannten „Lustprinzip“. Durch das Spielen allgemein wird es realisierbar, nicht erfüllte Triebwünsche zu durchleben und sich dadurch frei von Angst zu machen. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 17) Hüther und Bergmann führen in ihr Buch über Computerspielsucht mit Worten über diese bereits von Freud aufgegriffene Realitätsflucht im Spiel ein und bemerken auf sehr poetische Art und Weise, wie fremd diese Welten im Vergleich zur realen Welt, dem sogenannten „real life“ sind: *„Sie (Computerwelten, Anm. d. Autorin) lassen*

fantastische Welten auf dem Monitor entstehen, dringen in die Tiefen des Mikrokosmos, befreien sich mit einem Schlag daraus und fliegen hoch hinaus, erzeugen magische Bildbewegungen von jener Grenzenlosigkeit, die wir im Universum vermuten.“ (Bergmann, W./Hüther, G. 2006; S. 13)

Beschreibungen über das wohl bekannteste Online-Computerspiel „World Of Warcraft“ (WOW) lassen die Worte von Bergmann und Hüther sehr gut nachvollziehen und stellen dar, was den Reiz eines Computerspieles ausmacht und wie daraus eine Sucht entstehen kann. „World Of Warcraft“ ist ein sogenanntes MMPORG (Massively Multiplayer Online Roleplaying Game), bei dem Spieler in einer fiktiven Welt namens Azeroth, welche aus zwei unterschiedlichen Kontinenten besteht, mit ihrem eigens erstellten Avatar (Spielfigur) agieren. (Vgl. World Of Warcraft 2007. In: Grünbichler, B. 2008; S. 19f) Mehrere tausende Spieler befinden sich zu jeder Tageszeit gleichzeitig mit ihrem Avatar im Spiel, entwickeln diesen weiter und gründen mit anderen Spielern Clans, sogenannte Gilden. Entwickelt man seinen Avatar, so muss man sich entscheiden, welchem Kontinent man angehören möchte, denn deren Bewohner kämpfen schließlich gegeneinander und ringen um Macht. Aber auch diverse andere Aufgaben wie beispielsweise das Säubern eines Brunnens, Briefe abliefern etc. müssen erledigt werden. Spieler beginnen mit der Stufe eins und können sich bis zur Stufe achtzig hochspielen, wobei bei höherer Stufe die Aufgaben schwerer zu bestehen sind. Ein sehr wesentlicher Aspekt an „World Of Warcraft“ ist die Tatsache, dass es in diesem Spiel kein Ende gibt. Es ist jederzeit möglich zu spielen und es werden laufend neue Möglichkeiten und Inhalte kreiert. Durch das Zusammenfinden in Gilden ist es zudem notwendig, zu vereinbarten Zeitpunkten Online zu sein.

Zusammengefasst können einige Aspekte genannt werden, welche die Faszination für dieses Spiel ausmachen: Ein wesentliches Motiv ist das Zusammenspielen mit anderen Personen in einer einzigartigen Welt, der dazugehörige Austausch miteinander und die Erfolgserlebnisse in der Gilde. Ist man erfolgreich, so wird dies auch belohnt, man erhält weitere Punkte und kann seinen Avatar weiterentwickeln. Es kommt zu Aktivierung des Belohnungssystems und dahingehend wächst die Motivation weiterzuspielen. Weiters wird es im Spiel ermöglicht, sich mit anderen Personen zu messen. (Vgl. Grundewald, M. In: Hardt,

J. et al 2009; S. 58ff) World Of Warcraft gilt in der Literatur als „Synonym für Computerspielsucht“ (Graf, T. 2009. In: Hardt, J. et al 2009; S. 32) Spieler sprechen hierbei von einer Sogwirkung, die „World Of Warcraft“ auf Menschen haben kann. Graf zitiert einen siebzehn Jahre alten Spieler, der in einem Onlineforum folgende Aussage tätigt: *„Sogar ganze Familien sind dem Spiel (...) verfallen, Vater, Mutter, Kinder... Es ist wie eine Seuche, die einen von innen auffrisst. Man weiß es, man weiß es, dass es einen zerstört, man kann nicht mehr davon weg.“* (ebd. S. 32)

2.3.2 Der Lerntheoretische Ansatz

Vorneweg erscheint wichtig festzuhalten, dass die Entstehung von Computerspielsucht nicht nur einem ursächlichen Phänomen zuzuschreiben ist. Vielmehr sind es unterschiedliche Faktoren wie Gefühle, Gedanken, Erwartungen oder körperliche Prozesse, die zur Entstehung dieser Suchterkrankung beitragen können. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 39)

Dem lerntheoretischen Ansatz als einen möglichen Ansatz für Entwicklung und weiteres Bestehen einer Computerspielsucht geht die Annahme voraus, dass die Ausübung von süchtigem Verhalten gelernt wird. Diese Lernprozesse sind die Grundlage für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht. In erster Linie werden in der Literatur das Lernen am Modell und den erlernten positiven Suchtmittelerfahrungen (klassische und operante Konditionierung) in diesem Zusammenhang Aufmerksamkeit geschenkt. Gerade das Modell der klassischen Konditionierung erwies sich als ein wesentlicher Beitrag, Phänomene wie die Entstehung von Computerspielsucht besser verstehen zu können. (Vgl. ebd. S. 44f) Grüßer und Thalemann beschreiben die Funktionsweise der klassischen Konditionierung am Beispiel der Computernutzung wie folgt:

„So können zuvor neutrale Reize, zum Beispiel externale Stimuli wie der Anblick eines Computers (...) oder internale Reize wie bestimmte Gefühlszustände und Stresssituationen, mit dem Suchtverhalten und/oder der Suchtmittelwirkung assoziiert werden. Bei mehrfacher Verknüpfung der Reize mit dem Suchtverhalten können diese vormals neutralen Reize dann als erlernte (konditionierte) suchtmittelassozierte Reize einen motivationalen Zustand als erlernte

(konditionierte) Reaktion auslösen, der zum Suchtmittelverlangen und zum erneuten Suchtverhalten (...) führt.“ (ebd.) Es lässt sich erkennen, dass schon allein der Anblick eines Computers mit süchtigem Verhalten in Verbindung gebracht werden kann. Bei wiederholter Ausübung dieses Vorganges kann es in weiterer Folge dazu kommen, dass der früher neutrale Reiz (der Anblick des Computers) ein erlernter Reiz wird, der dann zum wiederholten Verlangen, den Computer zu betätigen, wird. (Anm. d. Autorin)

Einen weiteren möglichen lerntheoretischen Erklärungsansatz liefert das Modell der operanten Konditionierung. Am Beispiel des Computerspiels geht es bei diesem Modell um angenehme Effekte, die durch die Ausübung eines Verhaltens (wie beispielsweise dem Computerspielen) auftreten. Diese Effekte wirken als sogenannte positive Verstärker auf das Verhalten. In weiterer Folge wirkt dieses Verhalten wiederum verstärkend, wenn Entzugssymptome auftreten und diese durch erneutes Computerspielen vermindert bzw. behoben werden können. So kann es zu einer fortwährenden Wiederholung des Verhaltens kommen. Bei diesem Prozess wird dem „verhaltensveränderndem Belohnungssystem“ eine tragende Rolle zugeschrieben. (Vgl. ebd.)

Das dritte lerntheoretische Modell – das Modelllernen – geht von der Annahme aus, dass ein bestimmtes Verhalten durch Nachahmung erlernt werden kann. Hierbei spielen die Erziehungsberechtigten bzw. in einem Haushalt lebenden Personen - sollten diese ebenfalls exzessiv Computerspielen - eine tragende Rolle bei der Entstehung von Computerspielsucht. (Vgl. ebd.)

2.3.3 Das homöostatische Modell

In Anlehnung an das „Cognitive Model of Substance Abuse“, welches Wright et al in ihrem Artikel „Cognitive Therapy of Substance Abuse: Theoretical Rationale“ (Wright, F. et al 1997) vorstellen, haben Grüßer und Thalemann das homöostatische Modell als einen möglichen Erklärungsansatz für die Entstehung von Computerspielsucht entwickelt, welches im folgenden Kapitel kurz dargestellt werden soll.

Das homöostatische Modell basiert auf einem biochemischen Gleichgewicht im Körper ausgehend von Wohlbefinden und Erfüllung, nach welchem Menschen streben. Das bedeutet, der Mensch sucht immerfort nach einem Gleichgewicht (einer Homöostase), auch wenn er durch unterschiedliche Stresssituationen dazu gezwungen wird, seinen Körper kurzfristig aus dieser Balance zu bringen. Wesentlich für die Entwicklung einer Suchterkrankung ist die Tatsache, dass jegliches Verhalten, welches es ermöglicht, das biochemische Gleichgewicht zu erreichen, belohnend ist. So kann es dazu führen, dass durch Drogenkonsum (bzw. durch die Ausübung eines Verhaltens) negative Gefühle, wie beispielsweise Stress erstickt werden können und somit das Belohnungssystem aktiviert wird. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 41f) Anders gesagt wird *„wenn ein (stark) belohnendes Verhalten ausgeführt und als positiv empfunden wird (sei es durch die Beseitigung unangenehmer Gefühlszustände oder die Herstellung eines positiven „Kick“-Gefühls), das Belohnungssystem im Gehirn aktiviert.“* (ebd. S. 42) Wesentlich ist hierbei zu nennen, dass bei wiederholtem positiven Effekt durch Einnahme einer Substanz bzw. Ausführung eines bestimmten Verhaltens eine Toleranzentwicklung stattfindet und die betroffene Person das jeweilige Verhalten oder die jeweilige Substanz verstärkt einsetzen muss, um das homöostatische Gleichgewicht zu erreichen. (Vgl. ebd.)

2.3.4 Integrative Modelle

Grüßer und Thalemann weisen in ihrem Buch „Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe.“ (ebd.) kurz auf ein weiteres Modell zur Entstehung von Computerspielsucht hin. Das sogenannte „integrative Modell“ vereint sowohl lerntheoretische als auch neurobiologische Erklärungsansätze und stellt die *„Erinnerung an die positive Suchtmittelwirkung als zentralen Motivator (Antrieb) für das süchtige Verhalten“* (ebd. S. 39) in den Mittelpunkt. Neurobiologische Grundlage dieses Ansatzes ist das sich im Gehirn befindliche Belohnungssystem, das Lust- und Unlustgefühle im Menschen auslösen kann und welches durch Botenstoffe wie Dopamin, Noradrenalin, Serotonin sowie durch im Körper entstehende eigene Opiate reguliert wird. In diesem Belohnungssystem wird die positiv empfundene Drogenwirkung (in diesem Fall Computerspielen, Anm. der Autorin) gespeichert.

Unterschiedliche Reize, die mit Substanzen oder einem bestimmten Verhalten in Verbindung gebracht werden, können ein Verlangen nach der Droge bzw. nach einem Verhalten auslösen und eine Person dahingehend motivieren, die Droge zu konsumieren bzw. ein gewisses Verhalten auszuführen. Bei wiederholtem Substanzkonsum bzw. Ausübung eines Verhaltens erhalten die mit der Droge oder dem Verhalten assoziierten Reize einen höheren Anreiz, woraus ein „konditionierter motivationaler Zustand“ (Grüßer, S./Thalemann, C. 2006; S. 35) resultiert. Reize, die in Zusammenhang mit einer „Belohnung“ erfahren wurden, werden auch als verstärkte Reize bezeichnet. Diese verstärkten Reize und auch damit in Verbindung stehende „assoziierte Reize“ führen dazu, dass angenehme Effekte erwartet werden. Resultieren die angenehmen Effekte wird an einen neutralen Reiz, wie beispielsweise ein bestimmtes Geschehen die positive Empfindung klassisch konditioniert. Der jetzt konditionierte Reiz wird als positiv gekennzeichnet. Dieser Vorgang kann auch als Anreizhervorhebung bezeichnet werden. (Vgl. ebd. S. 34f)

Wölfling und Müller sprechen ebenso von einem „*integrativen ätiologischen Modell zur Computerspielsucht*“ (Wölfling, K./Müller, K. In: Batthyany, D. 2008; S. 301), welches allerdings nicht konkret mit dem integrativen Modell in der Literatur von Grüßer und Thalemann, R. bzw. Grüßer und Thalemann, C. verglichen werden kann. Im integrativen Modell von Wölfling und Müller stehen in erster Linie die aufrechterhaltenden Faktoren von Computerspielsucht im Vordergrund. Dies sind vorwiegend Persönlichkeitsmerkmale, welche die beiden Autoren als Vulnerabilitätsfaktoren ausweisen. Hierzu zählen beispielsweise ein geringes Leistungsmotiv (davon ausgenommen ist die Tätigkeit des Computerspielens) und eine introvertierte Persönlichkeit. Mit diesem Set an unterschiedlichen Persönlichkeitsfaktoren werden im Laufe eines Lebens sowohl positive als auch negative Lernerfahrungen getätigt. Ist es einer Person nicht bzw. nur schwer möglich, mit negativen Lernerfahrungen adäquat umzugehen, so spricht man von einem defizitär ausgeprägtem Copingverhalten. Computerspielsüchtige weisen dieses defizitäre Copingverhalten auf, was bedeutet, dass zum Beispiel auf Stress weniger gut reagiert werden kann. Ein weiteres belastendes Moment ist die schwächer ausgeprägte soziale Kompetenz, welche bei Computerspielsüchtigen vermehrt festgestellt wurde. (Vgl. ebd. S. 301f) „*Konkret bedeutet dies, dass, wenn*

eine Risikoperson in der Schule in eine soziale Konfliktsituation gerät, sie diesen Konflikt zum einen selbstwertrelevant bewertet und zum anderen sich nicht in der Lage sieht, funktionelle Unterstützung in der sozialen Gruppe (...) zu besorgen (...)“ erklären Wölfling und Müller hierzu konkreter (ebd. S. 302) und gehen direkt auf die Situation eines Kindes bzw. Jugendlichen in der Schule ein. Finden derartige Vorgänge im schulischen Rahmen häufiger statt, so wird „Schule“ negativ interpretiert und die Risikoperson wendet sich Bereichen zu, die von positiven Verstärkern besetzt sind – dem Computerspielen. Beim Spielen erfährt die Person die in der Schule nicht stattfindende soziale Anerkennung, also einen sozialen Verstärker. Das Leben außerhalb dieser Computerspielwelt, das sogenannte „real life“ tritt immer mehr in den Hintergrund, Schule und andere Freizeitaktivitäten werden zunehmend vernachlässigt. Dadurch ist es möglich, dass Konflikte im familiären Rahmen entstehen, die Schulnoten schlechter werden und weitere Probleme entstehen und der Beginn einer Suchterkrankung erfolgt. (Vgl. ebd. S. 302f)

2.4 Therapiemöglichkeiten

Dieses Kapitel soll mögliche therapeutische Implikationen im Hinblick auf Computerspielsucht aufzeigen. Es sollen Therapieansätze aufgezeigt werden, welche dezidiert in der Literatur über Computerspielsucht zu finden sind. Ziel dieses Kapitels ist, einen Überblick über den bisherigen Stand der Literatur im Hinblick auf Therapiemöglichkeiten bei Computerspielsucht zu geben.

Wie auch in anderen Themenbereichen der Computerspielsucht, wie Entstehung und Aufrechterhaltung, Klassifikation oder Prävalenz scheint hier die aktuelle Forschung noch am Beginn zu stehen. Dies bedeutet im Hinblick auf die Therapie von Computerspielsucht, dass es bis dato noch keine evidenzbasierten Therapieempfehlungen gibt. (Vgl. Lampen-Inkamp, S./Te Wildt, B. In: Hardt, J. et al 2009; S. 128) Auch Pfeiffer, C. et al halten diese Tatsache fest und meinen wie folgt: *„Es mangelt an systematischer Forschung über Therapieansätze und Therapieerfolge sowie darüber, unter welchen Bedingungen die Betroffenen selber den Ausstieg aus der Sucht erreichen.“* (Pfeiffer et al 2007; S. 18) Pfeiffer, C. et al sprechen mit dieser

Aussage nicht nur die Tatsache an, dass Forschung im Hinblick auf die Therapie von Computerspielsucht fehle, sie betonen mit dieser Aussage auch, dass bestehende Forschung noch nicht systematisch erfolge und ein solches Vorgehen im Rahmen der Forschung forciert werden sollte.

Momentan werden in erster Linie psychotherapeutische Maßnahmen gesetzt, wobei hier der Schwerpunkt auf zwei große therapeutische Ausrichtungen, der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse liegt. (Vgl. Lampen-Imkamp, S./Te Wildt, B. In: Hardt, J. et al 2009; S. 128) Da sich diese Quelle jedoch aus Deutschland bezieht, wo nur drei therapeutische Richtungen anerkannt sind (psychodynamische, kognitiv-behaviorale und gesprächstherapeutische Verfahren) (Vgl. Kriz, J. 2005; S. 12) erscheint es hier wiederum schwierig, die Sachlage auf Österreich zu beziehen. Dennoch sollen diese Quellen an dieser Stelle herangezogen werden, da sie grundsätzlich wesentliche Informationen zur Thematik liefern. Bevor nun ein kurzer Einblick in verhaltenstherapeutische und psychoanalytische Möglichkeiten zur Behandlung von Computerspielsucht gegeben werden, sollen ein paar Eckpunkte für die Psychotherapie von Computerspielsüchtigen einen Überblick geben (Baier, S. 2008; S. 262)

PSYCHOTHERAPIE BEI ONLINESÜCHTIGEN: ECKPUNKTE		
Arbeit an der Selbstwirksamkeit • Innerhalb der Spielwelt – hier sollte der Spieler Raum haben, zu beschreiben, was ihn beim Spielen interessiert, inwiefern er erfolgreich ist, auf welchem Level er spielt, mit wem er vernetzt ist et cetera. • In der realen Welt – hier ist es bei exzessiven Spielern wahrscheinlich, dass die Triumphe im wahren Leben geringer sind. Woran sich die Frage knüpfen lässt, wie es zu solchen Unterschieden kommt, und ob der Spieler hier Probleme sieht, denen er eventuell mit dem Spielen ausweicht. • Verbesserung der Selbstwirksamkeit im realen Leben – hierin könnte zunächst ein	erreichbarer Arbeitsschwerpunkt bestehen, zunächst ohne das Spielverhalten zu problematisieren. Erst wenn sich zeigt, dass Veränderungen im realen Leben im Konflikt stehen, wird eine kritische Betrachtung sinnvoll.	Psychoedukation • „Vervielfältigen“ – auch für viele exzessive Spieler ist es einsichtig, wenn eine Lebenssituation von nur einer Tätigkeit bestimmt wird, sei es das Computerspielen, Fernsehen oder Telefonieren. Daraus lassen sich vielfach Änderungsmöglichkeiten entwickeln. • „Kokainrausch“ – das Gleichsetzen der emotionalen Haltung beim Computerspielen mit einem Kokainrausch kann Spielern prägnant vor Augen führen, inwiefern ihre Erwartungshaltung außerhalb der Computerwelt zu beständiger Enttäuschung führen muss und wo Veränderungen nötig sind, um im realen Leben mehr Erfolg zu haben.
Arbeit mit der Lebensperspektive • Selbst exzessive Spieler haben äußerst selten die Vorstellung, dass Computerspielen ihr Leben auch in der Zukunft so stark bestimmen soll und wird. Daraus lässt sich in der Therapie die Frage formulieren, wann eine Veränderung des Spielverhaltens beginnen soll.		

Abbildung 4: Psychotherapie bei Onlinesüchtigen

Anhand dieser Abbildung wird erkennbar, dass drei Aspekte in der Arbeit mit Computerspielsüchtigen wesentlich sind: die Arbeit an der Selbstwirksamkeit, die Arbeit mit der Lebensperspektive und die Psychoedukation. Im Bezug auf die

Selbstwirksamkeit sind Unterschiede zwischen der Spielewelt und der realen Welt herauszuarbeiten, um schließlich die Selbstwirksamkeit im sogenannten „real life“ verbessern zu können. Im zweiten wesentlichen Punkt der Arbeit mit Computerspielsüchtigen steht die Frage nach der Änderung des momentanen Spielverhaltens im Vordergrund. Psychoedukation als ein wesentlicher Begriff bei der Therapie von Computerspielsüchtigen meint einerseits das Aufzeigen des Rauschgefühls, welches beim exzessiven Computerspielen auftritt. Andererseits wird damit das Hervorheben von Enttäuschungen, welche das reale Leben in sich birgt und aufgrund der Sucht in sich bergen muss aufgezeigt sowie das Hinführen zu wesentlichen Schritten, die für eine Verhaltensveränderung notwendig erscheinen, ausgedrückt.

2.4.1 Verhaltenstherapeutische Methoden

Da die verhaltenstherapeutischen Methoden ihre Theorien und Modelle von der Lerntheorie übernommen haben, wird Computerspielsucht im Rahmen einer Verhaltenstherapie als eine Suchterkrankung eingestuft. Innerhalb der Verhaltenstherapie haben sich kognitiv-behaviorale Therapieansätze bei Computerspielsucht am meisten bewährt. Hierbei wird zwischen einem kognitiven und einem behavioralen Therapieanteil innerhalb der gesamten stattfindenden Therapie unterschieden. Während im kognitiven Anteil der Therapie der Fokus auf die Veränderung von Denkprozessen mit Krankheitswert gelegt wird, so wird im behavioralen Teil der Therapie die Aufmerksamkeit auf direkte Verhaltensveränderung fokussiert. (Vgl. Lampen-Imkamp, S./Te Wildt, B. In: Hardt, J. et al 2009; S. 128f) Lampen-Inkamp und Te Wildt beschreiben diese beiden Therapieanteile wie folgt: *„Der kognitive Therapieanteil setzt (...) auf die Analyse und Veränderung pathologischer Denkprozesse im Hinblick auf die Erkennung positiver Verstärker (virtuelle Belohnungen) und negativer Verstärker (reale Kränkungen). Der verhaltenstherapeutische Teil zielt mehr auf die konkrete Veränderung von Verhaltensweisen ab, wobei es vor allem darum geht, das pathologische Mediennutzungsverhalten durch positive Erlebnis- und Verhaltensweisen in der konkret-realen Umwelt zu ersetzen.“* (ebd.) So lässt sich zusammenfassen, dass im kognitiven Therapieanteil die Denkprozesse und deren

Untersuchung und Bearbeitung zentral sind, während im verhaltenstherapeutischen Anteil der Therapie die direkte Arbeit an der Verhaltensveränderung im Mittelpunkt steht. Im Zuge der Verhaltensveränderung sind positive Erlebnisse im realen Leben aufzuzeigen und von der/dem KlientIn durchzuführen, um so diese positiven Verhaltensweisen zu entdecken und zu erlernen.

Auch Hubert Poppe, welcher sich in Österreich zwar mit dem Thema Internetsucht beschäftigt, aber dennoch an dieser Stelle erwähnt werden soll, geht von einem verhaltenstherapeutischen Ansatz in der Therapie aus und stellt fest, mit diesem Ansatz Erfolge bei internetabhängigen Personen verbuchen zu können. Im therapeutischen Setting ist einerseits die individuelle Analyse des pathologischen Verhaltens vordergründig, andererseits ist auch eine Analyse der Interaktionsstrategien im realen Leben wesentlicher Bestandteil der Therapie. Weiters spricht Poppe davon, die gesunden Anteile der/des Erkrankten hervorzuheben und diese zu stärken, da dadurch eine Verminderung des exzessiven Verhaltens vereinfacht wird. Zusätzlich sollen alle Möglichkeiten forciert werden, die es dem Betroffenen erleichtern, ein „normales“ Verhalten in Bezug auf den Computer aufzuzeigen. (Vgl. Poppe, H. In: Lehner, H. (Hrsg.) 2008; S. 9)

Im Rahmen eines Modellprojektes an der Johannes Gutenberg Universität in Mainz wird verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppentherapie für Computerspielsüchtige angeboten. Das Angebot richtet sich vordergründig an Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene und beinhaltet zentrale verhaltenstherapeutische Aspekte, die auch mit den oben beschriebenen wesentlichen Gesichtspunkten vergleichbar sind. Einer dieser Punkte stellt eine Analyse des pathologischen Verhaltens und dessen aufrechterhaltenden Bedingungen dar. (Vgl. Wölfling, K./Müller, K. 2008; S. 132) *„So werden gedankliche, emotionale, körperliche und verhaltensbezogene Aspekte des Computerspielverhaltens der Betroffenen in einer „sekundengenauen“ Analyse beleuchtet.“* (ebd.) Wie auch Poppe erwähnen Wölfling und Müller, dass die Zeiten, die vor dem Computer verbracht werden, einen „normalen“ Zeitraum umfassen sollten und deklarieren dies auch als ein weiteres Ziel der Therapie. Zusätzlich

beschäftigt sich der/die Betroffene wiederum mit dem Entdecken und Erlernen neuer Verhaltensformen, wozu neben unterschiedlichen Freizeitgestaltungen auch die vermehrte Zuwendung zu Bekanntschaften und Freunden im realen Leben gehören. Auch psychoedukative Elemente haben eine tragende Rolle in diesem gruppentherapeutischen Angebot. (Vgl. ebd.) Wölfling und Müller empfinden das Gruppensetting als besonders sinnvoll, *„da gerade der Austausch der Betroffenen untereinander die Chance bietet, am Modell des Anderen zu lernen und Rückhalt in der Gruppe zu finden.“* (ebd.) An dieser Stelle soll jedoch bemerkt werden, dass durch das Zusammentreffen mehrerer an Computerspielsucht erkrankter Personen auch ein Austausch bezüglich bekannter Spiele stattfinden kann und daher der Reiz, aus Gesprächen mit Gleichgesinnten Erfahrenes, wiederum am PC ausprobieren zu wollen, möglicherweise vorhanden ist und dadurch ein weiteres Abgleiten in die Sucht bzw. ein langsamerer Ausstieg forciert werden könnte. (Anm. d. Autorin).

Ein zusätzliches Expositionstraining, wo am Computer gespielt wird, findet in der Therapie statt, da durch das Beobachten des Verhaltens herausgefunden werden kann, welche (zum Teil unbewussten) Aspekte dazu führen, dass der/die Betroffene immer wieder spielt. Da es sich bei dieser Therapieform um ein Modellprojekt handelt, ist es nicht einfach, Fakten im Hinblick auf Therapieerfolge und Rückfallquote zu geben, so Wölfling und Müller abschließend: *„Da es sich (...) bei der Behandlung suchartigen Computerspielverhaltens um ein Modellprojekt handelt, erscheint es nach derzeitigem Stand der Dinge schwierig, Indikatoren wie Behandlungserfolg oder Rückfallwahrscheinlichkeiten konkret abschätzen zu können.“* (ebd.)

2.4.2 Psychoanalytische Methoden

Ganz generell hat Sigmund Freud Psychotherapie als *„Erziehung zur Wirklichkeit“* (Hardt, J. In: Hardt, J. et al 2009; S. 16) definiert. Diese Definition der Psychotherapie, welche absolute Relevanz im Rahmen der vorliegenden Thematik hat und die sich daraus entwickelnden Prämissen in der Therapie von computerspielsüchtigen Personen sollen im folgenden Kapitel kurz dargestellt werden. Vorab soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass weit mehr

Information in der Literatur über verhaltenstherapeutische Verfahren in der Arbeit mit computerspielsüchtigen existiert, während die Literatur über psychoanalytische Methoden sehr gering ausfällt.

Unter den heutigen Anhängern Sigmund Freuds wird die Meinung vertreten, dass psychische Erkrankungen oftmals in enger Übereinstimmung mit dem Nichtaushalten von Lebensstatschen stehen. Dies bedeutet, es besteht ein Kontext zwischen dem Entstehen psychischer Störungen und der Lebenswirklichkeit. Unter den sogenannten Lebensstatschen versteht man unter anderem die Endlichkeit sowie die Körperlichkeit des Menschen. Ist ein Mensch nicht mehr in der Lage, das reale Leben gut aushalten zu können, so wird oftmals eine fiktive Realität erzeugt, worin die jeweilige Person festsetzt und somit nicht mehr die Fähigkeit besitzt, in die reale Welt einzutauchen. Diese Tatsache, dass Personen mit psychischen Erkrankungen oftmals in einer solchen fiktiven Welt leben, ist somit auch für das Thema Computerspielsucht relevant. Der/die Betroffene befindet sich in dieser fiktiven Welt, welche in diesem Zusammenhang die virtuelle Welt des Computerspieles ist. Die Person kann so das eigene Leben erträglich machen, es neu arrangieren bzw. Tatsachen verdrehen, umgehen oder abstreiten. (Vgl. ebd. S. 16f)

Auch Alfred Adler spricht fiktive Realitäten, wie sie im Computerspiel vorkommen, an. Er meint, neurotische Personen würden Fiktionen erfahren, was bedeutet, sie „*leiden (...) an von der Realerfahrung unterschiedenen Vorstellungen von sich und der Welt.*“ (ebd. S. 17) Die Tatsache, dass neurotische Menschen ganz andere Sichtweisen von sich und der restlichen Umgebung aufzeigen birgt eine Gefahr in sich. Zwar darf nicht außer Acht gelassen werden, dass alle Menschen bis zu einem gewissen Grad auf Fiktionen angewiesen sind, um das eigene Leben gestalten zu können, dennoch dürfen diese Fiktionen nicht an die Stelle von realen Lebenserfahrungen rücken. Gerade in der psychoanalytisch ausgerichteten Therapie von Computerspielsüchtigen kommt das oben beschriebene zur Geltung, da es in psychotherapeutischen Kontexten um den Bereich zwischen Wirklichkeit und Phantasie geht, an dem gearbeitet wird. (Vgl. ebd.)

Grundsätzlich geht es bei der psychoanalytischen Ausrichtung der Therapie - im Unterschied zu verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen - nicht um direkte

Verhaltensänderung, sondern in erster Linie darum herauszufinden, welche Tatsachen, Vorkommnisse oder Aspekte in der realen Welt kränkend bzw. krankmachend sind und welche Aspekte im Computerspiel als so positiv gesehen werden. Im Mittelpunkt steht auch die für den Therapieerfolg entscheidende Beziehung zum/r TherapeutIn, da diese eine Beziehung im realen Leben darstellt und hier wichtige Erfahrungen für den/die Betroffene gemacht werden können. Diese Erfahrungen sollen erlebbar werden, um sie so in das Umfeld der suchtkranken Person integrieren zu können. (Vgl. Lampen-Imkamp, S./Te Wildt, B. In: Hardt, J. et al 2009; S. 129)

2.5 Präventionsansätze

Präventive Ansätze innerhalb der Thematik der Computerspielsucht sind unabdinglich mit dem Fachgebiet der Medienpädagogik verbunden. MedienpädagogInnen haben sich im Laufe der letzten Jahre als ExpertInnen im Umgang mit neuen medialen Formen etabliert. (Vgl. Graf, T. In: Hardt, J. et al 2009; S. 38) Diese Auseinandersetzung mit neuen Medien, im Speziellen mit Computerspielsucht führt dazu, dass neue Erkenntnisse in der Prävention entstanden sind, welche im folgenden Kapitel kurz dargestellt werden. Nicht nur MedienpädagogInnen setzen sich mit dem Thema Prävention auseinander. So soll im folgenden Kapitel auch auf Literatur von ÄrztInnen, insbesondere FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen zurückgegriffen werden. Graf verdeutlicht die oben beschriebene Etablierung der MedienpädagogInnen als ExpertInnen von Computerspielsucht, indem er meint: *„Medienpädagogen setzen sich intensiv mit der Medienwirklichkeit von Heranwachsenden auseinander. Die Computernutzung wird reflektiert, Computerspiele werden getestet und Gefährdungspotentiale werden diskutiert. Die Medienpädagogik hat sich so über die letzten Jahrzehnte eine hohe Fachkompetenz über die Faszination und Illusion von Computerspielen erarbeitet.“* (ebd. S. 39)

Im Rahmen präventiver Ansätze der Medienpädagogik erhält der Begriff „Medienkompetenz“ zentrale Bedeutung. Nach Dieter Baacke bedeutet

Medienkompetenz in unserer heutigen Zeit folgendes: *„(...) Anforderung an alle Menschen der modernen Gesellschaft, aktiv an den neuen Medienentwicklungen teilzuhaben, und zugleich als Programm einer spezifischen Förderung, die dazu dienen soll, von der Handhabung der Gerätschaften über auch medien- und nutzerkritische Perspektiven bis zu produktiven, ja kreativen Aspekten den Umgang der Menschen mit den neuen Medien-Sets zu unterstützen.“* (Baacke, D. In: Von Rein, A. (Hrsg) 1996; S. 114) Mit anderen Worten könnte Medienkompetenz als Fähigkeit beschrieben werden, sich mit neuen Medien aktiv auseinanderzusetzen ausgehend von deren Funktionsweise, deren Nutzung bis hin zu kritischen Überlegungen im Bezug auf das betreffende Medium. In einer Informationssammlung zum Thema „Suchtprävention in der Schule“, welche vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur im Jahr 2005 herausgegeben wurde, wird die Entwicklung von Medienkompetenz als Zielhorizont der Medienpädagogik angesehen. Auch hier wird Medienkompetenz als Fähigkeit mit Medien entsprechend umgehen zu können, definiert. (Vgl. Haller, B. 2005; S. 198)

Durch die Definition des Begriffes Medienkompetenz wird klar ersichtlich, dass es nicht ausschließlich Aufgabe der Suchtpräventionsstellen ist, Medienkompetenz zu vermitteln und daher aktiv an der Prävention von Computerspielsucht beteiligt zu sein. Vielmehr gilt es im schulischen Bereich und im Elternhaus einen vernünftigen Umgang mit Computerspielen zu vermitteln. Im Rahmen der Suchtprävention sollte es gelingen, diesen Verantwortlichen (Lehrern, Eltern, Unterrichtende an pädagogischen Hochschulen etc.) Informationen und Aufklärung zu liefern, damit diese an Kinder und Jugendliche weitergegeben werden können. (Vgl. Berger, C. 2007; S. 13) Genauso wesentlich für Erziehungsberechtigte, LehrerInnen und anderen Personen, die sich für präventive Aufgaben bei Computerspielsucht verantwortlich fühlen ist die Tatsache, dass diesen Personen bewusst sein muss, welche Verantwortung sie gegenüber Heranwachsenden tragen. Oftmals wirken Kinder bzw. Jugendliche medienkompetent und erst bei genauerer Betrachtung wird ersichtlich, dass eine Überforderung stattfindet und nicht klar ist, ob das Computerspiel bereits eine kompensatorische Aufgabe erfüllt. (Vgl. Graf, T. In: Hardt, J. et al 2009; S. 40f) Auch Franz Eidenbenz vertritt diese Auffassung. Er meint, eine *„gute Einschätzung darüber, was das Medium bringt und was nicht, hilft,*

die Suchtgefahr zu reduzieren und einen sinnvollen Umgang zu fördern.“ (Eidenbenz, F. 2002; S. 79) Somit plädiert auch Eidenbenz für einen vernünftigen Umgang mit dem Computer, dessen Vermittlung auch für ihn Aufgabe der im pädagogischen Bereich Tätigen sind. (Vgl. ebd.)

Hubert Poppe, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie am Anton-Proksch-Institut in Wien-Kalksburg erklärt, dass präventive Arbeit bereits im Kindergartenalter ihren Anfang nehmen sollte, da hier beginnen viele Kinder beginnen, sich erstmals mit neuen Medien zu befassen. Weiters spricht er die Verantwortung der Erziehungsberechtigten an und fügt hinzu, dass es Aufgabe der Eltern ist, sich mit Computerspielen auseinanderzusetzen und sie nicht bereits von Beginn an bemängeln bzw. verbannen. Poppe gibt seine Erfahrung in der Arbeit mit Computerspielsüchtigen weiter und ergänzt, dass von Seiten der Erziehungsberechtigten oftmals die Zeit fehlt, sich mit Kindern in einem gewissen Ausmaß zu beschäftigen und sie daher vielfach sich selbst überlassen werden. Hier müsse bereits ein Umdenken stattfinden, um Kinder und Jugendliche auch an andere Freizeitaktivitäten heranzuführen zu können.

Zusammenfassend lässt sich durch dieses Kapitel erkennen, dass im Bereich der präventiven Ansätze die Autoren in den meisten Standpunkten Konformität aufzeigen. Klar ist, dass die Prävention nicht nur Aufgabe der Suchtpräventionsstellen ist, sondern alle Teilgebiete des Lebens umfasst. Erziehung zu einem medienkompetenten Kind bzw. Jugendlichen hat im Rahmen der Prävention höchste Relevanz. (Anmerkung d. Autorin)

2.6 Zusammenfassung

Im vorangegangenen Kapitel wurde das Thema Computerspielsucht mit Hilfe vielfältiger Literatur genau betrachtet. Diverse wesentliche Aspekte zu Begrifflichkeiten, Forschungsstand, Entstehung und Aufrechterhaltung, Therapiemöglichkeiten und erste Präventionsansätze der Computerspielsucht wurden in diesem Abschnitt der Arbeit beleuchtet. Bewusst wurde hierbei darauf geachtet, ausschließlich auf Literatur zurückzugreifen, welche sich explizit mit

dem Thema Computerspielsucht bzw. Internetsucht befasst. Sinn dessen war es, eine genaue themenspezifische Übersicht geben zu können, um bei diesem noch in der Wissenschaft eher neuem Thema exakte Informationen liefern zu können. Es konnten einige wesentliche Punkte herausgearbeitet werden, die auch für den weiteren Verlauf der vorliegenden Diplomarbeit wichtig sind, welche nun an dieser Stelle kurz zusammengefasst betrachtet werden:

Es herrschen Uneinigheiten über die Begriffsdefinition von „Computerspielsucht“ und eine klare Abgrenzung zu anderen artverwandten Begrifflichkeiten ist noch nicht in jeder Literaturquelle vollzogen worden. Wesentlich für diese Diplomarbeit ist die Unterteilung der Computerspiele von Gottfried Barth, welche sowohl Online- als auch Offlinespieltätigkeiten am Computer miteinbezieht. Unter Anbetracht dieser Begriffsgrundlage soll nun in weiterführenden Kapiteln Computerspielsucht betrachtet und thematisiert werden.

Zweitens kann zusammengefasst werden, dass es für eine zukünftige Beschäftigung mit dem Thema Computerspielsucht von äußerster Notwendigkeit ist, Computerspielsucht in die nachfolgenden Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-V aufzunehmen, da ohne eine Verortung in derartigen Klassifikationssystemen es nicht möglich ist, die Diagnose „Computerspielsucht“ stellen zu können. Dieser Aspekt ist nicht nur für die weitere wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Thema relevant, sondern vor allem auch für die Praxis wichtig.

Auch in punkto Forschungsstand sind zum jetzigen Zeitpunkt Lücken festzustellen, die es notwendig machen, sich in Zukunft eingehend mit dem Thema Computerspielsucht auseinanderzusetzen, um diese auffüllen zu können. Auch hier erscheint der Aspekt der bis dato fehlenden Klassifikationsmöglichkeit der Computerspielsucht in Forschungsprozessen vielfach eine Rolle zu spielen, da die Vergleichbarkeit einzelner Studien ohne einer einheitlichen Klassifikation nicht gegeben ist. Prävalenzraten schwanken in den beleuchteten Studien laut Mörsen deutlich zwischen 3% und 66% (Vgl. Mörsen, Ch. 2009; S. 41) Neben der allgemein noch schwachen Datenlage in Bezug auf das Forschungsfeld zum Thema Computerspielsucht fehlen insbesondere Daten aus Österreich. Wünschenswert

wäre es, genau an diesen Lücken anzusetzen und speziell in Österreich (speziell von Seiten der Medienpädagogik) die Forschung voranzutreiben.

Um Forschung betreiben zu können, ist eine genaue Auseinandersetzung mit diversen Grundlagen sehr wichtig. Hierzu gehören auch Modelle und Theorien zu Entstehung und Aufrechterhaltung von Computerspielsucht, welche in Kapitel 2.3. näher betrachtet wurden. Der lerntheoretische Ansatz, bei dem davon ausgegangen wird, das süchtiges Verhalten erlernt wird wurde in diesem Kapitel dem homöostatischen Modell, welches auf biochemischen Grundlagen basiert, gegenübergestellt. Integrative Modelle, die im Anschluss daran angeführt wurden zeigen auf, dass der lerntheoretische Ansatz durchaus in Kombination mit dem homöostatischen Modell betrachtet werden kann.

Im Kapitel 2.4. wurden Therapiemöglichkeiten, die in der Literatur über Computerspielsucht Erwähnung finden, aufgezeigt. Dies ist ein wesentliches Kapitel dieser Diplomarbeit, da ausgehend von den vorherrschenden therapeutischen Möglichkeiten in einem weiteren Kapitel im Laufe der vorliegenden Diplomarbeit die dialektisch-behaviorale Therapie betrachtet werden soll. Vergleiche zwischen bereits bestehenden Therapieansätzen und Aspekten der dialektisch-behavioralen Therapie können so angestellt werden. In der Literatur finden sich hauptsächlich verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch orientierte Methoden und auch hier wird deutlich, dass rund um diese Thematik noch detaillierteres Wissen bzw. genauer erforschte Therapieansätze notwendig sind, um das Fachwissen zu erweitern.

Ein letztes Kapitel zu präventiven Möglichkeiten zum Themengebiet Computerspielsucht schließt diesen ersten Abschnitt der Diplomarbeit ab. Dieses Kapitel beleuchtet den Begriff Medienkompetenz und soll aufzeigen, wie wichtig präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Computerspielsucht sind.

3 Dialektisch-Behaviorale Therapie

Im folgenden Abschnitt der Diplomarbeit geht es um eine genaue Darstellung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). In einem ersten Schritt soll Grundlagenwissen zur DBT vermittelt werden. Hierbei erfolgt eine kurze Einführung zur Gründung und Entwicklung dieser Methode sowie von therapeutisch wesentliche Haltungen und Annahmen. Da die DBT in erster Linie auf der Verhaltenstherapie basiert, wird im folgenden kurz auf die Verhaltenstherapie als weitere Grundlageninformation eingegangen. Auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung soll ein Kapitel gewidmet werden, da die DBT für dieses Krankheitsbild entwickelt wurde. Weiters konzentriert sich dieser Abschnitt der Arbeit auf das genaue Behandlungsprogramm der DBT. Ziel dieses Kapitels soll sein, die Dialektisch-Behaviorale Therapie so weit erfassen zu können, dass in einem Folgekapitel ein Bezug zur Computerspielsucht hergestellt werden kann. Es gilt, Aspekte herauszuarbeiten, die für die mögliche Anwendung der DBT bei Computerspielsüchtigen sprechen. Ein abschließendes Kapitel über DBT-S, einer speziellen Form der DBT für Personen die neben einer BPS auch substanzabhängig sind, soll in den dritten großen Abschnitt der Diplomarbeit überleiten.

3.1 Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha Linehan als eine ambulante Therapieform für Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. (Vgl. Gunia. H. et al 2000; S. 5) Die Entwicklung dieser Therapie fand über mehrere Jahre hinweg statt, wobei hier Uneinigkeit bzw. Ungenauigkeit bei unterschiedlichen Autoren bezogen auf den Entwicklungszeitraum herrscht. Gunia et al geben an, die DBT sei in den 1990er Jahren entwickelt worden (Vgl. Gunia. H. et al 2000; S. 5) während z.B.: Bohus und Wolf die 1980er Jahre nennen, in denen die DBT entwickelt wurde (Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 357). Das Trainingsmanual zur DBT sowie das dazugehörige

Handbuch von Marsha Linehan erschienen in der letzten Fassung 1996 (Linehan, M 1996), worin die Autorin bekannt gibt, sie habe an diesen beiden Werken die vergangenen zwanzig Jahre gearbeitet. (Vgl. ebd. S. I)

Linehan, die an der University of Washington tätig ist, entwickelte die DBT speziell für suizidale Personen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. (Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 357) Die DBT entstand auf der Grundlage der Verhaltenstherapie und wurde zusätzlich durch Bausteine aus den humanistischen Therapierichtungen, der Hypnotherapie und aus dem Zen erweitert. (Vgl. Gunia, H. et al 2000; S. 5)

Mehrere Studien konnten beweisen, dass die DBT im Vergleich zu anderen gebräuchlichen Therapiemethoden wirksamer ist und sie gilt daher als die am besten empirisch belegte Methode für die Anwendung bei Borderline-Patientinnen. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 70) Eine dieser Studien, welche schon 1991 durch das Team um Marsha Linehan hervorgebracht wurde, belegt die Wirksamkeit hinsichtlich mehrerer Faktoren, wie Sendera und Sendera zusammenfassen: *„(...) nach einem Jahr Behandlung konnten signifikante Unterschiede gegenüber einer Vergleichsgruppe hinsichtlich der Verringerung von Parasuizidalität, Ärger, der Häufigkeit von Rehospitalisierung, Verbesserung der sozialen Integration und Verringerung von Therapieabbrüchen nachgewiesen und (...) bestätigt werden.“* (ebd. S. 71) Auch Bohus konnte im deutschsprachigen Raum Erkenntnisse hervorbringen, die unter anderem besonders die Therapieabbruchrate betreffen. Diese konnte mit Hilfe der Anwendung der DBT deutlich gesenkt werden. Generell scheint die DBT ein richtungsweisendes Konzept zu sein, bei dem neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren bei der Entwicklung mitberücksichtigt wurden. (Vgl. ebd.)

Grundlegendes Ziel der DBT ist es, Therapiecompliance zu entwickeln. Um dies erreichen zu können hat Linehan sogenannte Grundannahmen formuliert, die ein wesentliches Moment für die Durchführung der DBT darstellen. Die im folgenden dargestellten Grundannahmen sind für TherapeutInnen im Umgang mit Borderline-PatientInnen wesentlich und sollen mögliche bereits bestehende Vorurteile aus dem Weg räumen. In erster Linie soll dadurch ein gewisses Verhalten von TherapeutInnenseite vorausgesetzt werden, welches darauf

hinausläuft, dass bei einem möglichen Therapieabbruch die Schuld nicht auf Seiten der KlientInnen zu suchen ist, sondern andere Hintergründe wie etwa nicht vorhandene Ressourcen oder ähnliche Probleme dahinterstecken können. (Vgl. ebd. S. 78) Folgende Grundannahmen hat Marsha Linehan im Zuge der DBT entwickelt:

- *„Borderline-Patientinnen wollen sich ändern*
- *Borderline-Patientinnen haben im Allgemeinen ihre Probleme nicht selbst herbeigeführt, müssen sie aber selbst lösen*
- *Borderline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und höher motiviert sein als andere. Das ist ungerecht!*
- *Das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen ist so, wie es ist, nicht auszuhalten und unerträglich*
- *Borderline-Patientinnen müssen im Allgemeinen in allen Lebensbereichen neues Verhalten lernen*
- *Borderline-Patientinnen können in der DBT nicht versagen*
- *Therapeutinnen, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung“ (ebd.)*

Damit einhergehend ist die therapeutische Grundhaltung ein zusätzlicher grundlegender Faktor für eine erfolgreiche Arbeit mit KlientInnen. Klar ist, dass TherapeutInnen ihren Beruf immer nach Einhaltung des Psychotherapiegesetzes und damit einhergehend *„den Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft“* (ebd. S. 79) ausüben müssen. Daneben spielen auch Faktoren wie *„Mitgefühl, Beständigkeit und Geduld“* (ebd.) eine wesentliche Rolle im professionellen therapeutischen Arbeitsprozess. Speziell für die DBT gilt, das Verhalten der KlientIn unter Bezugnahme der Wirkung der/des Therapeutin auf diese/n laufend genau zu beobachten, dieses Verhalten mit der/m KlientIn zu thematisieren und zu reflektieren. Weiters sollen Widersprüchlichkeiten wahrgenommen und akzeptiert werden. Diese sind wesentlich für den therapeutischen Prozess und können als Hilfestellung für die Gestaltung der Therapie und die miteinhergehenden therapeutischen Strategien sein. Eine Besonderheit der DBT ist der Aspekt, KlientIn und TherapeutIn als ein

Team zu betrachten, in dem der/die TherapeutIn die Rolle eines Coaches übernehmen soll. (Vgl. ebd.)

3.1.1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Die BPS gehört zur Gruppe der Persönlichkeitsstörungen, welche durch eine Dysfunktionalität im Bereich Temperament und/oder Charakter bzw. einer Störung in der Über-Ich-Bildung charakterisiert sind. Persönlichkeitsstörungen bedeuten für Betroffene eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Konfliktlösungsmustern, Probleme der Affektregulierung, fehlende Empathiefähigkeit sowie eine unangemessene Sichtweise des eigenen Ich. (Vgl. Lohmer, M. 2002; S. XII)

Die BPS sticht durch die hohe Suizidrate, die zwischen 5% und 10% liegt und die ebenfalls sehr hohe Selbstverletzungsrate von 69% bis 80% hervor. (Vgl. Gunia, H. et al 2000; S. 3ff) Die weiteren Kriterien aus dem DSM-IV zeigen auf, welche Symptome vorliegen müssen, damit eine BPS diagnostiziert werden kann:

- *„Verzweifelter Bemühen, reale oder imaginäre Trennungen zu vermeiden.*
- *Ein Muster von instabilen, aber intensiven interpersonellen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung charakterisiert sind.*
- *Identitätsstörungen: Chronische und erheblich gestörte, verzerrte oder instabile Vorstellungen oder Gefühle für sich selbst. (z.B. das Gefühl nicht zu existieren oder das Böse zu verkörpern)*
- *Impulsivität in mindestens zwei Gebieten, die potentiell selbstschädigend sind (z.B.: Geldausgaben, Sex, Drogenmissbrauch, Diebstahl, rücksichtsloses Fahren, Essstörungen) – ohne Suizid oder selbstschädigendes Verhalten.*
- *Affektive Instabilität: Ausgeprägte Sensibilität der Stimmung (z.B. starke episodische Dysphorie, Irritabilität oder Angst), üblicherweise wenige Stunden bis selten wenige Tage anhaltend.*
- *Chronisches Gefühl von Leere*

- *Unangemessene intensive Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Phasen von schlechter Laune, konstantem Ärger, häufig wiederkehrende körperliche Krämpfe)*
- *Vorübergehende, stressabhängige schwere dissoziative Symptome oder paranoide Vorstellungen.“ (ebd. S.3)*

Liegt eine BPS vor, so müssen fünf dieser neun Kriterien zutreffen. (Vgl. ebd.) Diese Kriterien für das Vorliegen einer BPS sind an dieser Stelle relevant, da so ein Verständnis dafür entwickelt werden kann, wieso man die DBT bei Patienten mit BPS einsetzt. Es ist wichtig zu erkennen, wie Borderline-PatientInnen charakterisiert werden, da nur so Überlegungen und Vergleiche im Hinblick auf Computerspielsüchtige hergestellt werden können. Anhand der Kriterien lässt sich erkennen, dass Drogenmissbrauch bei Personen mit BPS eine Rolle spielen kann, welcher durch Impulsivität und aufgrund selbstschädigender Tendenzen auftreten kann.

Im Rahmen der DBT spielt die biosoziale Theorie der BPS eine wesentliche Rolle, da auch diese Theorie das Grundlagenwissen für die Anwendung der DBT vervollständigt. Da sie für Marsha Linehan im Manual der DBT als Ausgangstheorie für BPS angeführt wird, soll sie an dieser Stelle kurz Erwähnung finden. Bei der biosozialen Theorie geht man bei PatientInnen mit einer BPS davon aus, dass in der Emotionsregulation das zentrale Problem der Erkrankung liegt. Geht man von dieser Theorie aus, so kann von einer fehlerhaften Steuerung unterschiedlicher Emotionen bei Borderline-PatientInnen gesprochen werden. Linehan nennt dieses Phänomen eine „*emotionale Dysregulation*“ der Emotionen, welche biologisch bedingt ist. (Vgl. Linehan, M. 1996; S. 3) Die fehlerhafte Emotionsregulation zeichnet sich durch folgende Kriterien aus:

- *„erhöhte Empfindsamkeit gegenüber emotionalen Stimuli*
- *sehr intensive Reaktionen auf emotionale Stimuli*
- *eine langsame Rückkehr zu einem emotionalen Grundniveau, wenn eine emotionale Erregung einmal aufgetreten ist.“ (ebd.)*

Gunia et al sprechen in ihrem Artikel die Tatsache an, dass Personen mit einer BPS oftmals keinen Therapieplatz erhalten, da vielerorts die Behandlung von

Borderline-PatientInnen von TherapeutInnenseite abgelehnt wird. Es scheint, als hätten Borderline-PatientInnen ein schlechtes Image, was sich auf unterschiedliche Aspekte dieses Krankheitsbildes zurückführen lässt. So haben Personen mit BPS oftmals eine depressive Stimmungslage, verhalten sich misstrauisch und unberechenbar gegenüber der/m TherapeutIn und können auch zu aggressiven Ausbrüchen in den Sitzungen neigen. (Vgl. Gunia, H. et al 2000; S. 4) Diese eben genannten Aspekte sind ebenso wesentlich für die Betrachtungen in dieser Arbeit, da auch sie berücksichtigt werden müssen, beschäftigt man sich mit den Aspekten und Potentialen der DBT für computerspielsüchtige Personen.

3.1.2 Die dialektische Sichtweise

Die Grundlage der DBT ist eine dialektische Sichtweise der Welt. Dialektisch wird im Zuge der Verhaltenstherapie zweifach verstanden. Einerseits steht der Begriff in Bezugnahme zum Wesen der Realität, andererseits steht er in Verbindung zur Beziehung in der Therapie. Die dialektische Anschauung lenkt den Fokus auf eine Ganzheit der Realität, somit hat die Analyse von Einzelaspekten nur sehr eingeschränkte Wertigkeit. Die reale Welt darf weiters nicht als statisch angesehen werden. In der Realität existieren innere gegensätzliche Kräfte, die aufeinander wirken und neue gegensätzliche Kräfte hervorbringen. (Vgl. Linehan, M. 1996; S1f) Linehan erklärt dies damit näher, dass *„jede Annahme in sich ihren eigenen Widerspruch enthält.“* (ebd. S. 2) Mit anderen Worten bedeutet dies, dass jenes extreme, oft dichotome Denken, welches Borderline-PatientInnen oftmals an den Tag legen und für dieses Krankheitsbild typisch ist als dialektische Fehler betrachtet werden. Eine dritte Annahme spielt in der dialektischen Sichtweise der Realität eine wichtige Rolle: Veränderungen sind fundamentales Merkmal der Realität. Auch hier verdeutlicht Linehan: *„Das grundlegende Wesen der Realität besteht eher in Veränderung und Prozeß als in Inhalt oder Struktur.“* (ebd.) Linehan verwendet für die dialektische Sichtweise in ihrem Buch über die DBT eine Metapher, die gut darstellt, wie sich die dialektische Sichtweise in der Therapie bemerkbar macht:

„Die Patientin und ich sehen auf einer Wippe einander gegenüber; die Fläche der Wippe verbindet uns miteinander. Die Therapie ist wie das Auf und Ab der Wippe, bei dem die Patientin und ich ständig vor und zurück rutschen und versuchen, die Balance zu halten, um gemeinsam zur Mitte zu gelangen und sozusagen auf eine höhere Ebene klettern zu können. Dort beginnt derselbe Ablauf von vorne: Wir sind auf einer neuen Wippe und versuchen erneut, in die Mitte zu gelangen und auf die nächste Ebene aufzusteigen und so weiter. Während die Patientin auf der Wippe vor- und zurückrutscht, vom Ende in die Mitte und von der Mitte an das Ende, bewege ich mich ebenfalls, um die Balance zu halten.“ (Linehan, M. 1996; S. 23)

3.1.3 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie als eine wesentliche Grundlage der DBT sieht sich als eine psychotherapeutische Grundorientierung, die eine Vielzahl verschiedener Techniken und Maßnahmen miteinander verbindet. (Vgl. Margraf, J. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.) 2009; S. 5f) Eine genaue Darstellung dieser psychotherapeutischen Grundrichtung würde den Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit übersteigen. Daher erscheint es an dieser Stelle sinnvoll, lediglich einen kurzen Einblick in die Grundkonzepte zu geben, um das Grundlagenwissen über DBT zu erweitern und nicht genauer auf die Verhaltenstherapie einzugehen.

Margraf weist explizit darauf hin, Verhaltenstherapie nicht als eine sich von anderen Therapierichtungen abgrenzende, klar umrissene Methode zu betrachten. Sie ist vielmehr eine Kombination unterschiedlicher störungsspezifischer bzw. störungsunspezifischer Erklärungsmodelle. Demnach wird Verhaltenstherapie im Lehrbuch der Verhaltenstherapie wie folgt definiert: *„Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und –unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüftem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse*

ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern.“ (ebd. S. 6) Anhand dieser Definition wird ersichtlich, dass empirische Überprüfbarkeit ein zentrales Moment der Verhaltenstherapie ist. Weiters wird der zuvor bereits angeführte Aspekt, die Verhaltenstherapie als Grundorientierung zu sehen in dieser Definition noch einmal verdeutlicht. Auch die Orientierung an einem momentan bestehenden Problem wird sichtbar gemacht. Hierbei geht es nicht nur darum, bestehende Probleme zu lösen, sondern auch darum, die allgemeine Problemlösungsfähigkeit zu erhöhen, um so auf neu auftretende schwierige Situationen in Zukunft besser reagieren zu können. (Vgl. ebd. S. 6f)

Am Beginn der Therapie wird ein auf dem Problem basierendes Therapieziel festgelegt, an dem im Verlauf der Therapie beharrt wird. Grundlage für eine erfolgreiche Therapie ist die aktive Beteiligung der/des KlientIn, da nur durch Einsicht noch keine Verhaltensveränderung stattfinden kann. Neben dieser aktiven Beteiligung stellt auch die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn einen wesentlichen Aspekt einer erfolgreichen Therapie dar. So besteht die Möglichkeit, in einem sicheren Umfeld neue Verhaltensweisen zu erfahren und diese zu üben. Weiters ist in der Verhaltenstherapie wesentlich, zu Hause neu erlernte Verhaltensweisen bzw. Problemlösungsmöglichkeiten auszuprobieren und weiter zu festigen. Im Rahmen einer Verhaltenstherapie wird vorausgesetzt, dass der/die KlientIn sich aktiv an der Therapie beteiligt und die verschiedenen Schritte in der Therapie sowie Erklärungsmöglichkeiten für unterschiedliche Phänomene verstehen möchte und hierbei Interesse zeigt. Durch ein sogenanntes Transparentmachen diverser Aspekte kann zu einer erfolgreichen Therapie beigetragen werden. Dahinter steckt auch das wesentliche Konzept „Hilfe zur Selbsthilfe“, welches ein weiteres wesentliches Merkmal der Verhaltenstherapie darstellt. (Vgl. ebd.)

Generell können drei verschiedene Verfahren in der Verhaltenstherapie unterschieden werden. Zum einen sind dies sogenannte „*Basisfertigkeiten*“ (ebd. S. 10), zu denen Gesprächsführung, die Arbeit an der Beziehung und die Motivationsarbeit gehören. Zum anderen stellen „*störungsübergreifende*

verhaltenstherapeutische Maßnahmen“ (ebd.) und *„störungsspezifische Therapieprogramme“* (ebd. S. 11) die beiden anderen Eckpfeiler der Therapie dar. Zu diesen Maßnahmen in der Verhaltenstherapie zählen unterschiedlichste Schritte, die im Verlauf eines therapeutischen Prozesses eingeleitet werden können. Dazu gehören unter anderem diverse Konfrontationsverfahren, Entspannungstechniken, operante Verfahren wie beispielsweise Löschung oder positive Verstärkung und kognitive Verfahren wie beispielsweise das Entkatastrophieren oder eine Analyse falscher Logik. Löschung ist ein Prozess, der auf klassischer Konditionierung beruht und bedeutet laut Michael und Ehlers folgendes: *„Die wiederholte Darbietung des konditionierten Reizes führt zu einer allmählichen Abschwächung und dem schlussendlichen Ausbleiben der konditionierten Reaktion.“* (Michael, T./Ehlers, A. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.) 2009; S. 107) So wird bei oftmaliger Wiederholung ein und derselben konditionierten Handlung die Reaktion immer mehr abgeschwächt, bis sie allmählich ganz ausbleibt. Als positive Verstärker werden Verhaltensweisen verstanden, die eine positive Reaktion zur Folge haben. (Vgl. ebd. S. 108) *„Störungsspezifische Therapieprogramme“* meinen Programme, die für verschiedenste psychische Störungen entwickelt wurden und hier ihre Anwendung finden. Die gängigsten Programme wurden unter anderem für Depressionen, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen usw. entwickelt. (vgl. Vgl. Margraf, J. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.) 2009; S.11) Ein solches Therapieprogramm als eine Möglichkeit mit Personen, die von einer BPS betroffen sind, zu arbeiten ist auch die DBT, welche in dieser Diplomarbeit genau bearbeitet wird

Das Menschenbild der Verhaltenstherapie entsteht auf der Basis von wissenschaftlichen bzw. naturwissenschaftlich überprüften Modellen verschiedenster Disziplinen. Hierbei ist von besonderer Bedeutung, den Menschen als höchstes Wesen am Ende einer langen Evolutionskette zu sehen, der mit einem *„menschlichen Bewusstsein“* (Parfy, E./Lenz, G. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.) 2009; S. S. 81) ausgestattet ist. Der Mensch unterliegt dem sogenannten *„Prinzip der Selbstorganisation“* (ebd.) und handelt aufgrund von Schemata, die vielfach durch frühe Beziehungserfahrungen herausgebildet wurden. Genauer betrachtet gehen VerhaltenstherapeutInnen von der Tatsache aus, dass eine geglückte

positive Beziehungserfahrung sich auf die Sicherheit in späteren Beziehungen und in Bezug auf Explorationsneigung in neuen Situationen positiv auswirken kann. (vgl. ebd.)

Gerade die Verhaltenstherapie ist die Therapieorientierung zu deren Ätiologie, Diagnostik und Wirkungsweisen die meisten empirischen Studien vorliegen. Dies gründet daher, dass VerhaltenstherapeutInnen den Anspruch verfolgen ständig empirisch abgesichert zu arbeiten. Trotzdem resümiert Margraf im Lehrbuch für Verhaltenstherapie, sei es wesentlich Therapiemöglichkeiten mit verschiedenen Ansätzen zuzulassen, weil die Psychotherapieforschung bis dato noch keine Ergebnisse für eine hundertprozentige Erfolgsgarantie einer Methode erforscht hat. Bei der Wahl der Methode soll primär auf unterschiedliche Faktoren wie Rahmenbedingungen, örtliche Bedingungen und die Persönlichkeit der/des KlientIn eingegangen werden. (Vgl. Margraf, J. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.) 2009; S. 41)

3.2 Das Behandlungsprogramm

Im vorliegenden Kapitel soll genau auf das Behandlungsprogramm der DBT eingegangen werden, was bedeutet, die einzelnen Therapiephasen und Settings zu beschreiben und genau auf die Inhalte innerhalb dieser Phasen und der Settings einzugehen. Einzelne Fakten zum zeitlichen Rahmen der einzelnen Therapiephasen werden die Darstellungen ergänzen. Die einzelnen Kapitel dieses Abschnittes werden somit in zwei große Unterkapitel aufgeteilt und stellen zum einen das Setting dar, also die einzelnen Unterteilungen der unterschiedlichen therapeutischen Schritte. Zum anderen wird in einem weiteren Unterkapitel genau auf die Behandlungsphasen eingegangen, welche sich in erster Linie auf die Einzeltherapie konzentrieren, aber auch unterschiedliche Settings übergreifen und daher in einem eigenen Kapitel angeführt werden sollen.

3.2.1 Settings

Folgende vier unterschiedlichen Settings werden in der klassischen DBT unterschieden:

- *„Einzeltherapie*
- *Fertigkeitentraining in der Gruppe*
- *Telefonberatung*
- *Supervisionsgruppe*“ (ebd. S. 120)

DBT anzuwenden, bedeutet immer, unterschiedliche Methoden zu gebrauchen und diese zu kombinieren. Innerhalb der Behandlung wird dies deutlich, in dem einzelne therapeutische Bestandteile kollidieren, da manche Teilschritte zeitaufwendiger sind als andere Schritte. So nimmt in der Regel das Fertigkeitentraining, welches nachfolgend noch genau erklärt wird, meist sehr viel Zeit in Anspruch und überschneidet sich dadurch häufig mit der Einzeltherapie, welche auch im Anschluss genauer dargestellt wird. Dies ist der Grund, warum das Fertigkeitentraining innerhalb einer Gruppe stattfindet, welche einmal in der Woche über den Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten abgehalten wird. Die ambulant stattfindende Einzeltherapie dauert im Normalfall zwei Jahre lang. Die Sitzungen werden ein- bis zweimal in der Woche abgehalten. Wichtig zu nennen ist hierbei der Aspekt, dass die Einzeltherapie und das Gruppentraining von zwei unterschiedlichen TherapeutInnen durchgeführt werden muss. Kommunikativer Austausch dieser beiden Personen erfolgt im Rahmen einer Supervision, welche der Empfehlung nach einmal wöchentlich stattfinden soll und durch Hilfsmittel wie Videoaufzeichnungen oder Ähnlichem unterstützt werden kann. Im Falle von Krisenerlebnissen oder – situationen, die schwerwiegend bis hin zu lebensbedrohlich sind, ist die telefonische Erreichbarkeit der/des EinzeltherapeutIn notwendig. (Vgl. Bohus, M. In: Damman, G./Janssen, P. 2007; S. 119f)

3.2.1.1 Einzeltherapie

Die Einzeltherapie steht im Zentrum des gesamten Therapiekomplexes und dauert – wie bereits erwähnt – im Schnitt etwa zwei Jahre. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 89) Wichtigster Aspekt im Rahmen der Einzeltherapie ist derjenige, dass sich die/der TherapeutIn vor Augen führen muss, dass sie/er sich innerhalb der Behandlung immer an einer *„dynamisch organisierten Hierarchie pathologischer Verhaltensmuster“* orientieren muss. In der Praxis bedeutet diese Hierarchie, dass beispielsweise suizidale Gedanken hierarchisch vor Schwierigkeiten die Lebensqualität betreffend stehen. In Zusammenarbeit mit der/m KlientIn werden die momentan am stärksten hervortretenden Probleme herausgearbeitet und dazu werden von der/m TherapeutIn Verhaltensanalysen gemacht. Die/der TherapeutIn wählt innerhalb der Behandlung diejenige Ebene, wo pathologische Verhaltensweisen am ehesten auftreten könnten.

Ein weiteres Ziel innerhalb der Einzeltherapie betrifft die Fertigkeiten, welche im Rahmen des Fertigkeitentrainings in der Gruppe erlernt werden. Diese sollen in die Einzeltherapie mit eingebaut werden, damit das dort Erlernte weiter eingeübt und gefestigt werden kann. (Vgl. Bohus, M. In: Damman, G./Janssen, P. 2007; S. 119) Der/die EinzeltherapeutIn hat die Aufgabe, gemeinsam mit der/m KlientIn diejenigen Fertigkeiten (Skills) herauszuarbeiten, die speziell für die/den KlientIn am wichtigsten erscheinen und am sinnvollsten umsetzbar sind. Es soll Motivationsarbeit dahingehend geleistet werden, die erlernten Skills im alltäglichen Leben umzusetzen und als Alternative zu den bisherigen Verhaltensweisen anzuwenden. (Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 3) Linehan stellt diesen Aspekt der Arbeit der/s EinzeltherapeutIn mit der/m KlientIn auf eine poetische Art und Weise wie folgt dar: *„Das Fertigkeitentraining stellt den Ton dar, aus dem EinzeltherapeutIn und KlientIn eine Figur modellieren können.“* (Linehan, M. 1996b; S. 18)

Da die Ressourcen nicht immer gleich sind, stellt sich auch die Frage, inwieweit der/die EinzeltherapeutIn eine spezielle DBT- Ausbildung benötigt. Linehan geht auf diesen Aspekt kurz ein und gibt an, dass eine DBT-Einzeltherapie in Kombination mit einem DBT-Fertigkeitentraining die besten Ergebnisse erzielt. Das bedeutet, dass sowohl in der Einzeltherapie als auch im Skillstraining eine

speziell für DBT ausgebildete Person mit den KlientInnen arbeitet. Klar ist, dass diese Situation in den wenigsten Fällen auftreten wird und aufgrund fehlender Ressourcen nur ein/e TherapeutIn eine DBT-Ausbildung absolviert hat. Wichtig ist hierbei der Faktor, dass beide TherapeutInnen in Kooperation arbeiten und sich in ihrer Arbeit abstimmen und austauschen. (Vgl. ebd.)

3.2.1.2 Fertigkeitentraining in der Gruppe

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel zur Einzeltherapie beschrieben wurde, verschmilzt das Fertigkeitentraining oftmals mit der Einzeltherapie, da die im Fertigkeitentraining erlernten Skills in der Einzeltherapie eingeübt werden sollen. Im folgenden Kapitel soll das Fertigkeitentraining, gesondert hervorgehoben werden.

Zu Beginn ist es wichtig zu klären, was Fertigkeiten genau sind. Nach Linehan kann der Begriff „Fertigkeit“ mit dem Begriff „Fähigkeit“ gleichgesetzt werden und meint jegliche kognitive, emotionale und behaviorale Fertigkeiten einer Person. (Vgl. Linehan, M. 1996b; S: 19) Martin Bohus fasst komprimiert zusammen, was Linehan unter Fertigkeiten im engeren Sinne versteht: *„Linehan definiert Fertigkeiten (Skills) als kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristige, von der Patientin erwünschte Konsequenzen bedingen.“* (Bohus, M. In: Damman, G./Janssen, P. 2007; S. 124) Erkennbar wird hier, dass Bohus auch speziell darauf eingeht, dass Fertigkeiten über eine kurze oder längere Zeitdauer von der/m KlientIn gewollte Konsequenzen hervorrufen sollen. Wesentlicher Punkt ist die Integration der Fertigkeiten, denn nur so kann eine positive Veränderung des Verhaltens eintreten. Es geht also darum, *„geschickte Mittel“* (Linehan, M. 1996b; S. 10) zu vermitteln, mit denen auf bestimmte problematische Situationen reagiert werden kann. Linehan drückt damit aus, dass dadurch beinahe jegliches erwünschtes Verhalten als Skill bezeichnet werden kann. (Vgl. ebd.)

Generell wird von Linehan empfohlen, dass zwei TherapeutInnen das Fertigkeitentraining durchführen, wobei ein/e TherapeutIn GruppenleiterIn ist und die/der andere TherapeutIn die Aufgabe der/des Co-TherapeutIn inne hat.

GruppenleiterIn und Co-TherapeutIn haben unterschiedliche Aufgaben, die sich durch das gesamte Fertigkeitentraining ziehen. So soll der/die GruppenleiterIn beispielsweise eher fordernd sein, während der/die Co-TherapeutIn tendentiell dazu neigen sollte, auf individuelle Bedürfnisse aufmerksam zu machen und dieses Verständnis dafür aufzuzeigen. (Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 6) Das Fertigkeitentraining sollte wie ein Workshop aufgebaut sein, bei dem es in erster Linie darum geht, die Fertigkeiten zu lehren. (Vgl. Gunia, H. et al 2000; S: 6) Es werden vier verschiedene Module unterschieden, die für dieses Skills Training notwendig sind:

Modul „Innere Achtsamkeit“

In diesem Modul liegt der Schwerpunkt der therapeutischen Tätigkeit primär darin, den KlientInnen die Mittel dafür zu bieten, ihre aktivierten Emotionen und Kognitionen zu relativieren. Alle Fertigkeiten, die im Modul „innere Achtsamkeit“ vermittelt werden, stammen aus der Zen-Meditation. Die stufenweise Erarbeitung einer mentalen Richtung, mit der der/die KlientIn selbstreflexiv ihr eigenes emotionales Verhalten spüren und bemerken kann, ist oberste Priorität. Zudem ist das Erlernen dieser selbstreflexiven Skills notwendig für die drei weiteren Module und befindet sich deshalb am Beginn dieser Modulkette. Auch am Beginn jeder Gruppensitzung soll an der „inneren Achtsamkeit“ gearbeitet werden. (Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 9)

Modul „Stresstoleranz“

Fertigkeiten im Modul „Stresstoleranz“ sollen zweifache Resultate zur Verbesserung der Situation der/des KlientIn erbringen. Einerseits sollen Fertigkeiten erlernt werden, um mit Phasen höchster Stressbelastung umzugehen, andererseits sollen die Phasen, in denen KlientInnen höchstem Stress ausgeliefert sind, durch die Arbeit innerhalb dieses Moduls verkürzt werden. Der Erfahrung von Bohus und Wolf nach, spricht dieses Modul eine Vielzahl von KlientInnen an, wobei genau die Verringerung dieser extremen Stressphasen als sehr positiv bemerkt wird. (Vgl. ebd.)

Modul „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“

Schwerpunkt dieses Moduls ist das Erlernen und die Verbesserung sozialer Kompetenzen und die Übung zwischenmenschlicher Skills. Dieses Modul wurde deshalb etabliert, da ca. 60% aller BorderlinepatientInnen sozialphobische

Probleme aufweisen und dieses Training daher für das alltägliche Leben besonderen Wert hat. Bohus und Wolf geben an, für dieses Modul in etwa zehn Gruppentermine einzuplanen. (Vgl. ebd.)

Modul „Umgang mit Gefühlen“

Fertigkeiten zum Umgang mit Gefühlen zu vermitteln nehmen den größten Teil der vier Module ein und haben höchsten Stellenwert im Fertigkeitentraining, da hierbei die tiefgründigsten und weitestgehenden Veränderungen innerhalb der DBT erreichbar sind. KlientInnen lernen in der Arbeit mit Gefühlen sowohl aus praktischer als auch theoretischer Sicht ihre Emotionen zu regulieren. Weiters ist auch die Wahrnehmung und die Regulation von Emotionen ein wesentlicher Aspekt dieses Moduls. Hierbei empfehlen Bohus und Wolf ca. zehn bis zwölf Sitzungen zu veranschlagen. (Vgl. ebd.)

Bohus und Wolf, welche die eben erwähnten vier Module des Fertigkeitentrainings von Linehan zusammengefasst haben, geben weiters ein fünftes Modul an, welches Linehan in ihrem Trainingsmanual nicht anführt. Das von Bohus und Wolf dargestellte Modul „Selbstwert“ ist ein Therapiekonzept, welches auf kognitiven Grundlagen aufgebaut ist. Eine näherer Darstellung soll jedoch an dieser Stelle ausbleiben. (Vgl. ebd.)

Im Trainingsmanual von Marsha Linehan zur DBT gibt es eine Vielzahl an Arbeits- und Übungsblättern für alle vier Module, die in den jeweiligen Sitzungen des Fertigkeitentrainings verwendet werden können. So geht es unter anderem in einem Arbeitsblatt zum Modul „innere Achtsamkeit“ darum, sich mit sogenannten „Was-Fertigkeiten“ auseinanderzusetzen und der Frage nachzugehen „Was kann ich tun?“ In diesem Arbeitsblatt werden Anweisungen gegeben, inwiefern der/die KlientIn sich mit dem eigenen Erleben, den eigenen Gefühlen auseinandersetzen soll und wohin er/sie ihre/seine Aufmerksamkeit lenken soll. (Vgl. Linehan, M. 1996b; S. 141) Ein kurzer Auszug aus diesem Übungsblatt soll das eben beschriebene verdeutlichen: *„Achten Sie auf Ihr Erleben. Achten Sie auf Ihre Wahrnehmung, ohne davon eingefangen zu werden. Erleben Sie, ohne auf Ihre Wahrnehmung zu reagieren.“* (ebd.) Am Ende des Übungsblattes wird der/die KlientIn dazu aufgefordert, diese vermittelten Fähigkeiten so lange aktiv einzuüben, bis sie zu einem selbst gehören, um sie dann ganz unbewusst einsetzen

zu können. (Vgl. ebd.) Ein weiteres Beispiel für ein Übungsblatt des Fertigkeitentrainings ist eine Liste angenehmer Aktivitäten, die zur Verwendung im Modul zum bewussten Umgang mit Gefühlen gedacht ist. Fast 180 angenehme Aktivitäten werden hier angeführt, die Anregung für die/den KlientIn sein sollen. (Vgl. ebd. S. 181) Auszugshaft werden unter anderem folgende Aktivitäten genannt: *„Ein Bad nehmen, Karriereplanung, Schulden loswerden, Dinge sammeln, Urlaub machen (...)“* (ebd.) Im Zuge des weiteren Verlaufes dieser Arbeit sollen auch diese Module mit den Arbeitsblättern für die Betrachtung der möglichen Therapie von Personen mit Computerspielsucht herangezogen werden. Eine genauere Darstellung der angeführten Arbeitsblätter muss an dieser Stelle ausbleiben, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

3.2.1.3 Telefonberatung

Die Tatsache, dass TherapeutInnen im Falle von schweren Krisensituationen – beispielsweise bei Selbstverletzungen oder starken Suizidgedanken – telefonisch für ihre KlientInnen erreichbar sind, beschreibt diesen Teil der DBT. Wesentlich ist, dass vorab genau besprochen werden muss, wie diese Telefonate ablaufen sollten und in welchen Situationen sie in Anspruch genommen werden können. Dies bedeutet, dass es stark von den Möglichkeiten der/des TherapeutIn abhängt, wie die telefonische Erreichbarkeit funktionieren kann. Zu vermitteln gilt es in erster Linie, dass der Ablauf der Telefonate genauen Regeln unterliegen, auf die der/die KlientIn Rücksicht nehmen sollte. Sobald der/die KlientIn beschließt, die Telefonberatung in Anspruch zu nehmen, sollte sie/er zuerst erklären, was der Auslöser für die aufgetretene Krisensituation ist und beschreiben, inwieweit es bisher möglich war, bereits erlernte Fertigkeiten einzusetzen und welche der Fertigkeiten sie versucht hat, anzuwenden. Im weiteren Verlauf des Gesprächs geht es darum in Erfahrung zu bringen, welche Skills angewendet werden sollen, wobei es für diesen Aspekt grundlegend notwendig ist, die Skills gut benennen zu können. Wenn der Ernstfall eintritt und ein Suizidversuch bzw. Selbstverletzungen begangen werden, ist von Seiten der/s TherapeutIn wichtig, dies nicht zu verstärken, indem der/m KlientIn gesteigerte Aufmerksamkeit zugebracht wird.

Vielmehr geht es in der nächsten Sitzung darum, das vergangene Verhalten aufzuarbeiten und auszuforschen. (Vgl. Gunia, H. et al 2000; S. 7)

Sendera und Sendera bringen in ihrem Buch zum Skills-Training einen weiteren Aspekt an, der anstelle der Telefonberatung stehen kann. Es hat sich erwiesen, dass in Krisensituationen ein SMS-Kontakt mit der/m TherapeutIn äußerst hilfreich sein kann. Sie beschreiben, dass dies vor allem dann besonders effektiv war, wenn es für die/den KlientInnen nicht mehr möglich war, mit Sprache zu kommunizieren, denn durch den Vorgang des Tippens ist diejenige Person abgelenkt und durch die Bewegung der Augen kommt es zu einer Ruhepause der kognitiv-emotionalen Einengung und der Stresslevel kann so gesenkt werden. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 93)

3.2.1.4 Supervisionsgruppe

Eine Supervisionsgruppe für die TherapeutInnen ins Leben zu rufen, ist wesentlicher Bestandteil der DBT. Mayer-Bruns et al empfehlen, jede Woche eine zweistündige Supervision durchzuführen und ergänzend dazu jede Woche eine videogestützte Supervision abzuhalten. (Vgl. Mayer-Bruns, F. et al 2005; S. 339) Genauso wie in der restlichen DBT-Anwendung wird auch in der Supervision nach dem dialektischen Grundprinzip gearbeitet, was in diesem Fall bedeutet, dass es „*kein richtig oder falsch gibt*“ (Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 92) Alle an der Supervision beteiligten TherapeutInnen haben den Auftrag, an den verschiedenen Lösungen der Probleme zu arbeiten und unterstützend zur Seite zu stehen. (Vgl. ebd.) Der/die SupervisorIn kommt die gleiche Aufgabe zu Teil, wie der/dem Co-LeiterIn im Rahmen des Fertigkeitentrainings in der Gruppe. Das bedeutet, dass der/die SupervisorIn ihr Hauptaufgabenmerk auf das Gleichgewicht zwischen den TherapeutInnen legen muss, um in möglichen Konflikten herauszuarbeiten, wo der Wahrheitsgehalt liegt und dann auf Konfliktlösung und Aussöhnung hinarbeiten zu können. (Vgl. Linehan, M 1996b; S. 22) Wie in vielen Bereichen geht es auch bei der Supervision im Rahmen der DBT darum, ein mögliches Auftreten eines Burnouts zu vermeiden und hier dementsprechend präventiv entgegenzuwirken. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S.92) Dies fasst auch Mayer-Bruns in ihrem Artikel

über die Supervision von DBT-TherapeutInnen zusammen: *„Eine achtsame Grundhaltung sowie die Balance von Unterstützung und Burnout-Prophylaxe einerseits und das Erlernen und Umsetzen effektiver therapeutischer Strategien andererseits werden als Basis der Arbeit beschrieben.“* (Mayer.Bruns, F. et al: http://www.pabst-publishers.de/Psychologie/psyzeit/v_u_v/2003-3/art_04.htm; Stand: März 2010) In dieser zusammenfassenden Aussage wird gut erkennbar, dass die Grundlagen der DBT-Supervision auch auf Achtsamkeit – genauso wie in der Anwendung der DBT bei Personen mit BPS – und das Erlernen von therapeutischen Strategien (vergleichbar mit Skills) sind.

3.2.2 Behandlungsphasen

Zusätzlich zu den einzelnen im vorherigen Kapitel beschriebenen vier Settings sollen im folgenden Teil der Arbeit die drei verschiedenen Behandlungsphasen der DBT beschrieben werden, in die sich der Therapieprozess gliedert. Die Unterteilung in Behandlungsphasen ist in erster Linie für das Setting „Einzeltherapie“ relevant. Es finden sich jedoch Überschneidungen des Behandlungsprogrammes in den anderen Settings „Fertigkeitentraining“ und „Telefonkontakt“. Da die Phasen vorwiegend in der Einzeltherapie wesentlich sind, wird im folgenden Abschnitt der Arbeit ausschließlich von „dem Therapeuten“ und „der Therapeutin“ gesprochen und nicht die Pluralform verwendet. Das Behandlungsprogramm mit den einzelnen Schritten ist klar strukturiert und kann gesamt betrachtet in folgende Behandlungsphasen gegliedert werden:

„Vorbereitungsphase:

- *Aufklärung über die Behandlung*
- *Zustimmung zu den Behandlungszielen und zur Behandlung*

Erste Therapiephase – schwere Probleme auf der Verhaltensebene

Ziel: Kontrolle und Stabilität

- *Verringern von*
 - *suizidalem und parasuizidalem Verhalten*
 - *therapiegefährdendem Verhalten*

- *Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt*
 - *Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten*
- Zweite Therapiephase – schweres Leid auf emotionaler Ebene*
- Ziel: Erlernen von nicht-traumatisierendem Erleben von Emotionen*
- *Verringern von Symptomen, die im Rahmen eines posttraumatischen Stresssyndroms auftreten“*
- (Bohus, M. In: Margraf, J. 2000; S. 422)

Anhand dieser Darstellung der drei Phasen (Vorbereitungsphase, erste und zweite Therapiephase) lässt sich bereits ein erster Eindruck darüber gewinnen, wie genau die DBT für PatientInnen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung zugeschnitten ist. So wird unter anderem in der ersten Therapiephase explizit auf die Suizidalität, die wie bereits im vorangegangenen Kapitel 3.1.1 genau erklärt wurde, besonders hohe Raten aufweist, eingegangen und unter anderem versucht, suizidales Verhalten zu verringern. In einer zweiten Therapiephase wird der Fokus auf die emotionale Komponente gelegt und versucht, Emotionen nicht als traumatisierend wahrzunehmen. Im Laufe der vorliegenden Diplomarbeit soll eine tiefere Auseinandersetzung auch dieser Phasen bezogen auf Computerspielsucht erfolgen. Vorerst geht es im Folgenden jedoch darum, die einzelnen Behandlungsphasen genauer zu beschreiben und Unterschiede zwischen den einzelnen Schritten aufzuzeigen.

In der Vorbereitungsphase spielen psychoedukative Momente – genauso wie in den anderen Phasen der DBT – eine wesentliche Rolle. Wurde eine BPS diagnostiziert, so wird bereits zu Beginn eine genaue Aufklärung über die Erkrankung forciert, wobei wesentlich ist, auch den Begriff „Borderlinestörung“ bereits relativ früh zu nennen. Weiters wird im Verlauf der Vorbereitungsphase über den Ablauf und die genauen Inhalte der DBT gesprochen, auf die Eventualität eines telefonischen Kontaktes in besonderen problematischen Situationen verwiesen und weitere Therapievereinbarungen für den Zeitraum von einem Jahr veranschlagt. Hinzu kommt weiters die Unterzeichnung eines „Non-Suizidvertrages“, bei dem sich der/die KlientIn dazu verpflichtet, während der DBT keine Suizidversuche zu begehen. (Vgl. Bohus, M. In: Margraf, J. (Hrsg.) 2000; S. 423)

Während der ersten Therapiephase steht die Arbeit an suizidalen Verhaltensweisen, genauer die Arbeit derartige Krisen zu bewältigen und mit ihnen umgehen zu können, im Vordergrund. Dabei wird davon ausgegangen, dass suizidalem Verhalten ein inadäquates Problemlöseverhalten zugrunde liegt, dessen Änderung grundsätzlich möglich ist. Aufgabe der/des TherapeutIn ist bei der Arbeit mit Suizidgedanken, Impulsen bzw. Androhungen den momentanen Sinn für das Verhalten hervorzuheben und auf das Leid der/des KlientIn zu achten. (Stuppe, M. 2002; S. 243) Wesentlicher Aspekt in der Arbeit bei suizidalen Krisen ist, dass in der DBT Suizidgedanken oder selbstverletzendes Verhalten als ein Stück eines maladaptiven „Teufelskreises“ gesehen werden. Derartiges Verhalten spielt demnach eine große Rolle, wenn es zu einer Schwächung des emotionalen Gleichgewichts kommt. (Vgl. Bohus, M. In: Margraf, J. (Hrsg.) 2000; S. 425) Auch hier spielen Lernprozesse mit hinein, da dieses schädigende Verhalten als „*gelernte Reaktionsbildung zur Meidung negativ konnotierter Emotionen*“ (ebd.) fungiert. Das bedeutet, Personen mit BPS haben ein scheinbar eingeschränktes Repertoire als Antwort auf negative Emotionen, was einem Lernprozess zugrunde liegt. So geht es in der ersten Therapiephase darum zu lernen, nicht immer diesen ehemals gelernten Weg einzuschlagen. Zu Hilfe kommt in dieser ersten Phase ein Wochenprotokoll, welches angelegt werden soll und in dem emotionale Probleme, maladaptives Verhalten und dysfunktionale Kognitionen festgehalten werden. (Vgl. ebd. S. 424f)

Ein weiterer Teil der Therapie betrifft die Arbeit mit Verhaltensformen, durch deren Auftreten ein möglicher Therapieabbruch resultieren könnte. In dieser Phase spielen nicht nur Verhaltensweisen der/des KlientIn eine Rolle, sondern auch Verhaltensweisen der/s TherapeutIn können einen Therapieabbruch auslösen bzw. herbeiführen. Um gegen einen möglichen Abbruch zu arbeiten ist es wichtig, dass TherapeutInnen ihre eigenen Grenzen erkennen und spüren, wann die persönliche Belastbarkeit zu groß ist, worauf oftmals mit Erschöpfung reagiert wird. (Vgl. ebd. S. 425)

Zu Verhaltensweisen, welche die Lebensqualität betreffen gehören neben anderen auch Folgeverhaltensweisen aufgrund traumatischer Erlebnisse. Im Rahmen der DBT erscheint es sinnvoll, primär Reize, welche zur Aktivierung von traumatischen Erfahrungen führen zu verringern und zu bearbeiten. Da diese Arbeit in der ersten

Therapiephase zu früh wäre, geht es primär darum, Verhaltensweisen und Beziehungen zu stärken und nicht darum, über traumatische Erfahrungen zu sprechen. Der/die KlientIn sollte daran arbeiten, Aktivitäten oder Umgebungen, die Traumatisierungen auslösen können, wenn möglich zu vermeiden. Auslösende Faktoren können zum Beispiel das Anschauen von Filmen über Traumata, die Teilnahme an einer Selbsterfahrungsgruppe, die sich mit Traumaarbeit befasst etc. sein. In einem weiteren Schritt spielt das Skillstraining, welches bereits in Kapitel 3.2.1.2. genau angeführt wurde eine wesentliche Rolle. (Vgl. ebd. S. 426)

In der zweiten Therapiephase konzentriert sich die therapeutische Tätigkeit auf die Behandlung von Folgen durch traumatische Ereignisse. Ein Baustein dieser Therapiephase ist die Bearbeitung negativer Selbstkonzepte und fehlerhafter Grundtheorien, welche mit traumatischen Erlebnissen in Verbindung stehen sowie die Veränderung von Ressourcen. Hierunter versteht man Ressourcen wie Ärger oder Wut, die im Krankheitsverlauf immer mit traumatischen Erlebnissen in Verbindung gebracht wurden und die im Rahmen dieser Phase soweit bearbeitet werden sollen, dass sie zur Verwirklichung von Wünschen und Vorsätzen verwendet werden können. Letztliches Ziel in der Arbeit mit Traumata soll eine Realisierung der Tatsache sein, dass Traumata ein Teil der Vergangenheit sind und es nicht darum geht, diese teilweise bereits vergessenen Strukturen wieder hochkommen zu lassen. (Vgl. ebd. S. 430)

3.3 DBT bei Personen mit BPS in Kombination mit einer Suchterkrankung (DBT-S)

Innerhalb der Literaturrecherche für die vorliegende Diplomarbeit wurde ersichtlich, dass bereits eine spezielle Form der DBT für Personen, die an einer BPS und einer Suchterkrankung gleichzeitig leiden, entwickelt wurde. Marsha Linehan, die als Pionierin und Entwicklerin der DBT gilt, geht in einer genauen Untersuchung mit dem Titel *„Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Disorder and Drug-Dependence“* (Linehan, M. 1999; S: 279) auf die Wirksamkeit der DBT bei Personen mit BPS und einer Suchterkrankung ein. Auch Sendera und Sendera führen in einem kurzen Exkurskapitel in dieses Thema ein

54

und benennen diese eigene Form der DBT mit der Bezeichnung DBT-S. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 198) Weiters ist in der Literatursichtung aufgefallen, dass bereits am Anton-Proksch-Institut in Kalksburg im Rahmen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Tätigkeit auf der Station für primär Alkohol- und Medikamentenabhängige Frauen mit Ansätzen aus der DBT gearbeitet wird. (Vgl. Feselmayer, S. et al 2003; :S. 27) Feselmayer et al formulieren wie folgt: „*Weiters kommen Übungen aus dem Trainingsmanual der dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Linehan (1996) zum Einsatz.*“ (ebd.) So scheint es relevant, sich in einem kurzen Kapitel der DBT-S zu widmen, da dieses Kapitel näher an den auf dieses Kapitel folgenden dritten Abschnitt der Diplomarbeit heranführt, in dem die Potentiale und Aspekte der DBT für computerspielsüchtige Personen herausgearbeitet werden sollen. Wichtig zu beachten ist hierbei, dass die vorliegende Literatur sich ausschließlich mit substanzgebundenen Suchtformen in Kombination mit einer BPS beschäftigt und keine Literatur über DBT-S bei BPS und substanzungebundenen Abhängigkeiten vorliegt.

Linehan gibt in ihrem Artikel „*Dialectical Behavior Therapy for Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications for the Treatment of Substance Abuse*“ (Linehan, M. 1993; S.201) an, warum die DBT gut geeignet für PatientInnen mit BPS und einer Suchterkrankung wäre und führt dabei sogar an, dass die DBT auch generell für Personen, die ausschließlich an einer Substanzabhängigkeit leiden, angewendet werden könne. Linehan dazu: „*(...) that Dialectical Behavior Therapy (DBT), in whole or in part, might be effective as a treatment for substance abuse in general and for substance abusers who also meet criteria for BPD in particular.*“ (ebd.) Sie meint, es wäre möglich, dass die DBT für suchtkranke Personen angewendet werden könne, auch wenn nur Teile aus den einzelnen Bausteinen der DBT zur Anwendung kommen würden. Linehan begründet diese Aussage, in dem sie angibt, dass gerade Impulsdurchbrüche bzw. Impulsivität sowohl bei Personen mit BPS als auch bei Personen mit Substanzabhängigkeit ein wesentliches Kriterium sind. Weiters zeigen Personen, bei denen eine BPS diagnostiziert wurde, höhere Ergebnisse bei Abhängigkeitsskalen auf. Diese Personen haben häufiger in der Vergangenheit an einer Substanzabhängigkeit gelitten oder leiden zum Zeitpunkt der Befragung an einer Substanzabhängigkeit, vergleicht man diese mit

Personen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Laut Linehan ist die Rate von BPS-Patientinnen, die an einer Suchterkrankung leiden, sehr hoch, was sie darauf zurückführt, dass möglicherweise die BPS lediglich eine Spätfolge bzw. Folgeerkrankung einer Substanzabhängigkeit ist. (Vgl. ebd. S. 201f) Auch hier kann diese Aussage durch den Originaltext verdeutlichen, was Linehan meint: *„The high incidence of substance abuse among borderline individuals suggests that, at least some of the time, patterns diagnosed as indicative of BPD may be better viewed as sequelae of substance abuse patterns.“* (ebd. S. 202) Weiters spricht Linehan das suizidale Verhalten bei Personen mit BPS in Korrelation zu Personen mit Abhängigkeitserkrankungen an, da diese in der Diagnose und Behandlung für BPS-Patientinnen besonderen Stellenwert hat. Auch hier gibt es Überschneidungen, da auch bei Abhängigkeitserkrankungen Suizidversuche und -gedanken eine wesentliche Rolle spielen. (Vgl. ebd. S. 203)

Auch Mayer-Bruns et al sprechen von ähnlichen Korrelationen zwischen Substanzabhängigkeit und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zum Einen berichten die Autoren, dass Personen mit der Diagnose BPS und einer Suchterkrankung das Suchtmittel oft als Selbstmedikation zum Spannungsabbau oder ähnlichen negativen Gefühlen und Gedanken verwenden. Hierbei spielt auch der Faktor der Impulsivität eine Rolle, da in diesem Zusammenhang auch von verstärktem impulsivem Substanzmissbrauch gesprochen wird. (Vgl. Mayer-Bruns, F. et al 2005; S. 339) Mayer-Bruns et al forcieren die Anwendung von DBT im stationären Alkoholentzug bei Personen mit BPS und begründen dies wie folgt: *„Die Anwendung der DBT bei der Komorbidität von Suchtstörung und BPS liegt nahe, da emotionale Instabilität und Impulsivität – zwei zentrale Kriterien der DBT – sowohl die Entstehung einer BPS als auch einer Suchtstörung fördern.“* (ebd. S. 339f) Sie gehen damit mit den Aussagen von Marsha Linehan, welche im vorherigen Absatz beschrieben wurden, konform.

Im Rahmen der DBT-S wurden eigene Ziele herausgearbeitet, die den Fokus speziell auf die Suchterkrankung legen. Vorab ist zu sagen, dass sich die Erreichung der Ziele für DBT-S noch aufwendiger als die DBT gestaltet, KlientInnen einer größeren Belastung ausgesetzt sind und eiserner an der Erreichung der Ziele arbeiten müssen. Über den im folgenden genannten Zielen steht das Hauptziel:

Abstinenz zu Erreichen. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 198) Der Aspekt der Abstinenzorientierung bei DBT-S ist ein sehr wesentlicher Gesichtspunkt für die weiteren Betrachtungen in dieser Diplomarbeit. Es muss sich in einem weiteren Kapitel die Frage gestellt werden, inwieweit eine abstinenzorientierte Behandlung bei Personen, die an Computerspielsucht erkrankt sind, sinnvoll ist und zu einer Verbesserung der Situation führen kann. Dies soll jedoch nicht an dieser Stelle besprochen werden. Folgende Ziele können für die DBT-S festgehalten werden:

- *„Reduktion des Drogenkonsums bis zur Abstinenz (...)*
- *Reduktion aller Zugangsmöglichkeiten (Kontakte zu Dealern, Entsorgen von Adressen, Telefonnummern, Meiden von einschlägigen Lokalen) (...)*
- *Reduktion des Verlangens nach dem Suchtmittel durch Anti-Craving-Skills*
- *Behandlung der körperlichen Entzugserscheinungen“ (ebd. S. 199)*

Genauso wie bei der DBT wird die DBT-S in eine Einzeltherapie und in ein Fertigkeitentraining (Skillstraining) gegliedert. Speziell bei BorderlinepatientInnen, die an einer Suchterkrankung leiden spielt die therapeutische Vertragsfähigkeit der KlientInnen eine beachtliche Rolle. KlientInnen schaffen es vielfach nicht, sich an Terminvereinbarungen zu halten bzw. kommen oftmals unpünktlich zu den Sitzungen. Genau diese Thematik soll in den Therapiesitzungen angesprochen werden. Bei diesem Phänomen hat sich zusätzlich eine hochfrequentierte Therapie am Anfang als sehr sinnvoll erwiesen, aber auch eigens festgelegte Telefonkontakte sowie eine Heranziehung des Freundeskreises oder der engen Bezugspersonen können als positiv für das Bestehen der Therapie genannt werden. (Vgl. ebd. S. 199f)

Suchtspezifische Skills sind den in der DBT angeführten Skills sehr ähnlich. Im Modul „innere Achtsamkeit“ geht es primär darum, die Achtsamkeit als Gegengewicht zum Gefühl des „high-seins“ zu verwenden. Auch im Rahmen der DBT-S soll ein Protokoll angelegt werden, in dem Cravingmomente oder Triggerelemente festgehalten werden sollen. Zur weiteren Rückfallprävention wird empfohlen, eine Liste von möglichen anderen Verhaltensweisen zu erstellen. Im Modul „Stresstoleranz“ ist vor allem wichtig, Personen zu meiden, die im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum stehen, zu lernen, welche Skills die betroffene Person bei Craving einsetzen kann und die Erstellung eines

persönlichen Notfallkoffers. (Vgl. ebd. S. 200f) Letzteres meint eine Auswahl an Hilfsmöglichkeiten, die im Notfall anzuwenden sind bzw. auch Antwort auf die Frage: *„Wo und von wem bekomme ich Hilfe?“* (ebd. S. 201) bieten. Beim Umgang mit Gefühlen liegen die Hauptaspekte in der therapeutischen Arbeit im Formulieren von Gegengedanken, im Wahrnehmen und Betiteln von Gefühlszuständen und in der Anfertigung eines Konzeptes, welches das Leben ohne das Suchtmittel im Fokus hat. Eine Erstellung einer Pro/Conraliste soll zusätzlich Erfahrung darüber einbringen, warum das Leben gut bzw. schlecht mit oder ohne dem Suchtmittel ist.

In diesem Modul, welches sich auf die zwischenmenschlichen Beziehungen konzentriert geht es bei DBT-S vor allem um Probleme in Beziehungen, die oftmals den Griff zu einer Substanz zur Folge haben. Insbesondere geht der/die TherapeutIn in diesem Modul auf bestehende Verhaltensmuster ein, arbeitet gemeinsam mit der/m KlientIn am Selbstwert und übt „Nein-sagen“ sobald es um eine bestimmte Substanz geht. (Vgl. ebd. S. 202f) Sendera und Sendera geben aber in der DBT-S – genauso wie in der DBT – zu bedenken, dass sie lediglich als Werkstätte zu verstehen ist, in der Neues ausprobiert und in die Therapie gemeinsam mit der/m Klientin erarbeitet und eingegliedert werden kann: *„Wie vieles in der klassischen DBT ist auch hier die DBT-S als Werkstätte zu verstehen, in der vieles neu erprobt, eingebracht und auch in Zusammenarbeit mit dem Patienten entwickelt wird.“* (ebd. S. 203)

3.4 Zusammenfassung

Ein Rückblick auf den vergangenen zweiten Teil der vorliegenden Diplomarbeit macht darauf aufmerksam, dass nun bereits ein wesentlicher Teil der Arbeit abgeschlossen wurde. Im vergangenen Abschnitt ging es um eine genaue Auseinandersetzung mit der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) von Marsha Linehan. Zusammengefasst sollen nun diejenigen Aspekte dargestellt werden, die für die weiteren Ausführungen wichtig sind.

In einem ersten Kapitel über Themenfelder, die der DBT zugrunde liegen wurde Basisinformation über Sichtweisen, Grundlagen und Grundannahmen transportiert. Mit eingeschlossen in dieses Kapitel wurden Anmerkungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung, insbesondere zur Diagnose und zur biosozialen Theorie der Entstehung dieses Störungsbildes, da dieses Wissen für die weitere Betrachtung wesentlich ist. Denn Potentiale und Konzepte einer therapeutischen Methode können nur für ein Krankheitsbild herausgearbeitet werden, wenn eine vorherige Beschäftigung mit dem ursprünglichen Krankheitsbild stattgefunden hat. Weiters wurde in diesem ersten Kapitel auf die dialektische Sichtweise, die für die DBT wesentlich ist, eingegangen und kurz umrissen, welche Ansätze, Eckpfeiler und Programme die Verhaltenstherapie als Basistherapierichtung in sich birgt. Dies war ein wesentlicher Punkt, da die DBT nur dann verstanden werden kann, wenn eine vorherige Auseinandersetzung mit ihren Grundlagen stattgefunden hat, zu denen auch die Verhaltenstherapie zählt.

In einem zweiten Schritt wurde das gesamte Behandlungsprogramm der DBT dargestellt. Zum Einen wurden in diesem Kapitel die vier unterschiedlichen Settings Einzeltherapie, Fertigkeitentraining in der Gruppe, Telefonberatung und Supervisionsgruppe genau dargestellt, da diese den wesentlichen Rahmen für die Behandlung darstellen. Dabei konnte erkennbar gemacht werden, dass die DBT aus unterschiedlichen Methoden genährt wird und maßgeschneidert für Personen mit einer BPS entwickelt wurde. Als wesentlicher Punkt in der Betrachtung der Settings ist das Fertigkeitentraining in der Gruppe zu nennen, da es als Grundgerüst der DBT anzusehen ist und durch den lerntheoretischen Hintergrund für die weitere Betrachtung im Zusammenhang mit Computerspielsucht relevant ist. Durch die Darstellung der drei verschiedenen Behandlungsphasen der DBT wurde das gesamte Behandlungsprogramm vervollständigt. Durch die Erörterung der drei Phasen (Vorbereitungsphase, erste und zweite Therapiephase) konnten noch einmal Punkte herausgearbeitet werden, die aufzeigen, wie genau auf die Symptome der BPS im Rahmen der Therapie eingegangen wird. So kann zusammengefasst werden, dass suizidales und therapiegefährdendes Verhalten in der Vorbereitungsphase in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit rückt, in der ersten Therapiephase speziell auf Schwierigkeiten auf der Verhaltensebene

eingegangen wird und in der zweiten therapeutischen Phase emotionale Probleme und das Erlernen nicht-traumatisierenden Erlebens im Mittelpunkt stehen.

Das dritte Kapitel dieses Abschnittes der Arbeit galt der Darstellung der DBT bei Personen mit BPS in Kombination mit einer Suchterkrankung. Diese Form der Weiterentwicklung der DBT trägt den Namen DBT-S und findet beispielsweise bereits am Anton-Proksch-Institut in Kalksburg Verwendung. Wichtig hierbei zu nennen ist, dass die DBT-S nicht nur bei Personen mit BPS und einer Suchterkrankung angewendet werden kann, sondern laut Linehan auch nur für substanzabhängige Personen (zumindest Teile der Therapie) Anwendung finden könnten. Im Verlauf dieses Kapitels wurden Gründe genannt, die dafür sprechen, die DBT auch bei substanzabhängigen Personen anzuwenden. So spielen Impulsdurchbrüche sowohl bei Personen mit BPS als auch bei suchtkranken Personen eine wichtige Rolle. Weiters scheint es laut Linehan eine hohe Korrelation zwischen BPS und Suchterkrankungen allgemein zu geben. Auch diese Aspekte sollen für den nun folgenden dritten Abschnitt der Diplomarbeit herangezogen werden.

4 Potentiale und Konzepte der DBT im Zusammenhang mit Computerspielsucht

Im nun folgenden letzten Abschnitt der Diplomarbeit geht es darum, die beiden vorhergehenden Themenfelder „Computerspielsucht“ und „dialektisch-behaviorale Therapie“ zusammenzuführen und Potentiale und Konzepte dieser therapeutischen Methode in Bezug auf Computerspielsucht herauszuarbeiten. Dabei erscheint es sinnvoll, noch einmal einen Blick zurück auf die zu verwendenden Definitionen zu werfen und in ein paar Worten zusammenzufassen, worum es genau in folgendem Abschnitt gehen wird.

Wesentlich für die Zusammenführung beider Themenfelder ist die Definition von Computerspielsucht, die für diese Arbeit gültig ist, da von ihr ausgehend alle weiteren Betrachtungen getätigt werden und insbesondere die DBT im Hinblick auf diese Definition durchleuchtet werden soll. Alle Tätigkeiten am PC, die spielenden Charakter haben und sowohl Online als auch Offline gespielt werden können, zählen im Rahmen dieser Diplomarbeit zum Computerspielen. Somit zählen im Onlinemodus Glücksspiele, Wetten und Onlinespiele (insbesondere Second Life, Sportsimulationen und Strategiespiele), aber auch MMPORGs wie World of Warcraft und Egoshooter zum Begriff „Computerspielen“ ebenso wie Simulatoren und alle gängigen Spiele als PC-Version. (Vgl. Barth, G. et al 2009; S. 36) Eine Grafik dieser Unterteilung ist in dieser Arbeit in Kapitel 2.1.1 ersichtlich. In weiterer Folge wird Computerspielsucht als eine Verhaltenssucht betrachtet, wie sie von Grüßer und Thalemann in ihrem Buch „Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe“ dargestellt wird. Demnach wird Computerspielsucht als eine Verhaltensstörung gesehen, dessen Durchführung über die normale Spieldauer hinaus geht. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 19) Verhaltensweisen bei Computerspielsucht sind den beiden Autoren nach mit jenen bei substanzabhängigen Personen vergleichbar, da auch durch das Computerspielen unterschiedlichste Gefühle reguliert werden können. (Vgl. ebd. S. 25) Eine Einordnung in das gängige Klassifikationssystem ICD-10 unter F63.0 „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ in Anlehnung an das pathologische Glücksspiel empfinden Grüßer und Thalemann als unzureichend,

also „zu wenig“, dennoch spielt die Impulskontrolle eine Rolle bei Computerspielsucht. (Vgl. ebd. S. 23) Zusammenfassend kann in dieser Diplomarbeit Computerspielsucht als Verhaltenssucht ausgedrückt durch exzessives Computerspielen im Online- und Offlinemodus bezeichnet werden.

Ausgehend von diesen Definitionen soll nun im folgenden Abschnitt dieser Diplomarbeit eine Beantwortung der Forschungsfrage: Welche Potentiale und Konzepte beinhaltet die dialektisch-behaviorale Therapie im Zusammenhang mit Computerspielsucht? erfolgen. Vorab ist jedoch wesentlich klarzustellen, dass dies lediglich als ein erster Versuch der Darstellung dieses Themenfeldes ist, von dem möglicherweise in weiterer Folge und genaueren Vertiefung ein erstes Trainingsmanual zur therapeutischen Arbeit mit computerspielsüchtigen Personen entstehen könnte. Wie bereits durch die Forschungsfrage hervorgehoben, sollen in diesem Teil der Arbeit Potentiale und Konzepte der DBT hervorgehoben und herausgearbeitet werden, die für das Störungsbild Computerspielsucht nach den vorangegangenen Definitionen Gültigkeit haben. Bevor dies jedoch genau erarbeitet wird, sollen in einem ersten Kapitel kritische Anmerkungen zum Zusammenhang zwischen Computerspielsucht und DBT gegeben werden, um von vornherein klarzustellen, welche Potentiale und Aspekte die DBT im Zusammenhang mit Computerspielsucht nicht vorweisen kann. Weiters soll in den kritischen Anmerkungen festgehalten werden, welche Faktoren eine Zusammenführung der DBT mit dem Störungsbild Computerspielsucht erschweren, um diese von Beginn an klarzustellen. In einem abschließenden Kapitel soll im Rahmen der Conclusio eine Gesamtbetrachtung der Diplomarbeit erfolgen, sowie Überlegungen zur weiterführenden Arbeit bezogen auf dieses Thema dargestellt werden. Abschließend sollen persönliche Anmerkungen der Autorin zum Thema Gedanken, Überlegungen und Ideen der Autorin preisgeben, die im Laufe der Verfassung dieser Diplomarbeit auftauchten und möglicherweise interessante Ansätze beinhalten könnten.

4.1 Kritische Anmerkungen

Im Laufe des Verfassens dieser Diplomarbeit tauchten durch Sichtung diverser Literaturquellen einige Aspekte auf, die dagegen sprechen, die DBT bzw. auch die DBT-S als Gesamtkonzept bzw. gesamte therapeutische Methode für die Therapie von computerspielsüchtigen Personen einzusetzen. Dies soll heißen, dass Argumente und Aspekte während des Verfassens hervortraten, die eindeutig belegen, warum die DBT bzw. DBT-S in der Form, in welcher sie im vorherigen Abschnitt der Diplomarbeit dargestellt wurde, nicht angewendet werden kann. Weiters traten im Laufe des Verfassens der Diplomarbeit Aspekte hervor, die es eindeutig erschweren, die DBT im Zusammenhang mit Computerspielsucht zu betrachten und damit weitestgehend eine erste Darstellung einer möglichen therapeutischen Methode erschweren. Dennoch birgt die DBT bzw. DBT-S eine Reihe an Potentialen und Konzepten für die Therapie von computerspielsüchtigen Personen, die im weiteren Verlauf dieses Abschnittes herausgearbeitet und genau dargestellt werden. An dieser Stelle sollen nun diejenigen Aspekte erörtert werden, die gegen einen gesamten und nicht-modifizierten Einsatz der DBT und DBT-S bei Computerspielsucht sprechen und bei der Erarbeitung von Potentialen und Konzepten sich als problematisch erweisen könnten. Genau eingegangen soll in diesem Kapitel zusätzlich auf generell aufgetretene Probleme werden, die bei der Aufarbeitung der Forschungsfrage entstehen können und mitzuberücksichtigen sind.

4.1.1 Umsetzungsproblematik

Ein kritischer Aspekt der DBT bzw. DBT-S betrifft die Umsetzung des Behandlungsprogrammes generell und die Klarheit der einzelnen Behandlungsschritte, ihre Durchführbarkeit und im weiteren Sinne die Umsetzung bei computerspielsüchtigen Personen. Denn wie bereits in Kapitel 3 dieser Diplomarbeit genau erläutert wurde, besteht die DBT aus unterschiedlichen Settings, was wiederum bedeutet, dass eine Vielzahl an professionell tätigen und geschulten Personen für die Durchführung der DBT notwendig ist. Eine praktische

Umsetzung der DBT nach den von Linehan vorgegebenen Strukturen erscheint schwer umsetzbar zu sein, da mehrere TherapeutInnen mit einer/m KlientIn arbeiten müssen und somit eine Kooperation stattfinden muss. Friedrich et al beschreiben das sogenannte „Darmstädter Modell“, wo die DBT beinahe vollständig nach den Vorgaben von Linehan umgesetzt wird. In diesem Projekt wird ambulant mit verschiedenen niedergelassenen TherapeutInnen so gearbeitet, wie es bis dahin nur in Kliniken umsetzbar war. (Vgl. Friedrich, J. et al 2003; S. 290) Problembereiche in der Umsetzung können anhand der Erläuterung in diesem Setting klarer werden, da die DBT-Arbeit in Darmstadt anfänglich unter anderem von Schwierigkeiten hinsichtlich der Finanzierung der unterschiedlichen TherapeutInnen in Kombination mit der doch hohen Stundenanzahl geprägt war, die in diesem Beispiel allerdings gelöst werden konnten. Weiters sollte eine gemeinsame Ausbildung der TherapeutInnen eine ausreichende Grundlage sichern. Während der Durchführung der DBT findet im Darmstädter Setting eine Supervision im Abstand von vier Wochen statt, die zusätzlich mit ganztägiger Supervision mehrmals pro Jahr kombiniert wird, wobei alle Sitzungen per Videoaufnahme dokumentiert werden und von einer außenstehenden Expertin kritisch betrachtet werden. (Vgl. Gunia, H. et al 2000; S. 8f) Dies lässt erkennen, dass die DBT in ihrem Gesamtausmaß sehr aufwendig und ihre Umsetzung höchstwahrscheinlich mit Hürden verbunden ist. Bohus und Wolf sprechen auch den Punkt an, dass ein derartiges therapeutisches Team für die Durchführung der DBT aufzubauen nicht immer möglich ist und an manchen Orten keine TherapeutInnen, welche in DBT ausgebildet sind, greifbar sind. So berichten die beiden Autoren, dass in der praktischen Umsetzung der DBT zuweilen immer wieder nur das Fertigkeitentraining in der Gruppe angeboten wird und die Einzeltherapie ausgelassen wird bzw. PatientInnen ausschließlich in einer Einzeltherapie an ihrem Störungsbild arbeiten. Dieses Vorgehen sehen der Autor und die Autorin zwar als kritisch an, lehnen die Durchführung aber nicht gänzlich ab, sondern geben zu bedenken, dass mindestens alle vier Elemente des Skilltrainings in einer der beiden Therapieformen eingesetzt werden sollen um Erfolge erzielen zu können. (Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 3f) Zusammengefasst kann demnach die Aussage getroffen werden, dass die Durchführung des DBT Gesamtherapieprozesses sehr aufwendig ist und vielerorts möglicherweise

aufgrund fehlender Ressourcen nicht umgesetzt werden kann. Nichts desto trotz ist es immerhin möglich, Teile der DBT herauszugreifen und diese in der therapeutischen Arbeit einzusetzen. Welche Teile der Therapie für Personen mit Computerspielsucht herausgearbeitet werden können, soll an späterer Stelle erörtert werden. Zunächst gilt es im Hinblick auf die Umsetzung der DBT kritisch auf Computerspielsucht einzugehen und einen Aspekt dahingehend zu beleuchten, der die Teilnahme von Personen mit Störungen der Verhaltenskontrolle betrifft. Denn Bohus und Wolf deklarieren in ihrem Manual für das Skillstraining, dass Personen mit *„schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle“* (ebd. S. 5) nicht am einem Skillstraining teilnehmen sollen, wenn keine EinzeltherapeutIn zur Verfügung steht. Wird Computerspielsucht als eine Verhaltenssucht und damit als eine Störung im Verhalten angesehen, so würden der Autor und die Autorin dafür plädieren, das Skillstraining in diesem Falle nicht durchzuführen, sondern so lange zuzuwarten, bis mindestens vier Monate lang eine deutliche Verbesserung der Situation der KlientIn eingetroffen ist. Bohus und Wolf beschreiben diese Tatsache sehr eindringlich: *„So hart dies klingt: Wir würden empfehlen, unter diesem Umständen die Teilnahme an der Skillsgruppe nicht zu erlauben. Der Betroffene benötigt dringend eine kompetente Behandlung, und diese kann in dieser umfassenden und individuell ausgerichteten Form nicht von der Skillsgruppe erwartet werden.“* (ebd.) Es wird erkennbar, dass der gruppentherapeutische Rahmen, den das Skillstraining bietet, für Personen die eine schwere Ausprägung von Computerspielsucht aufzeigen, nicht geeignet ist, wenn eine zusätzliche Einzeltherapie aufgrund fehlender Ressourcen ausbleiben muss. Dies sollte bei der weiteren Betrachtung in dieser Diplomarbeit im Auge behalten werden.

4.1.2 Definitionsproblematik

Im weiteren Verlauf der Überlegungen, die DBT bei computerspielsüchtigen Personen anzuwenden, tauchte ein weiterer Aspekt auf, der kritisch anzumerken ist. Er beleuchtet den Rahmen rund um die unterschiedliche Definitionsweise des Suchtbegriffes in der DBT-S im Unterschied zum Suchtbegriff bei Computerspielsucht in vorliegender Arbeit. Während bei der DBT-S ausgehend

von substanzabhängigen Personen Sucht entsprechend der Selbstverletzung als ein fehlerhaftes Funktionieren der Impulskontrolle und damit als Impulskontrollstörung gesehen wird (Vgl. ebd. S. 199), wird in dieser Diplomarbeit der Suchtbegriff weitläufiger betrachtet und zu den Verhaltenssuchten gezählt. Eine Erläuterung, wie Verhaltenssuchte zu definieren sind, ist im Rahmen dieser Diplomarbeit bereits in den einleitenden Worten in diesen Abschnitt zu Kapitel 4 sowie in Kapitel 2.1.2 erfolgt. Es erscheint als nicht gerechtfertigt, therapeutische Ansätze ohne Modifizierung und Anpassung zu übernehmen, wenn von unterschiedlichen Definitionen bezogen auf ein Krankheitsbild ausgegangen wird, da sich die unterschiedliche Ausgangslage der Betrachtung eines Störungsbildes sowohl in einzelnen Behandlungsaspekten und -schritten, als auch in Behandlungszielen bemerkbar macht.

Hinzu kommt im Zusammenhang mit der Definition von Verhaltenssucht ein in dieser Arbeit bereits angeführter Faktor, der auch hier eine sehr wesentliche Rolle spielt und es erschwert, genauere Angaben über Charakteristika von Verhaltenssucht zu machen und das eben beschriebene Definitionsdilemma noch problematischer erscheinen lässt und weiter zuspitzt: Bis zum heutigen Zeitpunkt ist die Datenlage bezogen auf Verhaltenssuchte noch so wenig ausgereift, dass noch keine definitive Diagnostik durchführbar ist. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 21) *„Umso wichtiger ist eine adäquate Diagnostik des Störungsbildes, das heißt die Erstellung eines Kataloges, der die jeweiligen Erkennungsmerkmale genau festlegt. Nur bei einer genauen Beschreibung und Einordnung des Störungsbildes lassen sich auch effektive therapeutische Maßnahmen ableiten.“* (ebd.) Diese Aussage zeigt wiederum auf, inwieweit die Aufarbeitung dieses Diplomarbeitsthemas im Rahmen dieser Arbeit lediglich als ein erster Versuch gesehen werden kann und die Forschung zu wenig weit vorangetrieben wurde, um klare therapeutische Ansätze herausarbeiten zu können. Nicht nur Grüßer und Thalemann verweisen auf diesen Faktor, auch Lampen-Inkamp und Te Wildt bemerken dahingehend: *„Welche psychotherapeutische Verfahren sich langfristig bei der Behandlung von Internetabhängigkeit als hilfreich erweisen werden, kann sich erst herausstellen, wenn das Störungsbild selbst besser in seinen Grundzügen erforscht ist.“* (Lampen-Inkamp, S./Te Wildt, B. In: Hardt, J. et al 2009; S. 128)

Trotz dieser Problematik in Bezug auf fehlender Forschung und damit einhergehender Schwierigkeiten und vereinzelter Diffusität im Hinblick auf unterschiedliche Begrifflichkeiten, behält die Definition von Verhaltenssucht in dieser Diplomarbeit ihre Gültigkeit und Potentiale und Konzepte sollen anhand dieser Definition im nächsten Kapitel herausgearbeitet werden, um somit eine tatsächliche Modulation der DBT bzw. DBT-S zumindest Ansätze für eine Modulation für Personen mit Computerspielsucht anbieten zu können.

4.1.3 Behandlungsproblematik Faktor Suizidalität

Ein weiterer Aspekt sei an dieser Stelle erwähnt, der einen störenden Faktor einnehmen könnte, betrachtet man die DBT im Zusammenhang mit Computerspielsucht: den Faktor der Suizidalität. *„Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den neunziger Jahren von Marsha Linehan als störungsspezifisches Konzept zur Behandlung von chronisch suizidalen Patientinnen mit einer BPS erarbeitet“* (Holz, B. 2007; S. 45) leitet Holz in die Erklärung zur DBT ein. Er betont mit dieser Aussage die spezielle Ausrichtung der DBT auf chronische Suizidalität, die bereits im Kapitel 3.2.2 zu den einzelnen Behandlungsphasen erörtert wurde. Auch diese Ausrichtung der Therapie kann in der Art und Weise nicht für Personen mit Computerspielsucht übernommen werden, da Suizidalität kein so tragendes Moment des Krankheitsbildes ist. Vielmehr müssen im Rahmen einer Behandlung von Computerspielsucht die Indikatoren für Computerspielsucht ins Zentrum rücken: *„Häufiger, unwiderstehlicher Drang, ins Internet einzuloggen, Kontrollverluste (länger als intendiert online zu verweilen), einhergehend mit Schuldgefühlen und negativer sozialer Auffälligkeit im engsten Umkreis (...)“* (Kammerl, R. In: Grampp, S. et al 2009 S. 96) sind die wesentlichsten Faktoren laut Kammerl. Viel wichtiger ist jedoch bei Verdacht auf eine vorliegende Verhaltenssucht, wie beispielsweise Computerspielsucht, etwaige dahinterliegende psychische Erkrankungen auszuschließen und deren Vorhandensein abzuklären, da laut Kammerl ein sehr starker Zusammenhang zwischen Computerspielsucht und anderen Persönlichkeitsproblemen besteht. Aber auch für diesen Aspekt gilt, dass die Forschungslage in Bezug auf mögliche

Komorbiditäten noch zu wenig fortgeschritten ist, um effektive Aussagen darüber tätigen zu können. (Vgl. ebd. S. 100)

4.1.4 Behandlungsproblematik Faktor Abstinenzorientiertheit

Der wesentlichste Aspekt, der aufzeigt, warum die DBT bzw. DBT-S nicht in der im vorangegangenen Kapitel dargestellten Form für Personen mit Computerspielsucht übernommen werden kann, betrifft das Thema der Abstinenzorientiertheit. Das bedeutet, Ziel einer Therapie von Computerspielsucht kann nie die komplette Abstinenz, welche teilweise in der Therapie von Substanzabhängigkeit forciert wird, sein. Vielmehr soll das Hauptanliegen in der Arbeit mit computerspielsüchtigen Personen sein, einen normalen und sinngerechten Umgang mit dem Computer zu lernen. Auch Grüßer und Thalemann geben wieder, warum eine abstinenzorientierte Behandlung und damit ein Leben ohne Zugang zum Computer unmöglich ist: *„Für die verschiedenen Formen der Verhaltenssucht (z.B. exzessives Computerspielen, Kaufen, Sex) kann im Allgemeinen nicht die Enthaltsamkeit beziehungsweise das Aufgeben des Verhaltens angestrebt werden, da es sich um die krankhaft übertriebene Ausprägung eines ursprünglich normalen und sinnvollen, im Alltag fest verankerten Verhaltens handelt.“* (ebd. S. 82) Einen normalen Umgang mit dem Computer zu erlernen und ihn lediglich für Dinge zu gebrauchen, die einen funktionalen Hintergrund haben, dafür plädieren auch die TherapeutInnen in der Klinik Münchenwies, die bereits Erfahrungen mit diesem Krankheitsbild haben und ein Behandlungskonzept für Personen mit pathologischem PC/Internet-Gebrauch erstellt haben. (Vgl. Vogelsang, M. (Hrsg.) 2009; S. 13) Auch hier soll Ziel der Behandlung unter anderem die *„Rückkehr zum nur funktionalen PC/Internet-Gebrauch“* (ebd.) sein. Auch in der Therapie von Personen, die alkoholabhängig sind, gibt es bereits ein vergleichbares Konzept zum kontrollierten Trinken. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 82) Beim sogenannten kontrollierten Trinken geht es in erster Linie darum, Alkohol in einer kleinen Menge trinken zu können, ohne davon negative Konsequenzen zu erleiden. Ziel hierbei sollte sein, nicht aufgrund des gewünschten Rauschzustandes zu trinken, sondern aufgrund bestimmter gesellschaftlicher Situationen eine kleine

Menge Alkohol zu sich nehmen zu dürfen. (Vgl. Sobell, M./Sobell, L. In: Klingemann, H. et al (Hrsg.) 2004; S. 30ff)

Grüßer und Thalemann haben herausgearbeitet, welches die wesentlichsten Punkte in der Arbeit mit computerspielsüchtigen Personen bezogen auf den Aspekt der kontrollierten Nutzung des Computers sein sollen. Sie beziehen sich dabei jedoch explizit auf computerspielsüchtige Kinder und sprechen mit den folgenden Punkten speziell Erziehungsberechtigte an. Dennoch haben diese Punkte auch für die allgemeine Arbeit mit Computerspielsüchtigen Relevanz:

„Das Kind soll:

- *einen angemessenen Umgang mit Computerspielen erlernen*
- *sich des Unterschiedes des normalen Computerspielverhaltens im Gegensatz zu der inadäquaten Nutzung des Computers bewusst werden*
- *nicht (zwangsläufig) ganz auf Computerspiele verzichten müssen, aber alternative Interessen entwickeln oder wiederentdecken*
- *eine bessere soziale Kompetenz im Umgang mit Konflikten erwerben.“*

(Grüßer, S/Thalemann, R. 2006; S. 83)

Dabei zielen die ersten drei Punkte auf den kontrollierten Umgang mit Computerspielen ab und sollen Erziehungsberechtigten oder anderen Personen aufzeigen, inwieweit Kinder einen normalen, bewussten und angemessenen Umgang mit dem Computer erlernen sollten. Der dritte Punkt befasst sich mit der Konfliktfähigkeit eines Kindes und zeigt auf, dass hierbei ein verbesserter Umgang zu einem bewussteren Computerspielverhalten führen kann.

Im Gegensatz dazu wird im Buch „Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung“ von Sendera und Sendera die DBT-S vorgestellt. *„Das obergeordnete Ziel bei der Therapieplanung ist die Abstinenz, davor arbeitet man in kleinen Schritten an Teilzielen.“* (Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 198) wird gleich zu Beginn des Kapitels zur DBT-S als Weiterentwicklung der DBT argumentiert. Die beiden Autorinnen geben als Teilziele der DBT-S an, zum Einen Probleme lösen zu können, also sich Problemlösungskompetenzen aneignen zu lernen, zum Anderen sehen Sendera und Sendera das Entdecken von Ressourcen des/der KlientIn als ein Teilziel der Therapie an. Somit könnte das Erreichen von

diesen eben genannten Teilzielen für Personen mit Computerspielsucht zwar als wesentlicher Aspekt in der Therapie herausgearbeitet werden, aber das übergeordnete Ziel der Abstinenz bei Computerspielsucht nie erreicht werden. Durch diese Argumentation kann ein klar ersichtlicher Aspekt herausgearbeitet werden, welcher aufzeigt, dass die DBT bzw. DBT-S nicht ohne Modulation bzw. Modifikation der Behandlungsmaßnahmen und Ziele für Personen mit Computerspielsucht übernommen und angewendet werden kann.

Für die weitere Betrachtung der Potentiale und Konzepte der DBT im Zusammenhang mit Computerspielsucht gilt, die eben genannten kritischen Anmerkungen im Auge zu behalten und von diesen Aspekten ausgehend weiterzuarbeiten. Zusammengefasst konnten folgende Aspekte herausgearbeitet werden, die kritisch zu betrachten sind:

- Umsetzungsproblematik: Aufgrund des hohen personellen Aufwandes, der speziell bei Personen mit einer Verhaltensstörung notwendig erscheint, könnten fehlende Ressourcen möglicherweise eine Umsetzung der DBT erschweren und müssen bei der Betrachtung therapeutischer Maßnahmen berücksichtigt werden.
- Definitionsproblematik: Da bei der DBT-S Sucht im Unterschied zur Verhaltenssucht anders definiert wird, scheint es nicht möglich zu sein, die DBT bzw. DBT-S ohne Modulation für Computerspielsucht zu übernehmen.
- Behandlungsproblematik Faktor Suizidalität: Der Faktor der Suizidalität, der bei der DBT-Behandlung eine zentrale Rolle einnimmt, spielt bei der Behandlung von Computerspielsucht scheinbar eine geringe Rolle und soll in dieser Arbeit in den Hintergrund rücken.
- Behandlungsproblematik Faktor Abstinenzorientiertheit: Ziel einer therapeutischen Intervention bei Personen, die von Computerspielsucht betroffen sind, kann nie absolute Abstinenz sein. Vielmehr muss der Fokus der Therapie auf einem „normalen“ Umgang mit dem Computer liegen.

4.2 Potentiale und Konzepte

Welche Konzepte birgt die DBT bzw. die DBT-S für die Therapie von computerspielsüchtigen Personen? Welche Potentiale stecken in diesen Konzepten? Diesen beiden Fragen wird nun in folgendem Kapitel unter Rücksichtnahme der kritischen Anmerkungen des vorherigen Kapitels nachgegangen. Vorab erscheint es jedoch wichtig, die beiden tragenden Begriffe dieses Kapitels „Potential“ und „Konzept“ genau zu definieren und damit festzulegen, von welchen Begrifflichkeiten in dieser Arbeit ausgegangen wird. Denn nur so kann die Forschungsfrage unter Einhaltung der wissenschaftlichen Standards beantwortet werden.

Im „Wahrig Fremdwörterlexikon“ wird der Begriff „*Potential*“ bzw. „*Potenzial*“ als „*Leistungsfähigkeit*“ definiert. (Wahrig-Burfeind, R. (Hrsg.) 2002; S. 746) So soll auch in dieser Diplomarbeit dem Begriff der Leistungsfähigkeit Rechnung getragen werden und dahingehend erörtert werden, welche Konzepte der DBT bzw. DBT-S leistungsfähig für die Anwendung bei Personen, die an Computerspielsucht leiden, wären. Als leistungsfähig können diejenigen Konzepte bezeichnet werden, bei denen es durch die vorherige intensive Literatursichtung und Recherche zum Thema Computerspielsucht Anhaltspunkte und Ansatzpunkte gegeben hat, die darauf hindeuten, dass diverse Konzepte der DBT bzw. DBT-S Potentiale enthalten, die für computerspielsüchtige Personen gut einsetzbar werden. Der Begriff „*Konzept*“ wird im Fremdwörterlexikon als „*erste Niederschrift, erste Fassung, Plan, Entwurf*“ (ebd. S. 503) definiert und zeigt damit auf, dass in vorliegender wissenschaftlicher Arbeit sogenannte Entwürfe oder Pläne aus der DBT bzw. DBT-S entnommen werden – eben diejenigen Pläne oder Entwürfe, die ein hohes Potential für diese Suchterkrankung haben – und für das Störungsbild der Computerspielsucht adaptiert werden sollen. Das bedeutet, dass in folgendem Kapitel sowohl Literatur zum Thema Computerspielsucht als auch zur DBT bzw. DBT-S herangezogen wird.

4.2.1 Konzept Verhaltenstherapie

Oliver Bilke und Ingo Spitzczok von Brisinski stellen in einem Fallbeispiel eines vierzehnjährigen Mädchens, welches laut den beiden Autoren eine Abhängigkeit in Bezug auf ein Autocomputerspiel entwickelte, einleitend dar, warum das Konzept der Verhaltenstherapie bzw. Konzepte, die auf der Verhaltenstherapie aufbauen für Personen, die an Computerspielsucht leiden, sinnvoll einsetzbar sein könnte. Sie beschreiben in diesem Beispiel ein Mädchen, welches aufgrund einer möglichen Depression mit einer schweren Sozialphobie in eine Ambulanz kam und sich verbal nur adäquat, klar und detailliert äußern konnte, wenn sie von ihren Erfolgen und Erlebnissen dieses Autocomputerspieles berichtete. Die Autoren beschreiben dahingehend: *„Online-Rollenspiele, Chatten, Nutzung des Internets für Recherchen usw. waren für sie in keiner Weise interessant, lediglich das fast zwanghafte Üben und Nachspielen eines bestimmten Computerspieles gaben ihr ein subjektives Wohlbefinden. Eine Reduktion dieses Spiels oder eine Unterbrechung hatten in der Vorgeschichte der Familie zu erheblichen Aggressionen, Impulsdurchbrüchen und destruktiven Aktionen seitens der sonst sehr schwächtigen und freundlichen Patientin geführt.“* (Bilke, O./Spitzczok von Brisinski, I. 2009; S. 4)

Was kann durch diese Beschreibung erkennbar werden? Eine wesentliche Information, die durch dieses Zitat geliefert wird ist die Tatsache, dass die Ausübung des Spiels bei dem vierzehnjährigen Mädchen nicht mehr nur willkürlich steuerbar war und wie die Autoren beschreiben, beinahe zwanghaft ausgeführt werden musste. Aus diesem Verhalten resultierte bei dem Mädchen ein angenehmes, subjektiv empfundenes Wohlfühl. Dadurch wird erkennbar, dass in diesem Fall das süchtige Verhalten durch einen Lernprozess zustande gekommen ist. Wie bereits im Kapitel 2.3.2 über lerntheoretische Ansätze für Entstehung und Aufrechterhaltung von Computerspielsucht beschrieben wurde, geht es dabei um positive Erfahrungen, die durch das Ausüben eines bestimmten Verhaltens gemacht werden und die einer späteren Suchterkrankung vorausgehen können. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 44) Im Rahmen dieses Beispiels kann die sogenannte operante Konditionierung als Entstehungsmodell für Computerspielsucht herangezogen werden. Im Fall des eben beschriebenen Mädchens wirkt das Spielen des Autocomputerspiels positiv verstärkend, also

belohnend auf das Verhalten. Wenn durch dieses Verhalten Zustände wie Stress oder Anspannung nicht auftreten, zurückgehalten oder verabschiedet werden können, wirkt das genauso verstärkend, jedoch nun negativ verstärkend. Daraus entwickelt sich ein Verlangen nach der weiteren Ausübung des Autocomputerspiels bei dem Mädchen. (Vgl. ebd.) Bilke und Spitzczok von Brisinski bezeichnen dies als *„einen fehlgeleiteten Versuch, Lebensprobleme wie Stress, Einsamkeit, familiäre Konflikte oder Depressionen zu bewältigen“* (Bilke, O./Spitzczok von Brisinski, I. 2009; S. 6) Für die beiden Autoren steht demnach ein dysfunktionales Verhalten im Bezug auf Bewältigung von Lebensproblemen im Mittelpunkt der Suchterkrankung. Sie betonen, dass dieses Verhalten im Rahmen einer Therapie bei der die Verhaltenskette durchbrochen wird, geändert werden kann und durch anderwertige Strategien ersetzt werden sollte. Ein Zitat dazu soll diesen Aspekt verdeutlichen: *„Zeigt sich im Problemverhalten, dass es durch Störungen in anderen Lebensbereichen (z.B. Ängste, Depressionen, Familienkonflikte, Lebenskrisen) ausgelöst und im Sinne eines Vermeidungsverhaltens negativ verstärkt wird, muss die Therapie bei der Änderung dieser Verhaltenskette ansetzen: Der Aufbau alternativer Copingstrategien ist die Therapiestrategie.“* (ebd.)

Hier kommt nun die DBT bzw. DBT-S in Spiel, da sie aufbauend auf der Verhaltenstherapie einige Potentiale beinhaltet, die an dysfunktionalem Verhalten anknüpfen und eine Veränderung des Verhaltens herbeiführen sollen. An dieser Stelle sollen nun diejenigen auf der Verhaltenstherapie beruhenden Potentiale herausgearbeitet werden.

Wichtige Behandlungsstrategien, die in der DBT-Arbeit bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt werden, sind unterschiedliche Problemlösungstechniken, bei denen ebenso wie im vorherigen Absatz beschrieben, von dysfunktionalem Verhalten als ein möglicher Versuch der Erlösung von Stress und Anspannung ausgegangen wird. Bevor mit der gemeinsamen Erarbeitung von Problemlösungstechniken begonnen werden kann, wird in der DBT eine genaue Verhaltensanalyse gemacht und erörtert, welche Problemlösungsstrategien zum momentanen Zeitpunkt vorhanden sind. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 84) Sendera und Sendera können diesen Teil der Therapie genau darstellen und sehr praxisnahe beschreiben, wie es KlientInnen

bei der Erarbeitung der Verhaltensanalyse geht: „Oft ist dies (die Verhaltensanalyse, Anm. d. Autorin) schwierig, da Betroffene nicht genau angeben können, worin genau das Problem liegt und was genau mit ...mir geht es sehr schlecht, ich halte es nicht mehr aus! gemeint ist.“ (ebd.) So scheint es für die TherapeutInnen in der Erarbeitung mit der/m KlientIn oftmals eine Herausforderung zu sein, die Probleme genau darzustellen, was möglicherweise auch auf Personen, die an Computerspielsucht leiden zutreffen könnte. Im weiteren Verlauf wird in der DBT eine genaue Kettenanalyse angefertigt, um genau erfassen zu können, welche Lösungsversuche problembehaftet waren und wie darauf reagiert wurde. (Vgl. ebd.) Im Rahmen einer Therapie eine Kettenanalyse zu erarbeiten wird nicht nur in der DBT, sondern auch in der DBT-S eingesetzt und kann als ein Potential herausgearbeitet werden, welches für die Arbeit mit Betroffenen von Computerspielsucht hilfreich sein könnte. So kann die Kettenanalyse bildlich verstanden werden: (ebd. S. 90)

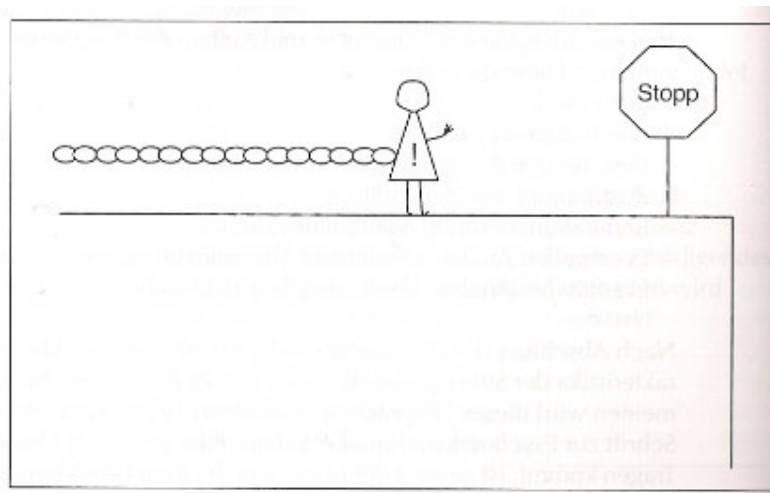


Abbildung 5: Kettenanalyse

Ein weiterer verhaltenstherapeutischer Faktor, der für die therapeutische Arbeit mit Computerspielsüchtigen aus der DBT potentiell hilfreich sein könnte ist das sogenannte Kontingenzmanagement. Es beruht auf dem Konzept der operanten Konditionierung von Skinner und geht somit genauso wie im vorherigen Beispiel des vierzehnjährigen Mädchens davon aus, dass durch negative Verstärker Spannungszustände abgebaut werden können. Grundsätzlich geht es beim Kontingenzmanagement darum, dass Verhaltensmuster bei der „Darbietung

positiver Konsequenzen“ (ebd. S. 87) und dem „*Wegfall negativer Konsequenzen*“ (ebd.) aufrecht erhalten bleiben. Durch eine vorangegangene exakte Verhaltensanalyse kann herausgefunden werden, welche Mittel in der Therapie als negative Verstärker und welche Mittel als positive Verstärker wirken. Mit dem/r KlientIn wird gemeinsam besprochen, welche Mittel zu einer Verhaltensveränderung führen könnten und welche Strategien eine Verhaltensveränderung am effektivsten hervorrufen könnten. Klar ist, dass zu diesem Zwecke das Erlernen von Fertigkeiten eine wesentliche Rolle spielen kann, wenn der/dem KlientIn Skills fehlen, die dafür notwendig sind. (Vgl. ebd. S. 86f)

Verhaltens- und Kettenanalysen werden in der Praxis folgendermaßen erarbeitet: Am Beginn suchen sowohl TherapeutIn als auch KlientIn nach einem bestimmten Ereignis und erörtern die dazugehörigen „Kettenglieder“, welche wie folgt aufgebaut sein sollen (Vgl. ebd. S. 112):

- *„Beginn des Problems*
- *Mitte (aufeinander folgende Ereignisse)*
- *Ende (Konsequenzen)“* (ebd.)

Danach überprüfen TherapeutIn und KlientIn zu welchem Zeitpunkt eine Chance bestanden hätte, die Situation zu stoppen und nicht mit dem üblichen Verhalten auf die Situation zu reagieren. So könnten neue Verhaltensweisen entstehen und erlernt werden. Dafür geben Sendera und Sendera einige zentrale Fragestellungen bekannt, die für die Arbeit mit Betroffenen von Computerspielsucht übernommen werden können und eine hilfreiche Stütze in der Therapie sind (Vgl. ebd. S: 113):

- *„Was genau geschah? (Wann? Wo? Wer war noch beteiligt?)*
- *Was war knapp davor?*
- *Was macht besonders anfällig (Stress, Alkohol, Drogen, Medikamentenmissbrauch, intensive Gefühle, gestörtes Essen oder Schlafen, körperliche Erkrankung)?*
- *Welche Konsequenzen ergeben sich daraus? (Gedanken, Gefühle, Körperreaktionen, Reaktion der Umgebung)*
- *Welche Konsequenzen ergeben sich für andere?“* (ebd.)

Ist die Verhaltensanalyse abgeschlossen ist der weitere Schritt nach Punkten zu suchen, wo ein anderes Verhalten möglich hätte sein können. Auch hier geben die beiden Autorinnen als Hilfestellung primäre Fragestellungen für den/die TherapeutIn an (Vgl. ebd.):

- „Wo und wann hätten Sie anders handeln können?
- Welcher Skill wäre möglich gewesen? Was ist jetzt möglich zu tun?“ (ebd.)

4.2.2 Konzept Psychoedukation

„Psychoedukation für Borderline-Störung versteht sich als Teil eines umfassenden psychotherapeutischen Handlungskonzepts. Erstmals mit der Erkrankung konfrontierten Patienten soll Hilfestellung im „Dschungel Psychotherapie“ gegeben und Menschen, die aus dem Behandlungssystem herausgefallen sind, eine Wiederannäherung an eine ihrer Störung angemessenen Therapie erleichtert werden.“ (Rentropp, M. et al 2006; S. 15)

Diese von Rentropp et al dargestellte Definition von Psychoedukation, wie sie für PatientInnen mit einer BPS Verwendung findet, soll aufzeigen, welche Leistung Psychoedukation erbringt und welchen Nutzen sie für KlientInnen darstellen kann. Es geht demnach beim Konzept der Psychoedukation darum, KlientInnen im Rahmen der Therapie exakt über ihr Störungsbild aufzuklären und ihnen zu vermitteln, welche Probleme durch die Diagnose BPS entstehen können. Im Rahmen der DBT erfolgen psychoedukative Momente in der Einzeltherapie und stellen dort ein sich durch die gesamte Therapie ziehendes therapeutisches Mittel dar. Bereits nach der Diagnosestellung kann in der Einzeltherapie mit der genauen Aufklärung über die Störung und den häufig auftretenden Schwierigkeiten, die mit der Erkrankung verbunden sind, begonnen werden. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 89) Ziel des psychoedukativen Anteils in der Therapie soll sein, dass KlientInnen zu ExpertInnen hinsichtlich ihrer Erkrankung werden können. (Vejmola, D. 2004; S. 15) Auch Bohus und Wolf, die ein Manual für das Skillstraining erstellt haben, betonen, dass eine kurze Aufklärung und Abprüfung

in einem Vorgespräch für das Fertigkeitentraining notwendig ist. Sie formulieren die Frage dahingehend so: *„Können Sie mir erklären, was Sie persönlich unter einer Borderline-Störung verstehen bzw. wie sich diese in Ihrem speziellen Fall äußert?“* (Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 7) Diese Frage impliziert nicht nur, dass der/die KlientIn sich mit dem Krankheitsbild auseinandersetzt, auch die TherapeutInnen können den momentanen Wissenstand über BPS der/s KlientIn überprüfen.

Psychoedukation kann auch in der therapeutischen Arbeit mit Betroffenen von Computerspielsucht Relevanz haben, wie Stefan Baier im Deutschen Ärzteblatt schreibt. Der Autor führt zwei wesentliche psychoedukative Aspekte an, die bereits in dieser Arbeit im Kapitel 2.4. zu den Therapiemöglichkeiten (Vgl. Abb. 4) kurz aufgezeigt wurden. Hierbei wird zum einen das sogenannten „Vervielfältigen“ als eine Methode genannt, bei dem es darum geht, in gemeinsamer Arbeit mit dem/r KlientIn Einsicht dafür zu gewinnen, dass das Ausführen von nur einer Tätigkeit – in diesem Fall Computerspielen – veränderbar ist, wodurch bereits ein erster Schritt zu einem Umdenken seitens des/r KlientIn stattfinden kann. Weiters meint der Autor, könne durch das Aufzeigen eines Vergleiches zwischen dem Rauschgefühl beim Konsum von Kokain und der emotionalen Lage beim Computerspielen gezeigt werden, welche Dysfunktionen hier bereits zu Tage treten und aus welchen Gründen es in der Alltagswelt zu Enttäuschungen kommt. Auch hier kann somit ein erster Schritt zu Veränderung eingeleitet werden. (Vgl. Baier, S. 2008; S. 262)

Auch Vogelsang beschreibt, dass in der Klinik Münchenwies psychoedukative Aspekte eine Rolle in der Therapie spielen und diesen spezieller Raum geschaffen wird. In der Praxis der Klinik kann die Verwendung psychoedukativer Mittel einen guten Einstieg in den therapeutischen Prozess ermöglichen, wobei hier am Beginn diverse Möglichkeiten dargestellt werden, die das Computerspielen mit sich bringt. (Vgl. Vogelsang, M. 2009; S. 15) Weiters werden sogenannte *„erlebnisaktivierende Übungen“* (ebd.) eingesetzt. Beispielhaft wird nun eine dieser Übungen, bei der mit Holz-Stelen gearbeitet wird, herausgegriffen und beschrieben um noch einmal zu verdeutlichen, wie psychoedukative Möglichkeiten in der praktischen Umsetzung möglicherweise gestaltet sein können. Vogelsang beschreibt: *„(...) bspw. werden vier bemalte Holzstelen aufgestellt, die ein Haus, einen Berg, einen See und einen*

Wald darstellen. Die Pat. werden gebeten, sich zu dem Symbol zu stellen, das sie am liebsten mögen. Die subjektive Bedeutung wird erarbeitet unter dem Schwerpunkt, inwiefern andere wichtige Menschen daran beteiligt waren. Ein Patient war bspw. sehr gerührt, weil er sich spontan zu Haus-Stele stellte und dann in der Erinnerung wieder Zugang fand zu einem schönen Städte-Reiseerlebnis mit seinen Eltern, woran er schon lange nicht mehr gedacht hatte. Es war von der großen Problemlast, die im Sohn-Eltern-Verhältnis vorherrschte, in den letzten Jahren, bedingt durch den pathologischen PC/Internet-Gebrauch, verdrängt worden.“ (ebd.)

Es scheint, als wären psychoedukative Elemente in der Therapie von computerspielsüchtigen Personen äußerst hilfreich und eine Adaption aus der DBT kann beim Konzept der Psychoedukation erfolgen. Besonderes Potential obliegt hierbei – wie in der DBT beschrieben wurde – dem Aufzeigen von Charakteristik, Symptomen und Auswirkungen von Computerspielsucht, sodass Betroffene im Laufe der Therapie zu ExpertInnen in Bezug auf das Wissen über ihre Erkrankung werden. Wie auch in der DBT können psychoedukative Elemente während des gesamten Therapieprozesses eine wesentliche Rolle spielen.

4.2.3 Konzept Dialektik

Ein weiteres Konzept, welches aus der DBT entnommen werden kann, da es Potentiale für die Therapie von computerspielsüchtigen Personen beinhaltet, ist die dialektische Weltanschauung bzw. die dialektische Grundannahme, von der bei der DBT ausgegangen wird. Diese wurde bereits in Kapitel 3.1.2. dargestellt, soll jedoch an dieser Stelle noch einmal erläutert werden, um die Potentiale für das Störungsbild Computerspielsucht genauer sichtbar werden zu lassen.

Linehan fasst zusammen, dass die philosophische Tradition der Dialektik in der DBT einerseits bezogen auf die Realität, andererseits bezogen auf Beziehung und Kommunikation innerhalb des therapeutischen Settings betrachtet werden kann. Genauer gesagt, arbeitet ein/e TherapeutIn in der DBT immer mit dem Hintergrund der dialektischen Weltanschauung, wenn sie Strategien oder Veränderungen bei der/m KlientIn herbeiführt und die Prozesse dafür in Gang

bringt. Die dialektische Sichtweise knüpft hierbei eng an systemische Prozesse an, da einerseits eine Gesamtheit der Realität hervorgehoben wird und andererseits das Umfeld, in dem sich die/der KlientIn bewegt beeinflussende Faktoren aufzeigt. Somit kann das Umfeld beispielsweise besonders förderlich bzw. hinderlich beim Erlernen von Fertigkeiten sein, was wiederum bedeutet, dass zusätzlich Skills erlernt werden müssen, um die Personen in der Umgebung mit beeinflussen zu können. Wie bereits im Kapitel zur dialektischen Sichtweise geschildert, stehen drei wesentliche Merkmale im Mittelpunkt, welche die dialektische Weltanschauung in der DBT zusammenfassen. (Vgl. Linehan, M. 1996b; S. 1f) Erstens wird *„in der dialektischen Anschauung (...) wie in anderen dynamischen, systemischen Sichtweisen auch, die grundlegende wechselseitige Bezogenheit oder Ganzheit der Realität betont.“* (ebd.) In der Praxis müssen dahingehend alle Verhaltensmuster auf ihre wechselseitige Beziehung hin überprüft werden und von Teilen eines bestimmten Systems muss auf ein Ganzes hin geschlossen werden. Zweites wichtiges Merkmal ist nach Linehan, *„daß die Realität nicht als statisch betrachtet wird: Sie umfaßt innere gegensätzliche Kräfte (These und Antithese), aus deren Synthese sich wiederum neue gegensätzliche Kräfte entwickeln.“* (ebd. S. 2) Gerade bei PatientInnen mit der Diagnose BPS fällt auf, wie sehr sie in Polaritäten feststecken und es nicht schaffen, eine Synthese zu entwickeln. Diesen Polaritäten muss im Zuge der dialektischen Arbeit Interesse geschenkt werden und diese müssen im Fertigkeitentraining beachtet werden. Wie zeichnen sich nun diese Polaritäten aus? Erstens existiert bei der/m KlientIn eine Polarität *„zwischen der Notwendigkeit, sich so anzunehmen, wie man im Moment ist, und der Notwendigkeit, sich zu verändern.“* (ebd.) Unabhängig von Krankheitsbild und therapeutischer Richtung sollte nach Linehan diese Polarität in jeder therapeutischen Begegnung Beachtung geschenkt werden. Der/die TherapeutIn hat die Aufgabe, mit dieser Polarität geschult umzugehen, da nur so eine Veränderung seitens der/s KlientIn eintreten kann. Die zweite relevante Polarität drückt sich durch die Erhaltung der eigenen Integrität auf der einen Seite und dem Neulernen und Erwerb von Fertigkeiten, die Abhilfe von den negativen Auswirkungen der Erkrankung schaffen auf der anderen Seite aus. Letztlich existiert ein drittes wichtiges Merkmal der dialektischen Weltanschauung, die in der DBT vertreten wird: *„Das grundlegende Wesen der Realität besteht eher in*

Veränderung und Prozess als in Inhalt und Struktur.“ (ebd.) So kann diese dritte Eigenschaft dahingehend zusammengefasst werden, dass Veränderungen viel Platz in der Therapie eingeräumt werden muss und Stillstand von Seiten der/s TherapeutIn nicht Inhalt der DBT sein kann. Für den/die TherapeutInnen selbst bedeutet das, nicht nur die Veränderungen der KlientInnen zu erkennen, sondern auch die eigenen Veränderungswege während des therapeutischen Prozesses wahrzunehmen und in der Therapie sichtbar zu machen. (Vgl. ebd.)

Diese nun sehr theoretische Darstellung der dialektischen Grundannahmen in der DBT gibt zwar einen guten Überblick, jedoch kann erst durch praktischere Ansätze aus der Literatur genau erkennbar werden, wie sich die dialektische Sichtweise auf den therapeutischen Prozess auswirkt. An dieser Stelle soll ein Beispiel eines Auszuges aus einem therapeutischen Gespräch, welches Sendera und Sendera in ihrem Buch veröffentlichen näher bringen, wie die dialektische Anschauung in der DBT zur Geltung kommt. Auch im Kapitel 3.1.2. kann nachgelesen werden, wie diese Sichtweise bildlich dargestellt wird.

„Wenn der Therapeut sagt: Ich verstehe, dass sie sich hilflos und unfähig fühlen, versteht die Patientin: Sie sind so hilflos und unfähig, dass sich ihre Situation nie ändern kann. Sagt der Therapeut: Im Moment sind sie hilflos, doch sie werden sehen, es wird besser werden, bedeutet das: Sie sind hilflos und unfähig und müssen sich anstrengen, damit es ihnen besser geht.“ (Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 83) Hierbei bezieht sich die dialektische Anschauung auf die Kommunikation zwischen KlientIn und TherapeutIn. Es wird deutlich, dass auf der verbalen Ebene in diesem Gespräch verborgene Widersprüche verhaftet sind, da der/die KlientIn den ausgesprochenen Satz anders versteht und aufnimmt, als ihn der/die TherapeutIn gesagt hat. Speziell beim Krankheitsbild der BPS steht diese Tatsache im Vordergrund, da oftmals negative Emotionen nur sehr schwer ausgeglichen werden können und die Betroffenen auf dieser Ebene sehr sensibel reagieren. (Vgl. ebd.) Vielfach dominiert in der Gedankenwelt von Personen mit BPS ein sogenanntes schwarz-weiß-Denken bzw. auch alles oder nichts-Denken. (Vgl. Micol-Grösch, M. 2009; S. 22)

Wird dieser Ansatz mit Verhaltensweisen von exzessiv computerspielenden Personen verglichen, so kann zwar festgehalten werden, dass dieses extreme

Denken, wie es bei der BPS vorkommt anhand der gesichteten Literatur nicht nachgewiesen werden konnte, aber dennoch in der dialektischen Sichtweise Potentiale stecken, die bei computerspielsüchtigen Personen angewendet werden könnten bzw. zumindest im Laufe der Therapie seitens der/s TherapeutIn im Hinterkopf behalten werden können.

Ein Potential, dass für die Therapie mit computerspielsüchtigen Personen herausgegriffen werden kann, bezieht sich auf die vorhin genannte Ganzheit der Realität und spricht hiermit systemische Prozesse an, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Computerspielsucht eine Rolle spielen können. Das Umfeld einer Person kann bei der Entstehung einer Sucht eine wesentliche Rolle spielen und das Verhalten einer Person maßgeblich beeinflussen. So nennt Vogelsang zwei wesentliche Problembereiche von Personen mit Computerspielsucht, die bereits aufzeigen, dass frühere Erfahrungen und Beziehungsgeschehen außerhalb der fiktiven Welt eine wesentliche Rolle spielen können. Sie nennt zum einen die *„unsichere Bindungsorganisation“* (Vogelsang, M. 2009; S. 10) und zum anderen *„überdauernde ungelöste Konfliktthemen in nahen Beziehungen, v.a. soziale Ängstlichkeit und Hemmung, hohe Kränkbarkeit und Defizite in der Regulation aggressiver Effekte“* (ebd.) als zwei der wichtigsten Problemfelder dieses Krankheitsbildes. Der Faktor der hohen Kränkbarkeit, den die Autorin nennt, könnte besonders darauf hinweisen, inwieweit von der/vom TherapeutIn Ausgesprochenes fälschlicherweise wie im vorherigen Beispiel von Sendera und Sendera dargestellt, verstanden werden kann und daher die dialektische Anschauung eine wesentliche Rolle im Therapieprozess haben kann. Vogelsang meint hierzu weiters, eine genaue Analyse der zwischenmenschlichen Beziehungen wäre sehr wichtig, da so festgestellt werden könnte, inwieweit und in welchen Bereichen der Computer bzw. das Computerspiel eine sicherheitsgebende und -fördernde Position eingenommen hat. (Vgl. ebd. S. 9) So kann es durchaus sein, dass im Beziehungsumfeld der/s Betroffenen förderliche oder hinderliche Faktoren existieren, die wie auch Linehan beschreibt, im therapeutischen Prozess, insbesondere im möglichen Erlernen von Skills, die für den Umgang mit dem Umfeld der/s Betroffenen notwendig sind, betrachtet und analysiert werden müssen. Auch Kammerl beschreibt, dass speziell bei Verhaltenssüchten im medialen Bereich die Rolle der Eltern wesentlich ist und in die Betrachtungen

miteinbezogen werden muss. Er berichtet, dass vor allem weiblichen Userinnen eher dazu neigen, an einer Sucht zu erkranken, da ihnen die unterstützenden Haltung der Eltern fehle. Hier können gerade systemisch orientierte Ansätze, woran die dialektische Sichtweise anknüpft hilfreich sein, da so die Familie miteinbezogen werden kann. (Vgl. Kammerl, R. In: Grampp, S. et al 2009; S. 102f) Wie Linehan im Rahmen der Herausarbeitung des ersten wesentlichen Merkmals der dialektischen Sichtweise beschreibt, müssen Verhaltensmuster im Hinblick auf ihre wechselseitige Bezogenheit beschrieben werden. (Vgl. Linehan, M. 1996b; S. 1f) Übertragen auf die Arbeit mit computerspielsüchtigen Personen kann dies bedeuten, sowohl die Beziehungen und Verhaltensweisen in der fiktiven Welt als auch im sogenannten „real life“ therapeutisch zu betrachten. Dafür erscheint es notwendig, dass der/die TherapeutIn selbst ein Verständnis über diverse Computerspiele hat und sich dahingehend weiterbildet. Denn sonst besteht die Möglichkeit, dass sich Betroffene in der therapeutischen Situation nicht ernst genommen fühlen und von Seiten der/s TherapeutIn ein Interesse lediglich „geheuchelt“ wird. (Vgl. Graf, Th. In: Hardt, J. et al 2009; S. 40)

Ein weiteres Potential der dialektischen Sichtweise betrifft die Polarität, sich so hinzunehmen, wie man ist mit dem gleichzeitigen Willen nach Veränderung. (Vgl. Linehan, M. 1996b; S. 2) Diese Polarität im Rahmen eines therapeutischen Prozesses aufzuzeigen, kann hilfreich für den Fortschritt in der Therapie mit computerspielsüchtigen Personen sein, da sie, wie Linehan bemerkt hat in jedem therapeutischen Prozess eine gewichtige Rolle spielt. (Vgl. ebd.) Hierbei können wiederum psychoedukative Momente in der Therapie einen hohen Stellenwert einnehmen, da sie den Grundstein dafür schaffen können, sich so anzunehmen wie man ist und Betroffene so das Krankheitsbild Computerspielsucht erfahren und akzeptieren könnten. Psychoedukative Aspekte wurden in dieser Arbeit bereits im Kapitel 4.2.2. genau besprochen.

4.2.4 Konzept Fertigkeitentraining

Das Fertigkeitentraining in der Gruppe als ein Setting, wie es bereits im Kapitel 3.2.1.2 genau dargestellt wurde, soll als ein Konzept speziell herausgehoben

werden und in einem eigenen Kapitel dargestellt werden, da es besonderen Stellenwert in der therapeutischen Arbeit mit Betroffenen von Computerspielsucht einnehmen könnte. Im Unterschied zum vorangegangenen Kapitel 4.2.4 sollen hierbei einzelne Skills herausgearbeitet werden, die für das Krankheitsbild Computerspielsucht relevant sein könnten. Dabei erscheint es vorerst angebracht, noch einmal kurz auf die vier Module des Fertigkeitentrainings einzugehen und ihren Zusammenhang mit Computerspielsucht darzustellen.

Im Modul „innere Achtsamkeit“ soll in erster Linie daran gearbeitet werden, erneute Kontrolle und Stabilität im Leben zu erreichen. (Vgl. Sender, A./Sendera, M. 2007; S. 120) Sendera und Sendera beschreiben zusammenfassend, worauf es bei diesem Modul ankommt: *„Achtsamkeit ist ein möglicher Weg, um die oft nicht übereinstimmenden Anteile von Verstand und Gefühl ins Gleichgewicht zu bringen und so zu steuern, dass der Zustand von intuitivem Verstehen und Wissen erreicht wird.“* (ebd. S. 120f) Das bedeutet, dass Personen mit BPS Probleme in der Regulierung der Emotionen haben und es ihnen schwerfällt, intuitiv zu handeln und somit ein Kontrollverlust daraus resultiert. (Vgl. ebd. S. 121) Auch bei Personen, die an Computerspielsucht leiden sind derartige Verhaltensweisen bekannt. So ist unter anderem der Faktor des Kontrollverlustes bei exzessiver Computernutzung bekannt, was wiederum bedeutet, dass es betroffenen Personen schwerfällt, dieses Verhalten zu reduzieren bzw. es gar nicht möglich ist, das Verhalten nicht durchzuführen. (Vgl. Hornung, A./Lukesch. H. In: Hardt, J. et al 2009; S. 97) Durch das Modul „innere Achtsamkeit“ könnte im Rahmen des Skills-Trainings ein Wiederherstellen der fehlenden Kontrolle gelingen. Sendera und Sendera führen kleine Schritte im Skillstraining an, die hierbei bereits hilfreich sein könnten:

- *„das Besinnen auf den Augenblick*
- *das Trennen von Gefühl und Verstand*
- *Benennen des Gedankens in diesem Augenblick*
- *Benennen des Gefühls in diesem Augenblick*
- *Beides einfach nur zur Kenntnis nehmen (wahrnehmen ohne zu bewerten)*
- *Distanzierung (Schritt zurück)“* (Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 121)

Oftmals kann es bereits sehr hilfreich sein, genau aufzuzählen, welche Geräusche in einem bestimmten Raum wahrgenommen werden und hier auch besonderes Augenmerk auf Stille zu legen. Doch nicht nur das Hören, alle Sinne sollen beim Skillstraining zum Einsatz kommen. Körperübungen können zusätzlich einen Beitrag leisten, um den Fokus auf die innere Achtsamkeit zu lenken. Diese können sich ganz unterschiedlich gestalten und reichen von Bodenkontaktübungen, Gleichgewichtsübungen bis hin zu verschiedensten Tänzen. (Vgl. ebd. S. 130ff)

Das Modul „Stresstoleranz“ enthält ebenfalls zahlreiche geeignete Fertigkeiten für Personen mit Computerspielsucht. Wie bereits im Kapitel 3.2.1.2 beschrieben, ist es oberstes Ziel mit Hilfe von Fertigkeiten Stresssituationen soweit unter Kontrolle zu bringen, dass derartige Phasen verkürzt werden bzw. Fertigkeiten dazu genützt werden können, um mit Stressoren besser umzugehen. (Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 9) Auch hier ist eine Übertragung auf die Therapie von Betroffenen der Computerspielsucht gegeben, da Computerspielen in einer pathologischen Form vielfach als Kompensationsmöglichkeit fungiert, wodurch resultiert, dass negative Gefühle, wie eben unter anderem Stress, vermindert werden bzw. ganz verschwinden. So kann festgehalten werden, dass exzessives Spielen über einen langen Zeitraum hinweg gesehen als negative Stressbewältigungsstrategie benutzt werden kann. Anfangs wirkt es für diejenigen Personen so, als würde das Spiel von der Umwelt und allen Problemen ablenken, die Zeit vergeht rasend schnell und die Sorgen treten ganz in den Hintergrund. Klar ist jedoch, dass diese Sorgen und Probleme nicht verschwinden. Vielmehr wird durch geglaubte Belohnung, die daraus entsteht, dass negative Gefühle verschwinden das Vermeidungsverhalten immer mehr gestärkt. So kann ein Teufelskreis entstehen, der in die Abhängigkeit führen kann. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 63f) Die folgende Abbildung zeigt auf, wie dieser Teufelskreis aussieht: (ebd.)

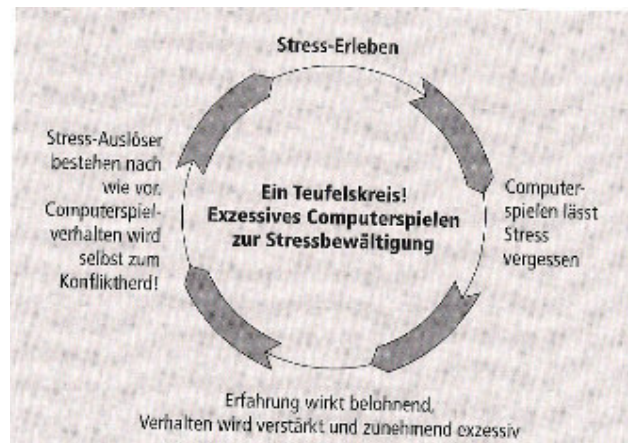


Abbildung 6: Teufelskreis Stress und exzessives Computerspielen

Im Fertigkeitentraining nach Linehan werden eine Reihe an Arbeitsblättern angeboten, mit Hilfe derer Fertigkeiten erlernt werden können. So wird im „Arbeitsblatt 1“ (Linehan, M. 1996b; S. 189ff) auf unterschiedliche Skills eingegangen. Ein Arbeitsblatt beschäftigt sich mit verschiedenen Möglichkeiten der Ablenkung von Stresssituationen, wobei hier unterschiedliche Elemente angesprochen werden, mit denen eine Ablenkung der Situation, Gedanken etc. eintreten kann. Im Rahmen dieses Teils des Trainings werden die KlientInnen beispielsweise dazu aufgerufen, sich mit unterschiedlichen Dingen zu beschäftigen, anderen Menschen Unterstützung und Hilfe anzubieten oder Körperempfindungsübungen zu machen. Eine weitere gute Möglichkeit, mit stressbehafteten Ereignissen bzw. Zuständen besser umgehen zu können, wird in einem anderen Arbeitsblatt beschrieben, welches einen „kurzen Urlaub“ beschreibt. (Vgl. ebd.) Exemplarisch für die vielen Möglichkeiten des Skilltrainings soll diese Übung nun dargestellt werden, da sie leicht durchführbar ist:

„Gönnen Sie sich einen kurzen Urlaub. Legen Sie sich ins Bett, und kuscheln Sie sich 20 Minuten unter die Decke. Kaufen Sie sich eine Boulevardzeitung oder ein Unterhaltungsmagazin, legen Sie sich ins Bett, lesen Sie sie und essen Schokolade dabei. Machen Sie sich einen Pudding, setzen Sie sich gemütlich in einen Sessel, und essen Sie ihn langsam. Verbringen Sie einen Nachmittag auf einer Decke liegend im Park. Ziehen Sie den Telefonstecker heraus, oder schalten Sie den Anrufbeantworter an. Ruhen Sie sich nach einer anstrengenden Arbeit eine Stunde lang aus. (...)“ (ebd.

S. 192) Dies sind nur einige Möglichkeiten für die therapeutische Arbeit im Modul Stresstoleranz, die jede/r ausführen kann, ohne dafür großen Aufwand betreiben zu müssen.

Das Modul „zwischenmenschliche Beziehungen“ soll in erster Linie dazu beitragen, interpersonelle Konflikte besser managen zu können. (Vgl. Sendera, A./Sendera, S. 2007; S. 189) So berichten unter anderem Wölfling und Müller von einem Zusammenhang zwischen Personen, die ein exzessives Computerspielverhalten aufweisen und einer vorliegenden introvertierten und sozial gehemmten Persönlichkeit dieser Person. Die beiden Autoren zählen Introversion und soziale Inhibition zu den Vulnerabilitätsfaktoren von Computerspielsucht. (Vgl. Wölfling, K./Müller, K. In: Batthyany, D. 2009; S. 302) Weitere Aspekte, die zwischenmenschliche Beziehungen speziell bei Computerspielsucht betreffen wurden im vorhergehenden Kapitel 4.2.3. zum Konzept der Dialektik bereits dargestellt und werden daher an dieser Stelle nicht noch einmal erörtert. Durch die bereits genannte unsichere Bindungsorganisation und die vielfach vorhandenen konfliktbehafteten Aspekte in zwischenmenschlichen Beziehungen, die bei Personen, die an Computerspielsucht leiden, vielfach eine tragende Rolle spielen (Vgl. Vogelsang, M. 2009; S. 10) erscheinen einige Skills dieses Moduls besonders hilfreich zu sein. Grundsätzlich geht es beim Modul „zwischenmenschliche Beziehungen“ darum, drei Teilziele zu erreichen, welche folgendermaßen lauten:

- *„Umsetzen von Zielen*
- *Beziehungen zu knüpfen und zu pflegen*
- *Die Selbstwahrung achten“* (Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 191)

Die unterschiedlichen Skills werden in einem ersten Schritt theoretisch vorgestellt und in einem zweiten Schritt in Form von Rollenspielen dargeboten. So kann das Rollenspiel wie eine Art Expositionstraining wirken, da diese Form der Darstellung sehr nahe am wirklichen Leben anknüpft. Der/die TherapeutIn hat die zentrale Aufgabe, pathologische, dysfunktionale Verhaltensmuster im Rollenspiel aufzuzeigen, genauer zu betrachten und zu ändern. Diese Form des Skillstrainings eignet sich laut Sendera und Sendera besonders gut, da an einem geschützten Ort unter professioneller Beobachtung Skills eingeübt werden können. (Vgl. ebd.) So

können beispielsweise die folgenden Fragen zum Bereich „Ziele von Beziehungen“ zuerst theoretisch und dann im Rollenspiel durchgenommen werden:

„Umsetzung von Zielen:

Welches Ergebnis wünsche ich?

Beachtung der Beziehung:

Wie soll sich die andere Person fühlen?

Welche Gefühle soll sie zu mir haben?

Wahrung der Selbstachtung:

Wie möchte ich mich selbst fühlen?“ (ebd. S. 192)

An dieser Stelle steht diese Übung nur exemplarisch für eine Vielzahl an anderen Übungen, die speziell im Trainingsmanual von Marsha Linehan nachzulesen sind. (Vgl. Linehan, M. 1996b)

Auch das Modul „Umgang mit Gefühlen“ beinhaltet Potentiale für die Anwendung bei Personen mit Computerspielsucht. So sei an dieser Stelle wiederum auf die Tatsache verwiesen, dass das Spielen am Computer in einer exzessiven Form als *„dysfunktionale Copingstrategie im Sinne einer maladativ-vermeidenden Stressbewältigungsstrategie“* (Wölfling, K./Müller, K. In: Batthyany, D. 2009; S. 305) verwendet wird. Das Spielen von Computerspielen in dieser Form kann demnach eine Auseinandersetzung mit Gefühlen verhindern, da in Stresssituationen das Spiel Abhilfe von negativen Gefühlen schaffen kann. Die therapeutische Arbeit liegt hierbei auf dem Schwerpunkt der Emotionsregulation und den zugehörigen Fertigkeiten dazu. Weiters ist Ziel dieses Moduls, Emotionen wahrnehmen und benennen zu können und anschließend auch zu regulieren. Bohus und Wolf schlagen im Zuge dieses Moduls vor, dass in einem bereits fortgeschrittenen therapeutischem Stadium dieses Modul ausgeweitet werden kann und dafür das Modul „Stresstoleranz“ nicht mehr zur Anwendung kommt. (Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S.9) Besonders geeignet scheinen auch vereinzelte Skills aus der DBT-S für Betroffene von Computerspielsucht zu sein, da sie sich besonders gut auf das Medium „Computer“ umlegen lassen und das Medium so anstelle des Suchtmittels rücken kann. So kann beispielsweise im Skillstraining an der Erstellung eines Konzeptes „Leben ohne Drogen“ – im Fall der Computerspielsucht „Leben ohne

Computerspiele“ gearbeitet werden. Weiters erscheint die Anfertigung einer Pro und Contra-Liste in Bezug auf ein Leben mit bzw. ohne Computerspiele sehr sinnvoll zu sein. (Vgl. Sendera, A./Sendera, S. 2007; S. 202) Ein dritter Aspekt aus der DBT-S, der für Personen mit Computerspielsucht wichtig sein könnte, bezieht sich auf das *„Erkennen und Benennen von Gefühlen, die Verlangen nach Drogen auslösen“* (ebd.) Auch hier könnte eine Veränderung des Verhaltens herbeigeführt werden, wenn sich die/r Klient mit den eigenen Gefühlen auseinandersetzt, die hochkommen, sobald die Lust nach Computerspielen auftritt. Nicht nur in der DBT-S, auch in der klassischen DBT wurden eine Reihe an Übungen entwickelt, mit Hilfe derer unterschiedliche Gefühle, wie Angst, Hass, Wut, Ärger, Ekel, aber auch Freude und Glück etc. angesprochen werden. So kann als Übung zu positiven Gefühlen ein Tagebuch angelegt werden, worin die/r KlientIn jedes positive Gefühl vermerkt wird und mit einer kurzen Notiz darüber, wie sich dieses Gefühl anfühlt, ergänzt wird. Ziel dieser Übung soll sein, dass KlientInnen merken, wie viele positive Gefühle tatsächlich existieren und wie häufig diese auftreten. Weiters gibt es die Möglichkeit, eine Liste mit Dingen, die Freude schaffen anzufertigen und diese immer weiter fortzuführen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass alle vier beschriebenen Module des Skillstrainings Potentiale für die therapeutische Arbeit mit computerspielsüchtigen Personen enthalten. In weiterer wissenschaftlicher Tätigkeit könnte somit ein Manual für ein spezielles Fertigkeitentraining für Betroffene von Computerspielsucht entwickelt werden, dem jedoch weitere Forschungstätigkeit vorausgehen müsste. So sei an dieser Stelle auf die noch sehr wenig fortgeschrittene Datenlage auf das Krankheitsbild allgemein verwiesen. Auch die kritischen Anmerkungen, die in diesem Abschnitt bezogen auf das Skillstraining getätigt wurden, müssen bei der Erstellung eines derartigen Trainingsmanuals berücksichtigt werden.

4.2.5 Konzept Settingkombination

Während im vorangegangenen Kapitel eine Auseinandersetzung mit einem der vier Settings der DBT - dem Fertigkeitentraining - erfolgte, soll in diesem Kapitel

der Frage nachgegangen werden, welche Potentiale diese in der DBT forcierte Kombination der vier Settings „Einzeltherapie“, „Fertigkeitentraining in der Gruppe“, „Telefonkontakt“ und „Supervision“ hat. Zwar wurde im Kapitel 3.1.1 genau erläutert, inwieweit eine Umsetzung dieses doch aufwändigen Konzeptes oftmals schwierig ist und nicht erfolgen kann, dennoch birgt diese Kombination einige Potentiale in sich, denen Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Die kritischen Anmerkungen dazu sollen dennoch nicht außer Acht gelassen werden. Wiederholt kann hier festgehalten werden, dass auch eine Verwendung einzelner Settings, wie „Einzeltherapie“ und „Fertigkeitentraining in der Gruppe“ erfolgen kann. (Vgl. Vgl. Bohus, M./Wolf, M. 2009; S. 3f)

Im Kapitel 3.2.4. konnte herausgearbeitet werden, dass die Durchführung eines Fertigkeitentrainings für Betroffene von Computerspielsucht wesentliche Potentiale enthält. Eine Kombination dieses Fertigkeitentrainings mit einer Einzeltherapie würde eine Reihe an Vorteilen mit sich bringen. So geht Linehan von der Idee aus, dass das Fertigkeitentraining einen unterstützenden Faktor für die Einzeltherapie darstellt. In der praktischen Arbeit des Skillstraining ist es oftmals so, dass aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen die einzelnen Fertigkeiten nicht ausreichend zur Anwendung kommen können. In einer parallel geführten Einzeltherapie könnten die Fertigkeiten weiter angewendet und trainiert werden. Der/die EinzeltherapeutIn würde somit die GruppentherapeutInnen in ihrer Arbeit unterstützen. Hierzu ist eine gute Koordination zwischen den TherapeutInnen notwendig, da abgesprochen werden muss, welche Module im Skillstraining gerade zur Anwendung kommen. Die EinzeltherapeutIn hat die Aufgabe, sich in denselben Modulen zu bewegen, wie die GruppentherapeutInnen. (Vgl. Linehan, M. 1996b; S. 18) Linehan gibt dafür ein Beispiel an: *„Wenn zwischenmenschliche Fähigkeiten Fokus der Arbeit sind, dann könnte die Einzeltherapeutin zum Beispiel fragen, wie sich das Problem oder die Lösung in Bezug auf interpersonelles Verhalten verstehen ließe.“* (ebd.) Es lässt sich erkennen, dass eine gute Zusammenarbeit Grundvoraussetzung für die Durchführung dieser Settingkombination ist. Wichtig ist, dass EinzeltherapeutInnen gut geschult in Bezug auf Fertigkeiten sind, da sie in Krisensituationen angewendet werden sollten. Somit kann festgehalten werden, dass eine kombinierte Therapie, bei der sowohl Fertigkeitentraining als auch

Einzeltherapie angewendet werden zwar aufgrund fehlender Ressourcen oftmals nicht möglich ist, aber dennoch zu einer besseren Einübung der Skills bei computerspielsüchtigen Personen beitragen könnte.

Wird eine Kombination dieser beiden Settings angestrebt, muss die eben erwähnte Koordination zwischen den TherapeutInnen gut funktionieren. Hier kommt die Supervision ins Spiel, da TherapeutInnen in regelmäßigen Abständen zusammentreffen und Hürden, Schwierigkeiten und andere mögliche Fragestellungen reflektieren und diskutieren können. Dies ist nicht nur für die kooperative Arbeit wichtig, sondern hilft den TherapeutInnen zusätzlich, präventiv gegen ein Burnout zu arbeiten. Ohne die Supervisionsgruppe kann eine Settingkombination nicht funktionieren. (Vgl. Sendera, A./Sendera, M. 2007; S. 92)

Der vierte Bestandteil der klassischen DBT ist der SMS- bzw. Telefontakt. Die Möglichkeit den/die TherapeutIn anzurufen bzw. eine SMS zu schreiben wurde für Krisenzeiten eingerichtet, um hier professionelle Hilfestellungen geben zu können. (Vgl. ebd.) Speziell für BPS-Patientinnen scheint dieses Angebot hilfreich und unterstützend zu sein, da sie aufgrund der dysfunktionalen Schemata vermehrt zu extremen Affekten neigen. (Vgl. ebd. S. 21) Auch Selbstverletzungen und Selbstschädigungen sind gerade bei BorderlinepatientInnen häufig anzutreffen (Vgl. ebd. S.15) und der telefonische Kontakt scheint hier notwendig und hilfreich zu sein. Da für Personen mit Computerspielsucht keine derartigen extremen Affekte und Krankheitsbilder wie Selbstverletzungen und chronische Suizidalität in der Literatur gesichtet werden konnten, muss ein Telefon – bzw. SMS-Kontakt nicht notwendigerweise stattfinden.

5 Conclusio und Ausblick

Ein Blick zurück auf die der Arbeit zugrunde liegende Forschungsfrage soll noch einmal in Erinnerung rufen, welche zentrale Fragestellung im Rahmen dieser Diplomarbeit beantwortet werden sollte: **Welche Potentiale und Konzepte beinhaltet die dialektisch-behaviorale Therapie im Zusammenhang mit Computerspielsucht?**

Um zu Ergebnissen und Antworten auf diese Frage zu kommen, wurde die verfasste Diplomarbeit in drei unterschiedliche Abschnitte gegliedert. In einem ersten Abschnitt wurde das Thema „Computerspielsucht“ anhand der aktuell vorliegenden Literatur genau behandelt und erörtert. Ziel dieses ersten Abschnittes war, Computerspielsucht genau zu analysieren, um einen exakten Einblick in Begrifflichkeiten, Entstehung, Aufrechterhaltung, erste therapeutische Implikationen und präventive Ansätze zu erhalten. Denn nur ausgehend von diesem Hintergrundwissen über Computerspielsucht konnte eine Beantwortung der Forschungsfrage erfolgen. Der zweite Teilabschnitt der Diplomarbeit beschäftigte sich mit dem Themengebiet der dialektisch-behavioralen Therapie. Hierbei waren Grundlageninformationen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und Verhaltenstherapie sowie die Darstellung des genauen Behandlungsprogrammes Gegenstand der Ausführungen. Auch der DBT-S als eine spezielle Form der DBT für Personen mit Substanzabhängigkeit sollte in die Erklärungen mit einfließen. So bilden der erste Abschnitt zum Thema „Computerspielsucht“ gemeinsam mit dem zweiten Abschnitt zum Thema „dialektisch-behaviorale Therapie“ den Ausgangspunkt für die Beantwortung der Forschungsfrage. Dieser wurde im Rahmen des dritten Abschnittes der Diplomarbeit nachgegangen. Kritische Anmerkungen wurden ebenso angeführt wie Konzepte, die Potentiale aus der DBT und DBT-S für Betroffene von Computerspielsucht beinhalten. An dieser Stelle werden nun die wesentlichsten Punkte zusammengefasst dargestellt.

Wird Computerspielsucht als eine Verhaltenssucht ausgedrückt durch exzessives Computerspielen im Online- und Offlinemodus definiert, lassen sich aufgrund

dieser Auslegung Konzepte und Potentiale aus der DBT für Betroffene von Computerspielsucht herausarbeiten. So können folgende Konzepte genannt werden, für die sich einer Herausarbeitung von Potentialen für Personen, die an Computerspielsucht leiden, als sinnvoll erwies:

- Konzept Verhaltenstherapie:

Die auf der Verhaltenstherapie beruhende DBT beinhaltet deshalb Potentiale für Betroffene von Computerspielsucht, da ausgehend von lerntheoretischen Annahmen in der Therapie gearbeitet wird. Da auch bei computerspielsüchtigen Personen davon ausgegangen wird, dass süchtiges Verhalten erlernt wird, können sowohl die Verhaltensanalyse als auch die Kettenanalyse als zwei wesentliche Bestandteile für die Therapie herausgearbeitet werden.

- Konzept Psychoedukation:

Auch das Konzept der Psychoedukation, welches sich durch den gesamten therapeutischen Prozess in der DBT zieht, kann in der therapeutischen Arbeit mit computerspielsüchtigen wertvoll sein, da durch das Aufzeigen von Symptomen, Charakteristik und Auswirkungen des Krankheitsbildes Computerspielsucht eine Verhaltensänderung bewirken kann. Psychoedukation als ein Konzept kann als ein weiteres Potential genannt werden.

- Konzept Dialektik:

Therapeutisch zu arbeiten mit dem Hintergrund der dialektischen Sichtweise kann ebenfalls für computerspielsüchtige Personen Relevanz haben. So kann die Betrachtung der Ganzheit der Realität der/s Betroffenen als ein Potential angesehen werden, da Personen mit exzessiver Computerspielnutzung vielfach konflikthafte Beziehungen und unsichere Bindungsmuster aufweisen. Weiters erscheint das Aufzeigen der Polarität sich so anzunehmen, wie man ist mit dem gleichzeitigen Wunsch nach Veränderung als ein weiteres Potential, welches aus der dialektischen Weltanschauung für die Therapie von computerspielsüchtigen Personen, entnommen werden kann.

- Konzept Fertigkeitentraining:

Das Fertigkeitentraining in der Gruppe ist ein Konzept der DBT, welches das meiste Potential inne hat. Aus jedem der vier Module „innere Achtsamkeit“, „Stresstoleranz“, „zwischenmenschliche Beziehungen“ und „Umgang mit Gefühlen“ können diverseste Übungen entnommen werden, die eine Veränderung der Verhaltenssucht bewirken können. Grund dafür ist, dass Computerspielsüchtige in allen der vier genannten Bereichen Defizite aufweisen können, die durch ein Skillstraining möglicherweise ausgeglichen werden könnten.

- Konzept Settingkombination

Ausgehend von der Tatsache, dass das Skillstraining großes Potential für die Behandlung von Computerspielsucht hat, kann auch die Kombination unterschiedlicher Settings unterstützend zum Skillstraining genannt werden. Hierbei sticht vor allem die Kombination des Fertigkeitentrainings in der Gruppe mit einer Einzeltherapie hervor, welche gepaart mit einer Supervisionsgruppe für die TherapeutInnen stattfinden sollte.

Was kann nun aus dieser Zusammenfassung der Potentiale und Konzepte festgehalten werden? Aufgrund der Tatsache, dass sich das Krankheitsbild von computerspielsüchtigen Personen vom Krankheitsbild von PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in mehreren Aspekten unterscheidet, kann die dialektisch-behaviorale Therapie nicht in ihrer klassischen Form übernommen werden. Denn bei Betroffenen von Computerspielsucht konnten in der gesichteten Literatur keine dissoziativen Symptome, paranoide Vorstellungen, ausgeprägte Identitätsstörungen und ein Beziehungswechsel zwischen Idealisierung und kompletter Abwertung herausgefunden werden. All dies sind klassische Merkmale für das Störungsbild der BPS. (Vgl. Gunia, H. 2000; S. 3f) Dennoch konnte für das Krankheitsbild der Computerspielsucht ebenso wie in der BPS eine fehlerhafte Affektregulation und eine schlechte soziale Kompetenz nachgewiesen werden. Zusätzlich sticht Computerspielsucht durch eine Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und Kontrollverlust über das Ausmaß des Spielens hervor. (Vgl. Graf, Th. In: Hardt, J. et al 2009; S. 36) Klar ist, dass die beiden Störungsbilder nicht miteinander verglichen werden können, wenngleich einige Parallelen nachweislich vorhanden sind. Hinzu kommt der Faktor, dass aufgrund der noch

mangelhaften Forschungslage noch nicht genau gesagt werden kann, inwieweit eine Komorbidität zu psychischen Störungen wie der BPS vorliegt. Grüßer und Thalemann halten fest, dass ein großer Teil der Personen, die exzessiv Computerspielen auch eine psychische Erkrankung aufweisen. In einer Studie von McKenna und Bargh aus dem Jahr 2000 konnte nachgewiesen werden, dass 52% aller exzessiv computerspielenden Personen zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung hatten. Von diesen Personen litten wiederum 24% an einer BPS. (Vgl. Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 46f) Ein wesentlich Aspekt in der weiteren Forschung liegt in diesem Aspekt. So wäre es wertvoll für weitere Betrachtungen auf eine gesichertere Datenlage über die Komorbiditäten zwischen Computerspielsucht und Borderline-Persönlichkeitsstörung zurückgreifen zu können. Dies wäre notwendig, um fundierte therapeutische Implikationen erarbeiten zu können.

Trotzdem konnte durch diese Diplomarbeit und die darin enthaltene Erarbeitung der Potentiale und Konzepte ein Grundstein dafür gelegt werden, die DBT für computerspielsüchtige Personen zu adaptieren. Höchstes Potential obliegt hierbei dem Fertigkeitentraining in der Gruppe, da eine Reihe von Übungen für das Störungsbild der Computerspielsucht übernommen werden könnten. Nicht alle Übungen, die im Manual zum Fertigkeitentraining vorgestellt werden, erscheinen passend. Es müsste hierbei weitere wissenschaftliche Arbeit geleistet werden, um exakt herauszuarbeiten, welche Skills speziell für Computerspielsüchtige zur Verbesserung der Situation beitragen könnten und welche Übungen in diesem Zusammenhang sinnvoll sind. Somit wäre es wünschenswert, im Rahmen einer Dissertation oder Diplomarbeit hierbei anzusetzen und weitere Forschung zu betreiben. Denn mit Sicherheit müssten Übungen ganz auf die Kriterien von Computerspielsucht ausgelegt werden und teilweise neu entwickelt werden, da sie weder in der DBT noch in der DBT-S vorkommen. Auch hierbei gilt wieder der Aspekt, der sich durch die gesamte Diplomarbeit zieht und immer wieder Erwähnung finden muss: Genaue therapeutische Implikationen können erst erarbeitet werden, wenn das Phänomen Computerspielsucht wissenschaftlich genau fundiert ist. Mehrere unterschiedliche Autoren weisen auf dieses Phänomen in unterschiedlichen Zusammenhängen hin, wie diese kurze Auswahl zeigt:

„Da die aktuelle Forschung zur Deutung und diagnostischen Einschätzung der Internetabhängigkeit noch am Anfang steht, gibt es zum jetzigen Zeitpunkt noch keine evidenzbasierten Therapieempfehlungen.“ (Lampen-Inkamp, S./Te Wildt, B. In: Hardt, J. et al 2009; S. 128)

„Kaum zu glauben, aber bereits die Frage nach der Häufigkeit des Merkmals Internetsucht in der Population der Internetnutzer kann die bisherige Forschung nicht zufriedenstellend beantworten.“ (Hornung, A./Lukesch, H. In: Hardt, J. et al 2009; S. 104)

„(...) mangelt es hier derzeit mit wenigen Ausnahmen an Studien zur Verbreitung und Häufigkeit von Computerspielsucht.“ (Grüßer, S./Thalemann, R. 2006; S. 33)

Dieser kurze Auszug von Zitaten zeigt in aller Deutlichkeit auf, inwieweit die Forschung hier noch am Anfang steht und wieviel wissenschaftliches Potential für weitere Arbeiten in diesem Thema steckt. Auch wenn in einigen Zitaten von Internetsucht gesprochen wird, gelten diese Tatsachen auch für das Störungsbild der Computerspielsucht. Klar ist, dass Computerspielen und die dazugehörigen negativen Auswirkungen wie Computerspielsucht zur heutigen Wirklichkeit gehören und daher akzeptiert werden sollten. Auch wenn die medialen Darstellungen teilweise katastrophale Szenarien bezogen auf negative Auswirkungen der Computerspiele suggerieren, darf nicht vergessen werden, dass die Faszination der Computerspiele meist eine gewisse Zeitspanne (in der Regel das Kindes- und Jugendalter) einnimmt und bei exzessiver Nutzung nicht sofort von Sucht gesprochen werden kann. Wichtig ist, dass unterschiedliche Professionen, Erziehungsberechtigte und die Forschung versuchen, sich diesem Medium offen gegenüber zu verhalten. Dies bestätigen auch Beranek, Cramer-Düncher und Baier: *„Solange Helfer daher den neuen Medien Internet und Computerspiel akzeptierend – und nicht dämonisierend – begegnen, werden sich Wege finden lassen, um gefährdete Spieler zu unterstützen. Die Generation der Eltern der Computerspieler wird auf diesem Weg dazulernen.“* (Beranek, A./Cramer-Düncher, U./Baier, S. In: Hardt, J. et al 2009; S. 86) So hat hoffentlich auch diese Diplomarbeit ein Stück weit zur Aufklärung und Auseinandersetzung mit diesem Phänomen beigetragen.

6 Literaturverzeichnis

Baier, Stefan: Von Kriegern, Magiern und echten Abenteuern. In: Deutsches Ärzteblatt 6/2008; S. 261-263

Barth, Gottfried Maria et al: Internet- und Computerspielsucht bei Jugendlichen. Ein vielgestaltiges Problem. Quelle: http://www.rosenfluh.ch/images/stories/publikationen/Psychiatrie/2009-02/07_PSY_Spielsucht_2.09.pdf (Stand: September 2009)

Batthyany, Dominik/Pritz, Alfred: Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte. Springer Verlag Wien New York 2009;

Berger, Christa: Exzessive Nutzung von Bildschirmmedien: Rolle und Aufgabe der Suchtprävention. Positionspapier. Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich 2007; Quelle: <http://www.stadt-zurich.ch/content/dam/stzh/ssd/Deutsch/Gesundheit%20Praevention/Suchtpraevention/Publikationen%20und%20Broschueren/Berichte/Exzessive%20Nutzung%20von%20Bildschirmmedien%20-%20Positionspapier.pdf> (Stand: November 2009)

Bergmann, Wolfgang: Computersüchtig. Kinder im Sog der modernen Medien. Walter Verlag Düsseldorf 2006;

Bilke, Oliver/Spitzcok von Brisinski, Ingo: Pathologischer Mediengebrauch. Entwicklungspsychiatrische Ansätze für die kinder- und jugendmedizinische Praxis und Klinik. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 5/2009; S. 1-8

Bohus, Martin/Wolf, Martina: Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit. Schattauer Verlag Stuttgart New York 2009;

Dammann, Gerhard/Janssen, Paul: Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York 2007;

- Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H. (Hrsg.):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber Bern; 2005
- Eidenbenz, Franz:** Online zwischen Faszination und Sucht. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1/2 2002; S. 77-80
- Feierabend, Sabine/Rathgeb Thomas:** KIM-Studie 2006. Kinder und Medien. Computer und Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest 2007;
- Feselmayer, Senta et al:** Abteilung für substanzabhängige (primär alkohol- und medikamentenabhängige) Frauen am Anton-Proksch-Institut in Kalksburg. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 3/2003; S. 21-35
- Friedrich, Jürgen/Gunia, Hans/Huppertz, Michael:** Evaluation eines ambulanten Netzwerkes für Dialektisch-Behaviorale Therapie. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 3/2003; S. 289-306;
- Grampp, Sven/Meier, Daniel/Rühr, Sandra (Hrsg.):** Medien unter Kontrolle. Alles Buch. Studien der Erlanger Buchwissenschaft XXXIII 2009; Quelle: <http://www.buchwissenschaft.phil.uni-erlangen.de/forschung/publikationen/Medien-unter-Kontrolle.pdf> (Stand: März 2010)
- Gross, Werner:** Sucht ohne Drogen: Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben... . Fischer Taschenbuch Verlag Frankfurt am Main 2003;
- Grünbichler, Benjamin:** Lost in Cyberspace? Chancen und Risiken von Online-Rollenspielen als Herausforderung für die soziale Arbeit. Books On Demand GmbH Verlag 2008;
- Grüßer, Sabine Miriam/Thalemann, Ralf/Albrecht, Ulrike/Thalemann, Carolin:** Exzessive Computernutzung im Kindesalter-Ergebnisse einer psychometrischen Untersuchung. Interdisziplinäre Suchtforschungsgruppe Berlin 2005; Quelle:

http://www.infoset.ch/de/Dokumente/2008_04_Computerspielen_online.pdf
(Stand: November 2009)

Grüßer, Sabine Miriam/Thalemann, Carolin: Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung. Huber Verlag Bern 2006;

Grüßer-Sinopoli, Sabine Miriam/Thalemann, Ralf: Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe für Eltern. Huber Verlag Bern 2006;

Gunia, Hans/Huppertz, Michael/Friedrich, Jürgen/Ehrental, Jil: Dialektisch-behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 4/2000; Quelle: <http://www.hansgunia.de/PDF/dbt95.pdf>

Hahn, André/Jerusalem, Matthias: Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. 2001; Quelle: <http://www.internetsucht.de/publikationen.html> (Stand: März 2009)

Haller, Beatrix (Hrsg.): Suchtprävention in der Schule. Informationsmaterialien für die Schulgemeinschaft erstellt vom Institut Suchtprävention Linz. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur 2005; Quelle: http://www.schule.at/dl/suchpraevention_sw.pdf (Stand: Jänner 2010)

Hardt, Jürgen/Ochs, Matthias/Cramer-Düncher, Uta: Verloren in virtuellen Welten. Computerspielsucht im Spannungsfeld von Psychotherapie und Pädagogik. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag 2009;

Hofmeister, Georg/Riebensahm, Adalbert (Hrsg.): Zwischen extremen Gefühlen. Leben mit Borderlinestörungen. Quelle: http://www.ekkw.de/akademie.hofgeismar/publ/Vortraege/Neu%20ab%202009/09054_Borderlinestoerung/Borderlinestoerung_Mappe.pdf (Stand: März 2010)

Holz, Birger: Die Borderline-Störung bei Kindern und Jugendlichen. Im Arbeitsfeld von Psychiatrie und Jugendhilfe. VDM Verlag Dr. Müller 2007;

Klingemann, Harald (Hrsg.): Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandsaufnahme des aktuellen Wissens. Literatur- und Expertenbericht

zum Modul A der dreiteiligen wissenschaftlichen Studie „Kontrolliertes Trinken – Bestandsaufnahme und Umfrage zu Akzeptanz und Praxisumsetzung als Behandlungsziel. Quelle: http://nds.hsw.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/KT-Literaturbericht_Endfassung.pdf (Stand: März 2010)

Kriz, Jürgen: Von den Grenzen zu den Passungen. In: Psychotherapeutenjournal 1/2005; S. 12-20;

Lehner, Franz (Hrsg.): Cyberspace in Schule und Kinderzimmer. Dokumentation des dritten Symposiums vom 31. Oktober 2008. Institut für digitale und soziale Kompetenz (DISK). Quelle: <http://forschung.wi.uni-passau.de/disk/sites/default/files/pdf/Dokumentation3.pdf#page=5> (Stand: September 2009)

Linehan, Marsha: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP Medien Verlag München 1996a;

Linehan, Marsha: Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP Medien Verlag München. 1996b;

Linehan, Marsha: Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. In: The American Journal on Addiction 8/1999; S. 279-292

Linehan, Marsha: Dialectical Behavior Therapy for Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications for the Treatment of Substance Abuse. In: Research Monograph Series 137. Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence. National Institute on Drug Abuse Rockville 1993; S. 201-213

Lohmer, Mathias: Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. Schattauer Verlag Stuttgart New York 2002;

Margraf, Jürgen/Schneider, Silvia (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1. Springer Verlag Wien New York 2009;

Margraf, Jürgen (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2. Springer Verlag Wien New York 2000;

Mayer-Bruns, Friederike et al: Dialektisch-behaviorale Therapie in der stationären Alkoholentwöhnung. In : Der Nervenarzt. Springer Verlag. 02/2005; S. 339-343

Mayer-Bruns, Friederike et al: Supervision in der Dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DBT). Quelle: http://www.pabst-publishers.de/Psychologie/psyzeit/v u v/2003-3/art_04.htm (Stand: März 2010)

Mörsen, Chantal: Neue Süchte und Geschlecht. Glücksspiel-, Kauf- und Online-Sucht. In: Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit- und Prävention. Berichte zur Suchtkrankenhilfe der 18. Niedersächsischen Suchtkonferenz 09/2008; Quelle: <http://www.gesundheits.nds.de/downloads/suchtbroschuere2008web.pdf#page=37> (Stand: November 2009)

Müller-Spahn, Franz: Verhaltenssüchte: kulturspezifische, moderne, nicht stoffgebundene „Drogen“. In: Die Psychiatrie 3/2009; S. 118-119

Pfeiffer, Christian/Mößle, Thomas/Kleimann, Matthias/Rehbein, Florian: Die PISA-Verlierer und ihr Medienkonsum. Eine Analyse auf der Basis verschiedener empirischer Untersuchungen. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen 2007; Quelle: <http://www.medienkongress-vs.de/2010/downloads/interpretation-PISA.pdf> (Stand: Jänner 2010)

Poppelreuter, Stefan/Gross, Werner (Hrsg.): Nicht nur Drogen machen süchtig: Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. BeltzPVU Verlag 2000;

Rehbein, Florian/Kleimann, Matthias/Mößle, Thomas: Computerspielabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Empirische Befunde zu Ursachen, Diagnostik und Komorbiditäten unter besonderer Berücksichtigung spielimmanenter Abhängigkeitsmerkmale. Forschungsbericht 108. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen

2009; Quelle: <http://wwwedit.kfn.de/versions/kfn/assets/fb108.pdf> (Stand: November 2009)

Rentropp, Michael/Reicherzer, Markus/Bäumel, Josef: Psychoedukation Borderline-Störung. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. Elsevier Verlag München 2006;

Sendera, Alice/Sendera, Martin: Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Springer Verlag Wien 2007;

Stetina, Birgit/Kryspin-Exner, Ilse: Gesundheit und neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien. Springer Verlag Wien 2009;

Stuppe, Markus: Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Suchtkranken mit schweren Persönlichkeitsstörungen. In: Suchttherapie 3/2002; S. 241-245;

Vejmola, Dagmar/Maetzler, Nadine: Das Skills-Training. Borderline-Persönlichkeitsstörung: Fertigkeiten einüben, Verhaltensweisen modifizieren. In: Psychoscope. Zeitschrift der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP 6/2004; S. 14-17

Vogelsang, Monika (Hrsg.): Pathologischer PC/Internet-Gebrauch (Gaming, Chatting, Surfing). Indikatives Behandlungskonzept für Patientinnen und Patienten mit pathologischem PC/Internet-Gebrauch. Reihe Konzepte Münchwieser Hefte Nr. 16. 2009.;

Von Rein, Antje (Hrsg): Medienkompetenz als Schlüsselbegriff 1996; Quelle: http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-1996/rein96_01.pdf#page=111 (Stand: Jänner 2010)

Wahrig-Burfeind, Renate (Hrsg.): Wahrig Fremdwörterlexikon. Deutscher Taschenbuch Verlag 2002;

Wiemken, Jens: Computerspiele und Internet. Der ultimative Ratgeber für Eltern. Patmos Verlag 2009;

Wright, Fred/Beck, Aaron/Newman, Cory/Liese, Bruce: Cognitive Therapy of Substance Abuse: Theoretical Rationale 1997. Quelle:

<http://rzbl04.biblio.etc.tu->

bs.de:8080/docportal/servlets/MCRFileNodeServlet/DocPortal_derivate_00001921/Monograph137.pdf#page=128 (Stand: Jänner 2010)

Wölfling, Klaus/Müller, Kai: Phänomenologie, Forschung und erste therapeutische Implikationen zum Störungsbild Computerspielsucht. In: Psychotherapeutenjournal 2/2008; S. 128-133

Wölfling, Klaus: Generation-@-Jugend im Balanceakt zwischen Medienkompetenz und Computerspielsucht? In: SuchtMagazin 02/2008; S. 13-16

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unterteilung der Computerspiele.....	8
Abbildung 2: Freizeitaktivitäten 2006	14
Abbildung 3: Computertätigkeiten 2006	15
Abbildung 4: Psychotherapie bei Onlinesüchtigen	24
Abbildung 5: Kettenanalyse	74
Abbildung 6: Teufelskreis Stress und exzessives Computerspielen.....	85

8 Abkürzungsverzeichnis

Anm.	Anmerkung
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BPD	Borderline Personality Disorder (Borderline-Persönlichkeitsstörung)
ca.	zirka, in etwa
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DBT-S	Dialektisch-Behaviorale Therapie für Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Suchterkrankung
ebd.	ebenda
et al	et alii, und andere
f	folgende Seite
ff	fortfolgende Seite
S.	Seite
SMS	short message service
Vgl.	vergleiche
WoW	World Of Warcraft
z.B.	zum Beispiel

9 Anhang

Curriculum vitae

Name	Mag. ^a Iris Stefanie Herta Wandraschek
Geboren am	16.12.1982 in St. Pölten
Kontakt	iris.wandraschek@chello.at

Ausbildung

Seit März 2009	Psychotherapeutisches Propädeutikum in der 27. Wiener Gruppe des ÖAGG
Seit März 2005	Diplomstudium Pädagogik mit den gewählten Schwerpunkten Medienpädagogik und Sozialpädagogik
Oktober 2002 – August 2008	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien; Titel der Diplomarbeit: Spezielle Herausforderungen für pflegerische Fachkräfte im Umgang mit substanzabhängigen Frauen – eine qualitative Forschung auf der Frauenstation des Anton-Proksch-Institutes in Kalksburg Abschluss mit dem Titel „Mag.phil.“
1998 – 2002	Privates Oberstufenrealgymnasium der Englischen Fräulein Krems
1993 – 1998	Bundesrealgymnasium Rechte Kremszeile, Krems
1989-1993	Volksschule Krems-Lerchenfeld

Studienbezogene berufliche Tätigkeiten/Praktika

Seit Oktober 2008	zusätzlich freie Dienstnehmerin, Verein Dialog, Standort „Sucht und Beschäftigung/Standfest“
Seit Jänner 2008	Freie Dienstnehmerin, Verein Dialog im Standort „Integrative Suchtberatung Wassermannngasse“
SS 2006/07	wissenschaftliches Praktikum am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien
Juli/August 2004	Praktikum Anton-Proksch-Institut, Kalksburg
August 2001	Kinderanimation beim „Kremser Kinder Sommer“

Abstract

Aufgrund der Zunahme der Bedeutung von Computerspielen wurden in Medien und Literatur Fragen nach Computerspielsucht und möglichen therapeutischen Implikationen lauter. Im Rahmen dieser Diplomarbeit findet eine Auseinandersetzung mit Computerspielsucht im Zusammenhang mit der dialektisch-behavioralen Therapie statt. So wird der Frage nachgegangen, welche Konzepte und Potentiale die dialektisch-behaviorale Therapie im Zusammenhang mit Computerspielsucht hat. Ziel soll sein, aus der dialektisch-behavioralen Therapie, welche ursprünglich für Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf Basis der Verhaltenstherapie entwickelt wurde, Konzepte herauszuarbeiten, die Potentiale für die Therapie von Betroffenen von Computerspielsucht haben. Nachdem eine genaue Auseinandersetzung mit den beiden Themengebieten „Computerspielsucht“ und „dialektisch behaviorale Therapie“ die ersten beiden Abschnitte der Diplomarbeit abdeckt, können im dritten Abschnitt der Arbeit die Potentiale ersichtlich werden. So stellen Verhaltens- und Kettenanalysen aus dem Konzept der Verhaltenstherapie ein wesentliches Potential dar. Ebenso können psychoedukative Elemente und eine dialektische Sichtweise als Potential für die therapeutische Arbeit gesehen werden. Wichtigstes Potential obliegt dem Fertigkeitentraining, von dem ausgehend eine Kombination zwischen Einzeltherapie und Fertigkeitentraining in der Therapie von computerspielsüchtigen Personen zum Einsatz kommen kann. Diese Potentiale stellen den Grundstein für weitere Forschung und einer möglichen Adaption der dialektisch-behavioralen Therapie für Betroffene von Computerspielsucht dar.

Abstract (English)

Based on the increased interest in computer games - of our society - questions regarding the addiction to the use of computer arose. Moreover the topic of abnormal use of computer games and the possibility of therapeutical treatment of computer game addicts is common in the media. In general the present diploma thesis combined the issue addiction to computer games and the therapeutical approach dialectical-behavior therapy in an evolutionary way. Furthermore concepts and potentials of the dialectical-behavior therapy in combination with addiction to computer games are analyzed. The author defined the aim of this research to analyze the possibility of an application of the concept and the potential of dialectical-behavior therapy - which was originally designed as a approach for patients with borderline-personality-disorder – to therapy addicts to computer games.

Therefore the author defined addiction to computer games and the dialectical-behavior therapy in the first two sections of the present diploma thesis. However the third section of the paper reviews the potentials of the dialectical-behavior therapy in connection with possible treatment methods of addiction to computer games. As a result the author recognized a high potential of performance analysis and chain analysis based on the concept of the behavioral therapy.

Furthermore the clients knowledge regarding the symptoms the consequences of his addiction and the dialectical point of view could also be seen as highly relevant to develop new therapy methods. In addition a combination of a single-therapy and a skillstraining in therapy of addicts to computer games could be the key to a new approach. Please notice, that the present diploma thesis is a cornerstone for further research concerning the adaption of the dialectical-behavior therapy approach with addiction to computer games.