

Was kann eine stationäre Rehabilitation bei Medienabhängigkeit leisten?

Erfahrungen der stationären Behandlung bei Medienabhängigkeit in der salus klinik Hürth



Vortrag: Dipl.-Psych. Stephan Pitten (Bezugstherapeut)



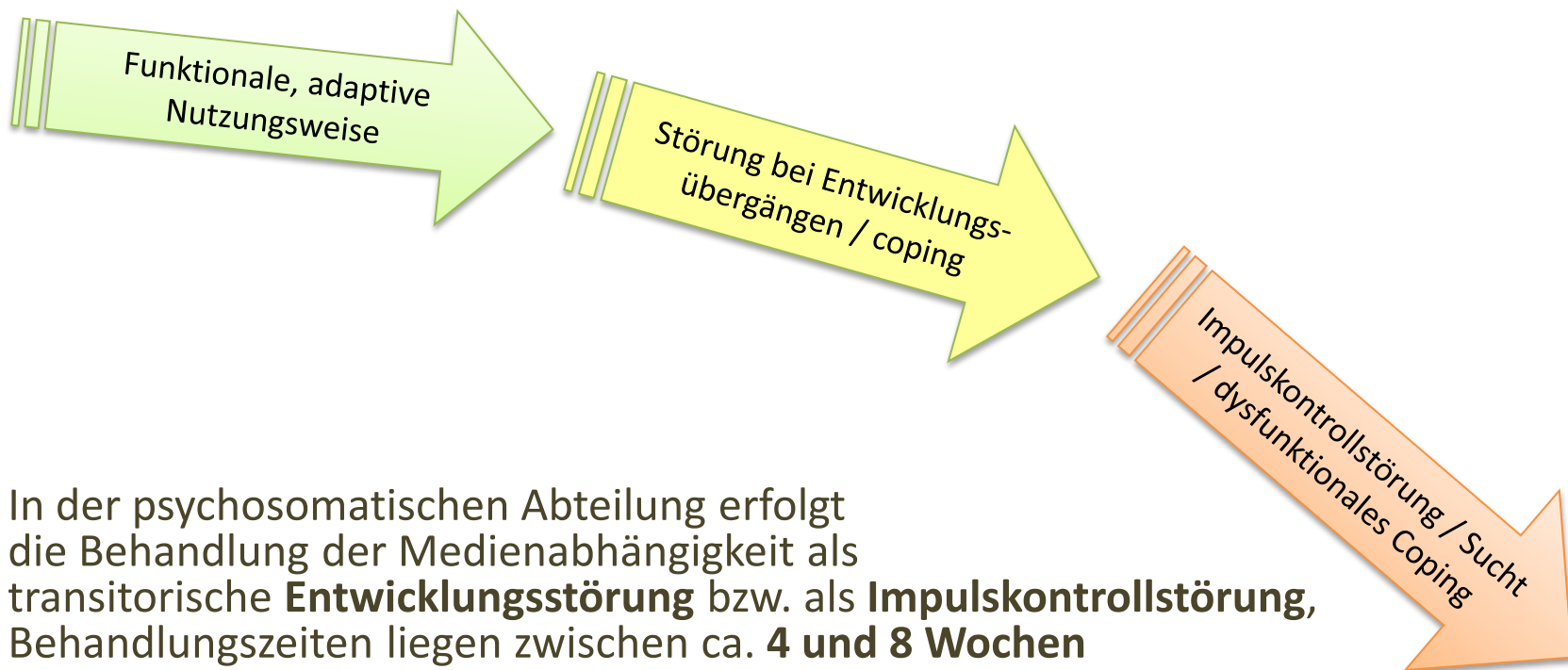
Beispiel Herr J. - Behandlungszeitraum: 14.3. – 2.8.16
24jähriger Auszubildender bei IT-Firma, drohender Ausbildungsabbruch bei zu vielen Krankheitstagen, wohnt noch zuhause bei den Eltern, wenig soziale Kontakte und Hobbies, bislang ohne Partnerschaft, Übergewicht, überfürsorgliche und hilflose Mutter, abwesender oder entwertender Vater, Mobbing in der Schulzeit.

- Vermittlung in die Suchtabteilung über unsere psychosomatische Abteilung, hier **Erstaufnahme wegen mittelgradiger depressiver Episode**
- Bei Aufnahme in die Psychosomatik weiterhin Mediennutzung im gewohnten Muster, noch kein Problembewusstsein
- Im Zuge des psychosomatischen Aufenthaltes und des erarbeiteten individuellen Störungsmodells wurde der **Zusammenhang zwischen Depression, Cannabisabhängigkeit und Medienabhängigkeit** deutlich
→ Beantragung einer **Entwöhnungsbehandlung** in unserem Haus



Ausgangssituation

In der Suchtabteilung erfolgt die Behandlung der Medienabhängigkeit als Verhaltenssucht **mit komorbid stoffgebundener Sucht**, die Behandlungszeiten rangieren variieren zwischen **13 und 26 Wochen**



In der psychosomatischen Abteilung erfolgt die Behandlung der Medienabhängigkeit als transitorische **Entwicklungsstörung** bzw. als **Impulskontrollstörung**, Behandlungszeiten liegen zwischen ca. **4 und 8 Wochen**



Hintergründe einer abhängigen Nutzungsweise von Medien

Scheitern von entwicklungspsychologischen Meilensteinen (vgl. Bilke-Hentsch et al., 2014):

- Erwerb einer adäquaten Geschlechterrolle
- Gestaltung der Beziehungen zum anderen Geschlecht
- Erlangung einer intrafamiliären Autonomie
- emotionale Unabhängigkeit von den Eltern
- Akzeptanz des eigenen Körpers und seiner Veränderungen
- Erwerb beruflichen Wissens und Vorbereitung auf das Erwerbsleben
- Erlernen eines verantwortlichen Sozialverhaltens
- Akzeptanz und Wahrnehmung der Bürgerrolle in der Gesellschaft
- Finden und Aufrechterhalten funktionaler Freundeskontakte

Kompensation von entwicklungspsychologischen Defiziten / Vorteile (vgl. auch Forschung um Kardefeldt-Winther):

- Fehlentwickelte soziale Kompetenzen: Konfliktlösung in der Virtualität versus Realität, Bekunden von Sympathie / Bindung, Durchsetzen eigener Rechte, Umgang mit Gefühlen, Ansprechen dieser versus Emoticons und „Netzsprache“
- Defizitäre Freizeitgestaltung: Abenteuer in der virtuellen Welt: z.B. Drachen bekämpfen, Drogenbosse bekämpfen (im Film), Dating und Chatten, Sexualität, Partnerschaft und Intimität

Abhängigkeitspotentiale: Direkte Verfügbarkeit, kaum Ermüdungseffekte durch fehlende körperliche, emotionale und soziale Betätigung, massive, multisensorische Stimulation und starke Emotionsaktivierung (ähnlich zum Pathologischen Glücksspiel); sehr schleichende psychosoziale Folgeschäden, keine körperliche Abhängigkeit



Anamneseerhebung

Weinstein et al., 2015: Drei **Subtypen** der Internetabhängigkeit:

1. Gamer
2. Cybersex
3. Socializing, social networking

Vorschlag salus klinik Hürth:

- **Gaming** mit auch passiver Beschäftigungsform (z.B. Twitch, GameStar lesen, etc.)
- **Cybersex** (Chatting, Dating, Pornographie, Hentai, etc.)
- **Unterhaltungstypus** (Serien, Filme, Musik, YouTube, TV sowie Manga / Anime)
- Surfer und Sammler (Nachrichten, special interest, hacking, Datensammeln)
- Soziale Netzwerker
- Generalisierter bzw. Misch-Typus (mehrere Bereiche mit pathologischem Nutzungsmuster)



Anamneseerhebung

- Sozialberichte, Informationen durch Zuweiser, Vorberichte aus Kliniken
- Klinikeigener Anamnesebogen, orientiert an den Diagnosekriterien der „internet gaming disorder“ (DSM-V)
- Selbstbericht durch Patient und erste Exploration seines subjektiven Störungsmodells (z.B. Depression → Gaming als Kompensation?)
- Vorberichte und fremdanamnestiche Daten (z.B. Eltern, Zeugnisse)



aktueller Drucker: \\SRV-SLS-001\Prn-SlsHrt-001



Ansicht alle

Psychische Störungsbilder

- Alkohol
- Drogen
- Medikamente
- Nikotin
- Glücksspiel
- Mediengebrauch
- Depression
- Persönlichkeitsstörung
- Angst
- Zwang
- Essstörung



Bitte
neues Bild
einfügen

Art	Seit Wann	letzter Kontakt wann	Muster
Soziale Netz	2011	2015	bis zu 1 Tag p
mporq	2011	2015	bis zu 7 Mal pr
*			

Informationen

(schreibgeschützt)

- 2 Suizidversuche
- 0 Rehabilitationen
- 0 psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen

Spiel-Details

Art:	Art Bemerkung:	Muster:	Muster Bemerkung:
OnlinePoker	TEST Art Bemerkung	bis zu 7 Mal pro Monat	TEST Muster Bemerkung
Seit Wann:	Letzter Kontakt ca.:	betr. Tage im letzten Monat:	
2011	2015		

Allgemeine Beschreibung

Gesamte Dauer in Jahren:	12
Jahr Erstkontakt:	2013
Ø Stunden pro Tag:	3
MAX Stunden pro Tag:	4
Anzahl Pausen:	4
Längste Pause:	23 Tage
Letztmaliges Problemverhalten:	2

Kriterien nach ICD10

*	
---	--

Zugehörige ICD-Diagnosen

*	
---	--

Hilfen & Weiteres

- ☐ Selbsthilfegruppe
- SHG seit:
- ☐ SHG Teilnahme regelmäßig

Kontrollversuche:

- Wegnahme des PCs durch A
- Löschen des Accounts

Beratungen:

- Onlineberatung BZqA
- Lost in space (Berlin)

Auswirkungen auf die Lebensqualität

Auswirkungen auf das alltägliche Leben:

- Aufgabe von Freizeitaktivität
- erhöhtem Alkoholkonsum

Auswirkungen auf das berufliche Leben:

- Arbeitsunfähigkeit
- nachlassende Arbeitsleistung

Welche Gefühle löst der PC/Internetgebrauch aus?

Bezeichnung	Beschreibung
Glücksgefühl	TEST
Erregung	TEST

Freitext: Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en) (1.2)

Freitext erzeugen

Nach eigenen Angaben habe Herr MUSTER etwa 2013 bis zu 1 Tag pro Monat (TEST Muster Bemerkung) mit OnlinePoker (TEST Art Bemerkung) begonnen (letztmalig 2015). Außerdem spielte Herr MUSTER seit etwa 2011 bis zu 7 Mal pro Monat (TEST Muster Bemerkung) Online Rollenspiele (TEST Art Bemerkung) (letztmalig 2015). Zuletzt habe Herr MUSTER etwa 3 Stunden pro Tag am Computer verbracht (Maximum 4 Stunden). Durch den den PC- und Internetgebrauch sei es zu Aufgabe von Freizeitaktivitäten und erhöhtem Alkoholkonsum im Alltag sowie zu folgenden Problemen im Beruf: Arbeitsunfähigkeit und nachlassende Arbeitsleistung gekommen.

Bemerkungen



Beispiel Herr J. – Medienanamnese

Nach eigenen Angaben habe Herr J. etwa 1998 täglich mit **Gaming** begonnen. Erstkontakt **in der Grundschule über GameBoy**, später Konsolen (SNES, N64, gamecube). Ab 10 Jahren erste Aggravierung mit Ausweitung der Nutzungsdauer auf 2 Std./ d, ab dem 12. Lj. regelmäßig bis zu 4 Std./ d. Ab dem 14. Lj. Erweiterung medienbezogener Interessen („Schrauben“, Chatting per ICQ, Soziale Netzwerke wie myspace, **„ein aufwändiges Online-Leben“**) mit bis zu 6 Std./ d und **Zunahme des eskapistischen Motivs bei einsetzendem Mobbing**. Später auch deutliche Steigerung der Nutzungsdauer bei Gaming („Counter-Strike“ und „Team-Speak“), auch mit Beikonsum von Cannabis ab dem 16. Lj.. **Ab 18 (Berufsschule, Ausbildung) vollständige Fokussierung auf Medieninhalte in der Freizeit und auch unter Vernachlässigung der Arbeitspflichten**, nunmehr **zwischen 8 und 12 Std./ d**. Zuletzt habe Herr J. maximal 12 Stunden pro Tag am Computer verbracht. Durch den PC- und Internetgebrauch sei es zur Aufgabe von Freizeitaktivitäten, Passivität, Rückzugsverhalten, Schlafstörungen, Vernachlässigung von Hygiene und Nahrungsaufnahme sowie der Haushaltsführung sowie sozialen Ängsten im Alltag gekommen. Auch habe er begonnen, Guaranapulver am Morgen einzunehmen, um sich „aufzuputschen“. Es sei zu folgenden Problemen im Beruf gekommen: nachlassende Arbeitsleistung und Umsetzung am Arbeitsplatz, Krankschreibungen. Letztes Gaming: 14.02.2016.



Diagnosestellung

- Aktuell noch über **F63.8** (ICD-10, sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) → **Medienabhängigkeit (S) und Dysfunktionaler Mediengebrauch (PS)**
- **Testdiagnostik:** Einsatz des OSVe-S (Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen; Wölfling, Müller, Beutel, 2010)
- Überprüfung der **DSM-V Kriterien der internet gaming disorder**
- **Einschätzung des Schweregrads durch Patienten und Therapeuten**
→ Angebot: Kontinuum von adaptiv und funktional zu abhängiger Nutzungsweise



Beispiel Herr J. – Diagnosen und Komorbidität

- F12.2 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F63.8 - Dysfunktionaler Mediengebrauch bei abhängigem Nutzungsmuster
- F12.5 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F32.0 - Leichte depressive Episode
- F51.0 - Nichtorganische Insomnie (ausgeschlossen, da Folge der Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus bei Medienabhängigkeit)
- E66.01 - Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
- S93.2 - Traumatische Ruptur von Bändern in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes



Forschungsdiagnose „Internet Gaming Disorder“ (DSM-V)

Bilke-Hentsch, O., Aden, A., & Lemenager, T. (2014). Pathologischer PC- und Internetgebrauch bei Kindern und Jugendlichen. PSYCH up2date, 8(05), 309-326.

DSM-5: Internet Gaming Disorder

Andauernder und wiederholter Gebrauch des Internets zum Zweck des Online-Spielens
klinisch signifikante Behinderung oder Einschränkungen

≥5 der folgenden Symptome, 12 Monate Dauer:

- andauernde Beschäftigung mit Internet- bzw. Online-Spielen
 - gedankliche Beschäftigung mit früheren oder zukünftigen Spielen
 - Online-Spiele als dominierende Aktivität des alltäglichen Lebens
- Entzugssymptome bei fehlendem Zugang zu Online-Spielen
 - Gereiztheit, Ängstlichkeit, Traurigkeit
 - keine Beschreibung von körperlichen Symptomen i.S. eines Medikamentenentzugs

- Toleranzentwicklung
 - Bedürfnis, zunehmend Zeit für Online-Spiele aufzubringen
- erfolglose Versuche, die Teilnahme am Online-Spielen zu beenden
- Interessensverlust an früheren Hobbys oder Aktivitäten als Folge des Online-Spielens
- andauerndes, exzessives Online-Spielen trotz des Wissens um die psychosozialen Probleme
- Täuschen von Familienmitgliedern, Therapeuten oder anderen Personen in Bezug auf das wirkliche Ausmaß des Online-Spielens
- Gebrauch der Online-Spiele, um aus negativen Emotionen (wie z. B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld oder Ängstlichkeit) herauszukommen oder um diese zu lindern
- Gefährdung oder Verlust von wichtigen Bekanntschaften, Beruf, Ausbildung oder Karrierechancen wegen des Online-Spielens





Beispiel Herr J. – Konkrete Behandlungsziele

- Aufbau medienkompetenten Verhaltens, Aufgabe des pathologischen Nutzungsmuster (gaming) sowie vollständige Cannabisabstinenz
- Sicherung der Ausbildung, Kontakt zum Arbeitgeber wiederherstellen
- Autonomisierung vom Elternhaus, Übernahme von mehr Eigenverantwortung zur Steigerung von Selbstwirksamkeit und Förderung von Stolz und „Selbstanerkennung“
- Abbau depressiver Grundüberzeugungen und Verhaltensweisen
- Aufbau positiver Aktivitäten in der Realität: Sport, Musik, Einbau von Genuss im Alltag ohne Medien
- Aufbau sozialer Kontakte und Erprobung neu erworbener sozialer Kompetenzen (insbesondere Recht durchsetzen in der Berufsschule)
- Akzeptanz von und kompetenter Umgang mit Beeinträchtigungen im Zuge der cannabisinduzierten psychotischen Störung (Misstrauen, teilweise zerfahrenes Denken, emotionale Gleichgültigkeit und Interessenlosigkeit)
- Rückfallprophylaxe



Behandlung

• Kernstück 1: Indikative Gruppen

- **IG Beruf und Zukunft:** Insbesondere bei Patienten, denen der Einstieg ins Berufsleben noch nicht gelungen ist; Vorbereitung, Thematisierung von Ängsten und Sorgen, Aufbau von Motivation für zukünftige berufliche Tätigkeit, u.v.a.
- **IG Alltagsplanung:** (Wieder-)Erlernen von Strategien zur Lebensführung und Erprobung im Selbstmanagement (Haushalt, Finanzen, Ernährung, etc.)
- **IG Medienkompetenz:** Aufbau und Vertiefung eines Störungsverständnisses, Identifizierung und Überwindung von störungsspezifischen kognitiven Verzerrungen, Abbau von sozialem Vermeidungsverhalten, Aufbau von angemessenem Sozial- und Konfliktverhalten und die Entwicklung und Erprobung von störungsspezifischen Rückfallpräventionsstrategien
- **Ergänzend:** IG Depression bewältigen, IG Ängste bewältigen, IG Sinnfindung, u.a.

• Kernstück 2: Teilhabe am Arbeitsleben

- Einschätzung von Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer über **Ergotherapie**
- Weitervermittlung in die **Arbeitstherapie** (u.a. Garten, Holzwerkstatt, Büro, Café Salü)
- Multimethodale und –modale **Einschätzung der Arbeitsfähigkeit:** durch psychiatrische Einschätzung, Sporttherapie, Arbeitstherapie, Bezugstherapie
- **Unterstützung beim Wiedereinstieg oder erstmaligem Einstieg ins Erwerbsleben:** Sozialdienst, Hamburger Modell, Bewerbungsvorbereitung, Arbeitgebergespräche

	Mo, 23.11.2015	Di, 24.11.2015	Mi, 25.11.2015	Do, 26.11.2015	Fr, 27.11.2015
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
0					



Behandlung in der Einzeltherapie und in der Bezugsgruppe

- **Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses**
- **Exploration des Mediennutzungsverhaltens**
- **Psychoedukation**
- **Motivational interviewing** zur Absichtsbildung (pro/ contra Mediennutzung in diesem Umfang; Zukunftsprojektion; Reise in die Vergangenheit, als weniger Medien genutzt wurden; Reise in die Zukunft)
- **Vereinbarung und vertragliche Festlegung eines vertretbaren Mediennutzungsniveaus; Aufgabe des spezifisch pathologischen Mediennutzungsmuster** (z.B. gaming, cyber sex) bei gleichzeitiger Freiheit bzgl. anderer Mediennutzungsaktivitäten → hier aber Selbstbeobachtung mittels Protokollen und Verhaltensanalysen und Selbstkontrolle (Kanfer)
- **Störungsmodell:** Exploration des subjektiven Erklärungsmodells für bestehende Symptomatik (z.B. depressiv mit soz. Rückzug, kognitiver Triade nach Beck, etc.)



Behandlung in der Einzeltherapie und in der Bezugsgruppe

- Identifikation der **Grundbedürfnisse, Werte und Motive** des Patienten → Abgleich hinsichtlich der Erfüllung/ Befriedigung in der Realität und in der Virtualität (z.B. Bindung, Sexualität, Anerkennung, Erfolg, Macht, Kontrolle, Lustgewinn, Unlustvermeidung)
- **Kognitive Umstrukturierung** mittels sokratischem Dialog, ABC(DE)-Schemata
- **Genusstraining, Aktivitätsaufbau**
- **Verhaltensexperimente** in der Realität, performativ-gestalterische Übungen: Kunst- und Ergotherapie, Sporttherapie, salus theater
- **Differenzierung** pathologischer, riskanter und medienkompetenter Nutzungsweisen (Ampelmodell)
- **Bearbeitung komorbider Störungen** und Problembereiche:
 - Depression: Aufbau positiver Aktivitäten in der Realität, Genusstraining
 - Angst: Abbau von Versagensängsten im sozialen Kontakt
 - Ernährung: Verbesserung des Ernährungsverhaltens, Einbindung von Bewegung in den Alltag

Vergleich von Realselbst – Wunschselbst – Musselbst



Mit Hilfe des Vergleichs von verschiedenen Selbstbildern können Unterschiede und auch Spannungen sichtbar gemacht werden, die ggf. durch Suchtmittel oder andere ungünstige / selbstschädigende Verhaltensweisen ausgeglichen werden müssen. Das **Realselbst** beschreibt hierbei das, was Sie von sich wissen und denken (wie Sie sind). Das **Wunschselbst** ist das, was Sie sein möchten, aber noch nicht sind (z.B. Charaktereigenschaften, Fähigkeiten, Erfolge, etc.). Und das **Musselbst** ist das, was andere von Ihnen erwarten und was auch die Gesellschaft und Biologie von Ihnen erwartet (z.B. Abstinenz leben, Familie gründen, Zuverlässigkeit, etc.). Bitte tragen Sie ein, aus welchen Bestandteilen sich ihre Selbstkonstruktionen zusammensetzen.



Realselbst (Eigenschaften, Fähigkeiten, Ziele, Auftreten, Wirkung, Hobbies, Interessen, Kleidung, soziales Umfeld)	Wunschselbst (Ziele, Pläne, noch nicht Erreichtes, Wunschdenken: „Wie ich mich gern sähe.“)	Musselbst (Was andere von mir erwarten und, was ich denke, was diese erwarten, Anforderungen von außen)

NOTIZEN:

Realität versus Virtualität



Bitte stellen Sie Ihre Realität der von Ihnen genutzten Virtualität gegenüber. Beschreiben Sie in beiden Bereichen, wie *kompetent und erfolgreich* Sie sich jeweils in Bezug auf die einzelnen Aspekte erleben. Sie können auch stattdessen oder ergänzend notieren, welche *Unterschiede* Sie wahrnehmen können.

Bereich	REALITÄT	VIRTUALITÄT
Was ich erreicht habe (Entwicklungsschritte, Umsetzung und Erreichen von Zielen und Plänen; Schule, Ausbildung / Beruf, Partnerschaft, Familie, Freundeskreis)		
Gefühle, Bedürfnisse und Motive (Anerkennung, Stolz, Freude / Spaß, Ärger, Trauer, Macht, Kontrolle, Bindung, Selbstwert-erhöhung, Lustgewinn, Unlust-vermeidung)		
Fähigkeiten (Fähigkeiten, Hobbies, Aktivitäten)		
Soziale Funktionen (z.B. Durchsetzungsvermögen, Kommunikative Kompetenz, Partnerschaft und Sexualität)		
Psychische Funktionen (Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen, Entscheidungsfähigkeit, Konfliktlösekompetenz)		
Denken über sich selbst und Körper (Wie finde ich mich? Welche Annahmen habe ich über mich? Hygiene? Kleidung?)		

Erste Hilfe bei Medien- und Spielverlangen

*Die Probleme sind da, ob mit
oder ohne Konsum. Ich kann
mir selbst helfen.*

Symbol oder Zeichnung:

|

Vertrauenskontakte

Diesen Menschen/ Einrichtungen kann
ich mich anvertrauen, wenn ich
Probleme habe ...

NAME: _____

TelNr.: _____

NAME: _____

TelNr.: _____

NAME: _____

TelNr.: _____

NAME: _____

TelNr.: _____



Meine Hauptgründe für Abstinenz:

Positiv an der Abstinenz:

Negativ am Konsum:

Gute Sätze...

... die ich mir selbst sage

... die mir andere sagen würden

Meine **drei wichtigsten**
Strategien im Umgang mit
Stress/ Verlangen/ Gefühlschaos



Was ich **durch die Abstinenz**
schon **geschafft** habe...



Was **verliere ich**, wenn ich
konsumiere/ spiele?



Das **unangenehmste**
Gefühl für mich ist...



... und **dagegen kann ich tun:**



Bedürfnispyramide nach Abraham Harold Maslow (1908 - 1970)

Basic
Human
Needs





What's your
reality?



Erprobung in der Realität

- Belastungserprobungen: Ab dem 8. Behandlungstag möglich, Analyse störungsspezifischer Verhaltens- und Erlebensmuster (Selbstbeobachtung), Transfer von Therapieinhalten; ab dem 28. Behandlungstag mit Übernachtung
- Realitätstraining: Ab dem letzten Behandlungsdrittel kehrt der Patient für 5 Tage in sein ursprüngliches Umfeld zurück und ist konfrontiert mit seiner ggf. noch „digitalisierten“ Umgebung
 - Eigenverantwortliche Einhaltung des in der Klinik festgelegten Nutzungsmusters
 - Ergreifen geeigneter Maßnahmen zur Abstinenzsicherung bzgl. des pathologischen (süchtigen) Nutzungsbereichs, z.B. Internetzugang über neues unbekanntes W-LAN-Passwort sperren, Hard- oder Software entfernen



Angehörigen- und Arbeitgeberkontakte

- **Angehörigenseminare, Familiengespräche, Arbeitgebergespräche**
- Einladung in die Klinik, zumeist durch den Patienten
- Vorbesprechung und Zieldefinierung für jede „Partei“
- Verständnis fördern, Pat. übernimmt Verantwortung, Einbettung ins soziale Netzwerk ohne Anklagen, Hilflosigkeit, Überforderung und emotionales Überengagement

Nachsorge

- **Adaptionsmaßnahme** (Phase II der medizinischen Rehabilitation)
- Ambulante Rehabilitation Sucht
- Selbsthilfegruppen
- Ambulant betreutes Wohnen
- Psychiatrische Anbindung und ambulante Psychotherapie



Beispiel Herr J. – Ergebnisse

- Sicherung der Ausbildung, Kontakt zum Arbeitgeber wiederherstellen
- Autonomisierung vom Elternhaus, Übernahme von mehr Eigenverantwortung zur Steigerung von Selbstwirksamkeit und Förderung von Stolz und „Selbstanerkennung“
- Abbau depressiver Grundüberzeugungen und Verhaltensweisen
- Aufbau positiver Aktivitäten in der Realität: Sport, Musik, Einbau von Genuss im Alltag ohne Medien
- Aufbau sozialer Kontakte und Erprobung neu erworbener sozialer Kompetenzen (insbesondere Recht durchsetzen in der Berufsschule)
- Akzeptanz von und kompetenter Umgang mit Beeinträchtigungen im Zuge der cannabisinduzierten psychotischen Störung (Misstrauen, teilweise zerfahrenes Denken, emotionale Gleichgültigkeit und Interessenlosigkeit)
- Aufbau medienkompetenten Verhaltens, Aufgabe des pathologischen Nutzungsmuster (gaming)
- Rückfallprophylaxe



Machen!

- Selbstbeobachtung mittels Protokollen
- Motive und Funktionalität der Nutzungsweise herausarbeiten
- Positive Erinnerungen an die Realität fördern
- Langfristige Folgen der Medienabhängigkeit entdecken lassen, Zukunftsprojektion bei Beibehaltung des Nutzungsmusters
- Funktion des Medienverhaltens in der Realität

Nicht hilfreich!

- Drängen jeglicher Art: zur vollständigen Aufgabe der Nutzung ohne Bereitschaft bzw. intrinsische Motivation



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur (Auswahl)

- Beutel, M.E., Brähler, E., Glaesmer, H., Kuss, D.J., Wölfling, K., Müller, K.W. (2011). Regular and Problematic Leisure Time Internet Use in the Community: Results from a German Population-Based Survey. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(5), 291-196.
- Bilke-Hentsch, O., Aden, A., & Lemenager, T. (2014). Pathologischer PC-und Internetgebrauch bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH up2date*, 8(05), 309-326.
- Griffiths, M.D., Király, O., Pontes, H.M. & Demetrovics, Z. (2014). An overview of problematic gaming. In Starcevic, V. & Aboujaoude, E. (Eds.), *Mental Health in the Digital Age: Grave Dangers, Great Promise*. Oxford: Oxford.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction—a review of the psychological literature. *International journal of environmental research and public health*, 8(9), 3528-3552.
- Wölfling K., Beutel ME, Müller KW (2012). Construction of a Standardized Clinical Interview to Assess Internet addiction: First Findings Regarding the Usefulness of AICA-C. *J Addict Res Ther* S6:003. doi:10.4172/2155-6105.S6-003
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York: Plenum Press.
- Rehbein, F., Kleinmann, M., Mößle, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology Behavior Social Networking* 13:269-277).
- Wölfling, K., Thalemann, R., Grüsser, S.M. (2008). Computerspielsucht: Ein psychopathologischer Symptomkomplex im Jugendalter. *Psychiatrische Praxis*, 35(5), 226-232.
- Wölfling, K., Bühler, M., Lemenager, T., Mörsen, C., Mann, K. (2009). Glücksspiel- und Internetsucht – Review und Forschungsagenda. *Der Nervenarzt*, 80(9), 1030-1039.

Bilderquellen (alle Stand 07.10.2016):

Folie 1: http://bilder.t-online.de/b/73/02/72/90/id_73027290/300/tid_da/wenn-sie-mehr-als-30-stunden-die-woche-zum-reinen-vergnuegen-im-internet-verbringen-sollten-sie-ihr-verhalten-ueberdenken-.jpg; Folie 7, 15: PaDo Dokumentationssystem, salus klinik Hürth; Folie 12: <http://smore.is/wp-content/uploads/2013/04/crafty-way-to-calm-e1363511882921.jpg>; Folien 18 – 20: Stephan Pitten, salus klinik Hürth; Folie 21: http://i0.wp.com/myththreads.ch/g2h/wp-content/uploads/sites/107/2016/05/maslow_beduerfnispyramide_gross.png?resize=1024%2C721; Folie 22: <http://9gag.com/gag/aDmGgdG?ref=tp>; Folie 23: Stephan Pitten, privat