

Abstinenzentscheidung bei Medienabhängigkeit

Eine Untersuchung der Gruppen abstinenten Klienten und nicht
abstinenten Klienten und deren Vergleich hinsichtlich spezifischer
Beschreibungsmerkmale und Komorbiditäten

Masterarbeit

im Studiengang
Suchthilfe/Suchttherapie (M.Sc.)

vorgelegt von

Jannis Wlachojiannis

Matr.-Nr.: 507434

März 2017

an der Katholischen Hochschule NRW (KathO NRW)

Erstprüferin: Dr. Anne Pauly

Zweitprüfer: Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein

Inhalt

1.	Einleitung	4
2.	Thematischer Forschungsbereich	7
3.	Fragestellung/Problem	8
4.	Nutzungsverhalten von PC und Internet	9
4.1	Aspekte der Computerspielnutzung im Jugendalter	9
4.2	Aktuelle Trends und Entwicklungen	10
4.3	Pathologischer Internetkonsum	12
4.4	Definition und Diagnosekriterien	14
4.5	Einordnung des pathologischen PC- und Internetkonsums	16
4.6	Prävalenz	16
4.7	Formen des pathologischen Internetgebrauchs	19
5.	Computerspiel- und Internetsucht	21
5.1	Süchtige Nutzung von Chatformen, sozialen Netzwerken und andere Formen von Internetsucht	22
5.2	Onlinesexsucht	23
5.3	Onlinekaufsucht	24
5.4	Onlineglücksspielsucht	25
5.5	Blick in die Praxis	26
6.	Klientenbefragung	27
7.	Komorbiditäten im Rahmen des pathologischen Internetgebrauchs	29
8.	Hypothesen	31
9..	Operationalisierung	32
10.	Untersuchungsmethodik	33
11.	Untersuchungsdesign	33
12.	Teilstrukturiertes Interview zur individuellen Problemausprägung	35
12.1	Gewinnung der Untersuchungsgruppe	37
12.2	Untersuchungsgruppe	37
12.3	Themenkreise der Interviews	37
12.4	Durchführung des Interviews	39
12.5	Datenauswertung	39
12.6	Kategoriensystem	39
13.	Auswertung der Klienteninterviews	41
13.1	Abstinent oder nicht abstinent	41
13.2	Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsgruppe	42
13.3.	Geschlechterverteilung nach Abstinenz	42
13.4	Altersdurchschnitt der Probanden	42
13.5	Familienstand und Wohnsituation	42
13.6	Bildung	43
13.7	Schulabschluss	43
13.8	Ausbildung	43
14.	Medienkonsum im eigenen Umfeld	44
14.1	Einfluss der Familien auf eigenen Medienkonsum	44
14.2	Einfluss der Peergroup auf eigenen Medienkonsum	44
14.3	Alter bei Erstkonsum (Medienkonsum)	45
15.	Abstinenzentscheidung	46
15.1	Abstinenzentscheidung (AvrA gegenüber NAvrA)	46
15.2	Gründe für die Abstinenzentscheidung	50
15.3	Leidensdruck und individuelle Beschreibung	46
15.4	Gründe gegen eine Abstinenzentscheidung	47
16.	Auswertung der Fragebögen	47
16.1	Auswertung der CIUS-Scale	47
16.2	Auswertung der SCL	48

17. Überprüfung der Hypothesen	50
18. Ergebnisse	52
19. Diskussion/Zusammenfassung	55
20. Kodierschema	58
21. Literaturverzeichnis	59
22. Abbildungsverzeichnis	64
23. Beispielinterviews	65
24. Beispielscreener	80

1. Einleitung

Die Zahl der Internetanschlüsse steigt kontinuierlich. 79% der Deutschen sind online (vgl. Eimeren, 2014). In allen Bereichen unserer Gesellschaft wird technisch aufgerüstet. Immer mehr nutzen Menschen die neuen Medien und sparen so Kosten und Zeit. Im Zuge von Flatrate-Angeboten ist ein Internetzugang für die deutsche Gesamtbevölkerung fast flächendeckend und sehr kostengünstig verfügbar. Mit der Verbreitung interaktiver Bildschirmmedien und des Internets sind in kurzer Zeit neue und sehr beliebte Möglichkeiten der Unterhaltung und Kommunikation entstanden. Mit ihrer allgegenwärtigen Verfügbarkeit und ihrem belohnenden Charakter haben die digitalen Angebote jedoch auch eine Schattenseite: Einigen Menschen scheint eine kontrollierte und selbstbestimmte Nutzung kaum mehr zu gelingen. Die Betroffenen entwickeln im Hinblick auf ihre Mediennutzung einen psychopathologischen Symptomkomplex, der eine nicht zu verkennende Ähnlichkeit zu klassischen Suchterkrankungen und dem pathologischen Glücksspiel aufweist. Zunehmende Forschungsbemühungen verbessern stetig unser Verständnis bezüglich dieser vergleichsweise neuen Phänomenologie (Nervenarzt, 2013, S. 569–575).

Aus diesem Grund und weil sich immer mehr Menschen mit einem pathologischen Verhalten von Computer- und Internetnutzung in das Hilfesystem begeben, wurde 2006 die Beratungsstelle für Computerspiel- und Internetsüchtige „Lost in Space“, ein Projekt des Caritasverbands für das Erzbistum Berlin e.V., als bundesweit erste spezialisierte Einrichtung ins Leben gerufen. Vor Ort bietet die Beratungsstelle Beratung zum Thema Computer- oder Konsolenspiele, Browser Spiele, Online-Rollenspiele (MMORPG¹), Ego-Shooter, Chatten, Bloggen, Surfen, Mailen, zur Nutzung von Portalen, Foren oder sozialen Netzwerken, Downloaden und Archivieren oder auch Optimierungsarbeit am PC an. Zu den konkreten Angeboten zählen individuelle Einzelgespräche, Familiengespräche und Paargespräche. Eine weiterführende Aufgabe bei „Lost in Space“ liegt darin, ggf. Klienten in ambulante oder stationäre Therapiemaßnahmen weiterzuvermitteln.

¹ MMORPG = Abkürzung für Massively Multiplayer Online Role-Playing Game

Für Angehörige besteht die Möglichkeit, die angeleitete Gruppe „Immer auf Empfang“ als offene Gruppe für Eltern und Angehörige von intensiven Computer- und Mediennutzern zu besuchen. Im ersten Jahr (2006) kamen insgesamt 36 Klienten zu einem Erstgespräch. In den folgenden Jahren erhöhte sich diese Zahl deutlich, so suchten im Jahr 2014 bereits 256 Betroffene sowie 240 Angehörige die Beratungsstelle auf.

Betroffene hatten zunächst die Möglichkeit, *eine* angeleitete Gesprächsgruppe zu besuchen. Im Laufe der Jahre stieg die Gruppenstärke auf bis zu 22 Personen an, was ein bedarfsgerechtes Arbeiten zunehmend erschwerte. Im Rahmen der Beratung wurde den Klienten² die Empfehlung ausgesprochen, dass eine Abstinenz von ihrem problematischen Nutzungsbereich das Sinnvollste wäre. Die Klienten sollten auf das Spiel verzichten, das aus ihrer Sicht süchtig macht. Dies führte wiederum in der Gesprächsgruppe zu einem Ungleichgewicht: So gab es dort Klienten, die teilweise spielfrei waren. Ebenso saßen Klienten in der Gruppe, die weiterhin ihren problematischen Bereich am PC konsumierten. Auf der einen Seite war dies ein Vorteil. Klienten mit andauerndem, pathologischen PC-Konsum wurden von den abstinenten Klienten damit konfrontiert, welche Nachteile der Konsum habe. In dieser Gruppenatmosphäre konnten sich Klienten mit ihren Ambivalenzen auseinandersetzen. Einige von ihnen entschieden sich daraufhin für eine Abstinenz. Andere versuchten immer wieder, ihren Konsum einzuschränken, scheiterten aber daran. Die „Offenheit“ der Gruppe hinderte einige Klienten an einer klaren Entscheidung hinsichtlich einer Abstinenz. Auf der anderen Seite führte der andauernde Konsum des problematischen Nutzungsbereiches der Klienten zu einer Verunsicherung in der Gruppe. Abstinente Klienten stellten ihre Entscheidung teilweise wieder in Frage.

Aus diesem Grund gab es im Juli 2014 eine Aufteilung des Gruppenangebotes in zwei verschiedene Gruppen: Eine **Motivationsgruppe** und eine **Abstinenzgruppe**. Ziel beider Gruppen war es, dass Klienten eine Abstinenz von ihrem problematischen Nutzungsbereich erlangen – allerdings aufgeteilt nach verschiedenen Motivationslagern. Als Grundlage der Abstinenzentscheidung wird die Methode „Ampelmodell“ eingesetzt, an der sich Klienten orientieren können. Die Motivationsgruppe soll den Gruppenteilnehmern dabei als Unterstützung

² Sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

dienen. In der Abstinenzgruppe soll anhand der dort besprochenen Themen die Abstinenz aufrechterhalten und verfestigt werden.

Nachfolgend werden die beiden Gruppen kurz dargestellt:

Motivationsgruppe

Anhand von 4–8 Modulen sollen sich die Teilnehmer kritisch mit ihrem Medienkonsum auseinandersetzen. Dabei gilt es, sowohl Klienten, die sich hinsichtlich ihrer Verhaltensänderung ambivalent verhalten, als auch Klienten, die motiviert sind nicht mehr zu konsumieren, dies aber aus eigener Kraft nicht schaffen, in die Abstinenzgruppe zu leiten. Ziel ist es, dass die Teilnehmer durch den gegenseitigen Austausch ihr eigenes Konsumverhalten kritisch hinterfragen und durch Pro- und Contra-Argumente für sich Klarheit schaffen. Die Gruppenteilnehmer sollen somit ihre Ambivalenzen überwinden und selbständig eine Entscheidung hinsichtlich ihrer Abstinenz fällen, ohne überredet zu werden.

Inhalte der jeweiligen Module:

- Ampelmodell
- Vier-Felder-Schema (kurz- und langfristige Vor- und Nachteile von Suchtmittelkonsum (Verhalten))
- Suchtdreieck: Exploration über Entstehung des eigenen Verhaltens, kurzer Blick auf Komorbiditäten
- Meine Rolle im Spiel, meine Rolle im Alltag (Gegenüberstellung von Stärken)
- Abschied vom Account, Rituale in Games, Rituale im Alltag thematisieren
- Abstinenzvertrag mit Gruppenleiter
- Rückfallprophylaxe, Übergang in die Abstinenzgruppe oder Ausstieg aus den Gruppen thematisieren

Diese Gruppe soll den Teilnehmern vier bis maximal acht Wochen als Unterstützung dienen, um dann einen Übergang in die Abstinenzgruppe einzuleiten.

Abstinenzgruppe

Auf Grundlage der Erfahrungen aus der Motivationsgruppe soll hier an der dauerhaften Abstinenz des roten Ampelbereichs gearbeitet werden. Zentrale Themen sind:

- Rückfallphrophylaxe
- PC als Arbeitsbereich im Alltag
- alternative Freizeitgestaltung
- Komorbiditäten (Thematisierung von ambulanter und stationärer Therapie als weiterführender Behandlung)
- soziale Kontakte (soziales Kompetenzdefizit als Problematik im Alltag, neue Kontakte zu schließen)

Die Gruppe soll jedem Teilnehmer für ein Jahr als adäquater Übergang in ggfls. weiterführende Hilfen oder den Alltag dienen.

Klienten, die sich zunächst von ihrem problematischen Anwendungsbereich nicht trennen wollen und „kontrolliertes Spielen“ anstreben, stehen nach dem ersten Durchlauf der Motivationsgruppe vor der Entscheidung, ob sie den Durchgang wiederholen möchten oder ob sie in die Abstinenzgruppe übergehen wollen. Alternativ können sich Klienten zu diesem Zeitpunkt ganz aus der Einrichtung verabschieden.

2. Thematischer Forschungsbereich

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist es, den Bereich Medienabhängigkeit näher zu betrachten und zu beschreiben. In den letzten Jahren hat sich die Fachliteratur stetig mit der Frage nach einer möglichen nosologischen Einordnung des Störungsbildes Medienabhängigkeit befasst. Fachkollegen aus den Bereichen Beratung und Therapie haben sich vielfach mit der Frage der Abstinenz in der ambulanten Beratung/Therapie und dem stationären Setting auseinandergesetzt (vgl. Dreier, Wölfling, Beutel, & Müller, 2015). Der Bereich der Verhaltenssuchte ist ein relativ junger Forschungsbereich und der darin verortete Aspekt der Medienabhängigkeit ein kleiner, stetig wachsender Teilbereich im Suchthilfesystem. In den letzten Jahren haben immer mehr Klienten das Suchthilfesystem aufgesucht. Zudem gab es bundesweit einen Anstieg an Beratungsstellen, die sich der Thematik angenommen haben. Aus den jeweiligen Einrichtungen kommen ebenfalls Signale, dass die Zahl der Hilfesuchenden steigt. Diese Tatsachen sind ein weiterer Motivationsgedanke, die folgenden Fragestellungen zu bearbeiten:

3. Fragestellung / Problem

Zum Ende meines Masterstudienganges an der Suchtakademie Berlin-Brandenburg wurde bei „Lost in Space“ der konzeptionelle Rahmen der Gruppen verändert. Aus dem neuen System mit zwei Gruppen ergaben sich nun auch zwei Klientengruppen, die sich in ihrer Herangehensweise und Auseinandersetzung mit ihren problematischen Nutzungsbereichen deutlich voneinander unterscheiden. Ziel dieser Arbeit soll sein, herauszufinden, welche Gründe dazu führen, dass sich Klienten für oder gegen eine Abstinenz von ihrem problematischen Nutzungsbereich am PC entscheiden. Aus Sicht der Klienten spielte der Leidensdruck in der Beratungspraxis oftmals eine große Rolle. Daraus ergab sich für uns als ambulante Suchtberatungsstelle, für mich und somit auch für die Erstellung der Masterthesis ein ganz neues Spektrum an Fragen:

- Ist der Leidensdruck für die Klienten ein entscheidender Faktor für ihre Abstinenzentscheidung?

Hinsichtlich ihres Medienkonsums kommen Klienten häufig mit einer hohen Ambivalenz zu „Lost in Space“. In ambulanten Suchtberatungskontexten ist es sicherlich nicht unüblich, dass Klienten nicht immer wissen, ob sie den Konsum ihres Suchtmittels nun einschränken sollen oder nicht. Da Medien wie Computer und Internet alltäglich und völlig selbstverständlich genutzt werden, führt dies zunächst nicht zu einem Leidensdruck in Bezug auf eine Verhaltensänderung. In der Motivationsgruppe sowie in den Einzelgesprächen können sich Klienten mit den Vor- und Nachteilen ihres Konsums kritisch auseinandersetzen, um eine Entscheidung zu fällen.

- Welche psychischen Auffälligkeiten vereinen Klienten, die sich für eine Abstinenz entscheiden?

Anhand von klinischen Messinstrumenten soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit beispielsweise komorbide Störungen einen Einfluss auf eine Abstinenzentscheidung haben. Welche Rolle spielen weitere, biografische oder bildungsspezifische Aspekte, beispielsweise die eigene aktuelle Arbeitslosigkeit, Ausbildungs- oder Studiensituation?

4. Nutzungsverhalten von PC und Internet

4.1 Aspekte der Computerspielnutzung im Jugendalter

Auch wenn sich diese Arbeit schwerpunktmäßig der Phänomenologie einer Computerspiel- und Internetabhängigkeit widmet, nutzt der überwiegende Teil der Jugendlichen in Deutschland Computer, Konsolen und Online-Spiele als eine zeitlich überschaubare Komponente ihrer Freizeitgestaltung (Bundesministerium für Familie, 2012).

Im Jahr 1998 haben sich die Landesanstalt für Kommunikation Baden-Württemberg (LFK), die Landesanstalt für Medien und Kommunikation (LMK), sowie der Südwestrundfunk (SWR) im Medienpädagogischen Forschungsverbund Südwest (mpfs) zum Ziel gesetzt, aktuelle und belastbare Daten zur Mediennutzung von Jugendlichen in Deutschland bereitzustellen (vgl. Südwest, 2013).

Die Generation der 12–19-Jährigen zeichnet sich durch kaum vorhandene Berührungsängste im Hinblick auf neue Medien aus und nutzt diese häufig mit einer Selbstverständlichkeit, die Erwachsene oft nicht nachempfinden können (Südwest, 2013, S. 32). Durch die starke Vernetzung innerhalb einer Peergroup verbreiten sich neue technische Entwicklungen unter Jugendlichen besonders schnell, zudem herrscht bei vielen auch der Anspruch, bei neuen populären Anwendungen dabei zu sein, um alle Neuigkeiten unmittelbar zu erfahren und mitreden zu können. Neben den Neuerungen und technischen Innovationen finden sich aber auch sehr viele Konstanten in der Mediennutzung von Jugendlichen. So sind die „traditionellen Medien“ nach wie vor bei Jugendlichen beliebt und weisen in der Regel stabile Nutzungswerte auf.

Im Jahr 2013 erschien die Broschüre „15 Jahre Jim-Studie. Jugend, Information, Multi-Media. Studienreihe zum Medienumgang 12–19-Jähriger. 1998-2013“, herausgegeben vom Medienpädagogischen Forschungsverbund Südwest. Laut der Studie hatte in den letzten 15 Jahren ein „Siegeszug des Internets“ (Südwest, 2013, S. 22) stattgefunden: In den letzten 15 Jahren sei die Nutzung von Computer und Internet immer alltäglicher und selbstverständlicher geworden. Auch die jüngeren Jugendlichen hätten das Internet in ihren Alltag inte-

griert, so dass es heute ein fester Bestandteil des Lebens sei. Dies werde zudem zunehmend durch die Nutzung von Smartphones begünstigt.

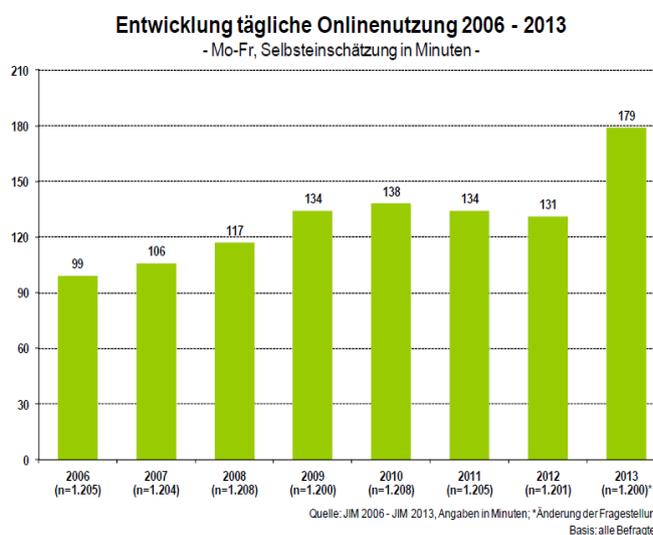


Abbildung 1: Entwicklung täglicher Onlinenutzung 2006–2013 (JIM 2006–2013)

4.2 Aktuelle Trends und Entwicklungen

Laut JIM-Studie hat sich das Spielen über Tablet-PCs (bei 13% regelmäßiger Tablet-Spieler) bei Jugendlichen bisher noch nicht im Alltag durchgesetzt. Das Smartphone übernimmt zunehmend Funktionen, die bislang von verschiedenen Endgeräten erfüllt werden. Mit dem Smartphone wird in erster Linie Musik gehört und das Internet genutzt, die klassischen Handytätigkeiten wie telefonieren und insbesondere schreiben von SMS gehen deutlich zurück. Letzteres wird inzwischen von Messenger-Apps, wie beispielsweise „Whatsapp“, übernommen. Die Ergebnisse der JIM-Studie 2014 belegen, dass mit nahezu flächendeckender Verbreitung von Smartphones das mobile Internet bei Jugendlichen angekommen ist (Südwest, JIM-Studie 2014. Jugend, Information, (Multi-) Media, 2014, S. 61).

Der Bundesverband für Interaktive Unterhaltungssoftware e.V. (BIU) ist die Interessengemeinschaft der Entwickler und Anbieter von Unterhaltungssoftware in Deutschland. Neben der transparenten Darstellung des Marktes setzt sich der BIU nachhaltig für die gesellschaftliche und kulturelle Akzeptanz digitaler Spiele sowie für die Stärkung des Games-Standorts Deutschland ein. Für das Jahr 2014 wurden Zahlen über den Gesamtmarkt „Digitale Spiele“ veröffentlicht.



Abbildung 2: Gesamtmarkt Digitale Spiele 2014 (BIU, 2014)

Wie die Grafik veranschaulicht, ist das der Gesamtmarkt um 11% im Vergleich zum Vorjahr (2013) gestiegen. Auch gab es einen deutlichen Zuwachs an Mikrotransaktionen (virtuelle Güter & Zusatzinhalte).³



Abbildung 3: Umsatz Spiele-Apps: Jahresvergleich 2013–2014 (BIU, 2014)

Im Vergleich zum Vorjahr zeichnet sich 2014 ein starkes Wachstum mit einem Plus von 234% in Bezug auf Mikrotransaktionen (in-App-Käufe) bei Spiele-Apps ab. Der einmalige Kauf von App-Anwendungen stieg um 17% (Südwest, Jim-Studie 2014. Jugend, Information, (Multi-) Media, 2014, S. 61).

³ Definition Mikrotransaktionen: Zahlung von Kleinbeträgen im E-Commerce. Aufgrund der geringen Beträge sind für die zugrunde liegenden Geschäfte Kreditkartenzahlungen wegen der hohen Transaktionskosten unwirtschaftlich. Daher wird der Zahlungsvorgang elektronisch durch alternative Verfahrensweisen durchgeführt.

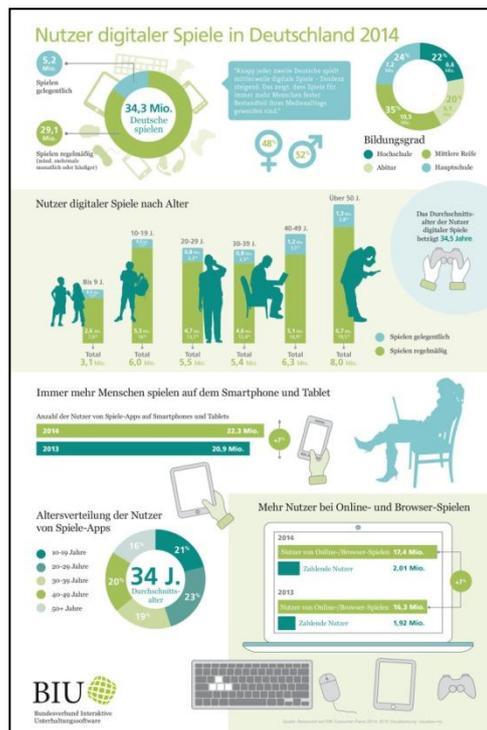


Abbildung 4: Nutzer digitaler Spiele in Deutschland (BIU, 2014)

Im Jahr 2014 spielten 34,3 Millionen Deutsche Computerspiele. Im Gegensatz zur Jim-Studie, welche sich mit einer Altersgruppe von 12–19-Jährigen befasst, ist das Durchschnittsalter aller Nutzer digitaler Spiele 34,5 Jahre. Damit zeigt sich, dass Computerspiele kein jugendspezifisches Kulturphänomen mehr sind: Die Altersgruppe der über 50-Jährigen ist mit acht Millionen die stärkste Gruppe.

4.3 Pathologischer Internet-Gebrauch

“Anecdotal reports, prevalent in the late 1970s and early 1980s, suggested that the use of computer technology could have detrimental effects upon certain sections of society. It was reported that some users were becoming “addicted” to computer technology in much the same way that others became addicted to certain drugs.” (Shotton, 1991, S. 219)

Margaret A. Shotton von der Universität Nottingham gab schon 1991 zu bedenken, dass Computer-Technologie schädliche Folgen auf gewisse gesellschaftliche Bereiche haben könne. In einem Artikel im SPIEGEL (Rampl, 2001) heißt es, dass der Begriff „Internetsucht“ erstmals 1995 vom amerikanischen Psychiater Ivan Goldberg erwähnt wurde. Ebenso wurde das Phänomen des „pa-

thologischen Internetgebrauchs“ wohl nicht zufällig um das Jahr 1994 erstmals in den USA beschrieben (Petersen & Thomasius, 2010, S. 20). Die voranschreitende Technologisierung sowie die Entwicklung von Internetbrowsern seit 1993 machten den erhöhten Freizeitnutzen des Internets möglich. Dieser wurde auch dadurch unterstützt, dass es an vielen amerikanischen Hochschulen kostenlose Internetzugänge für Studenten gab. Vermutlich wurde die exzessive Internetnutzung zu dem Zeitpunkt auffällig, als das Internet nicht mehr nur vorrangig für das Studium befördernde Aktivitäten, sondern in bedeutendem Umfang für vom Studium ablenkenden Freizeitaktivitäten genutzt wurde (Petersen & Thomasius, 2010, S.20). An amerikanischen Universitäten gab es in den Folgejahren erste Reaktionen auf den ansteigenden Hilfebedarf. Erste Selbsthilfegruppen wurden gegründet. Kimberley Young führte 1994 eine Studie durch und nutzte dafür die von ihr konstruierten Internetabhängigkeitskriterien. Dabei orientierte sie sich an den Kriterien des Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) für pathologisches Spielen. Im deutschsprachigen Raum wurde der Begriff erstmals von Zimmerl et al. im Jahr 1998 verwendet. Die erste deutschsprachige Untersuchung zum pathologischen Internetverhalten wurde im Jahr 1996 von dem Schweizer Informatiker Oliver Egger als Online-Studie an 451 Personen durchgeführt.

Im Jahr 1999 gründete Gabriele Farke den Verein „Hilfe zur Selbsthilfe bei Onlinesucht“. Mit ihren beiden Romanen und ihrem ehrenamtlichen Engagement hat sie bedeutsam dazu beigetragen, dass die Situation der Menschen mit pathologischem Internetkonsum zunehmend ernst genommen wird. Der Münchener Psychiater Oliver Seemann gründete 1999 zunächst eine Onlineberatung, später im Jahr zusammen mit Ulrich Hegerl die erste „Institutsambulanz für Internetabhängige“ (Petersen & Thomasius, 2010, S. 23).

Im Jahr 2008 wurde der Fachverband Medienabhängigkeit e.V. in Schwerin gegründet (Medienabhängigkeit, 2013).

Der Fachverband Medienabhängigkeit setzt sich dafür ein, im Rahmen einer groß angelegten Kooperation ein Netzwerk von Forschern und Praktikern im deutschsprachigen Raum zu schaffen, die sich mit diesem neuartigen Krankheitsphänomen beschäftigen.

Von Seiten der Bundesregierung war Sabine Bätzing die erste Bundesdrogenbeauftragte, die sich der Thematik annahm. Auf der ersten Berliner-Mediensuchtkonferenz (vgl. GVS, 2008) vom Gesamtverband der Suchthilfe, Fachverband der Diakonie Deutschland, appellierte Frau Bätzing auch an das bundesweite Suchthilfesystem, sich der Thematik Medienabhängigkeit anzunehmen.

4.4 Definition und Diagnosekriterien

Bislang ist nur das pathologische Glücksspiel als eigene Entität in die gängigen Klassifikationssysteme psychischer Störungen im ICD-10 und DSM-IV eingegangen (vgl. Brand & Laier, 2013).

Aus klinischer Versorgungs- und Forschungsperspektive besteht allerdings große Einigkeit darüber, dass es bedeutsam ist, eine ausufernde Internetnutzung als „pathologisch“ zu klassifizieren. Dennoch herrscht bezüglich der Einordnung des Phänomens immer noch Uneinigkeit. Young (vgl. Brand & Laier, 2013) argumentiert, dass die Kriterien, die für die Substanzabhängigkeit und das pathologische Glücksspiel festgestellt wurden, auch für die Diagnostik einer Nutzung des Internets verwendet werden sollten. Während einige Autoren die pathologische Internetnutzung den Verhaltensüchten „internetaddiction“ zuordnen, präferieren andere Autoren eine Zuordnung zu den Impulskontrollstörungen „compulsive internet use“.

Darüber hinaus werden zum Beschreiben des Phänomens zahlreiche weitere Termini verwendet wie z.B.: „Internet related addicted behaviour“, „Internet related addictive behaviour“, „internet related problems“, „problematic internet use“.

Die bislang entwickelte Diagnosestellung sieht vor, mittels Fragebogen oder Interviews zu erfassen, inwieweit eine subjektive Belastung durch den pathologischen Internetgebrauch vorliegt.

Beispiele für bisherige Fragebögen:

- Internet Addicted Behavior Inventory (Brenner, 1997)
- Internet Sucht Skala (Hahn & Jerusalem, 2010)
- Internet Addiction Test (Young, 1998)

Einer der in internationalen Publikationen am meisten eingesetzten Fragebogen ist der Internet Addiction Test (IAT) von Young (Widyanto & McMurrin, 2004; Young 1998).

Der IAT ist ein Fragebogen, der in 20 Punkten die im Alltag erlebten Probleme, die durch die problematische Internetnutzung auftreten können, erfasst. Weiterhin findet sich die von Meerkerk et al. (2009) konzipierte Compulsive Internet Use Scale (CIUS) häufig in der Forschungsliteratur wieder. An dieser Stelle sei angemerkt, dass für den zweiten Teil dieser Masterarbeit die CIUS von Meerkerk et al. verwendet wird.

Mit der im Jahr 2013 erschienenen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wurde schließlich die Onlinespieleabhängigkeit als eine Störung, die weiterer Forschung bedarf, in der Sektion III aufgenommen (vgl. Batra et al., 2014).

Insgesamt basiert die Forschungsdiagnose der sogenannten Internet Gaming Disorder auf folgender Tabelle:

Tab. 3.2 Diagnostische Kriterien für die onlinespielbezogene Störung (Internet Gaming Disorder) im DSM-5 (Section III: Conditions for further Study; [19], zit. nach [563]).

Anhaltende und wiederkehrende Internetnutzung zum Onlinespiel – oft mit anderen Spielern –, welche zu klinisch bedeutsamer Beeinträchtigung oder Stress führt; zu diagnostizierende Störung, wenn 5 oder mehr der folgenden Symptome innerhalb einer Zeitspanne von 12 Monaten vorliegen:

1. Vertieftsein in Onlinespiele (über frühere Spielaktivitäten nachdenken oder das nächste Spiel kaum erwarten können; Onlinespiel als die dominante Aktivität des täglichen Lebens)
Hinweis: Diese Störung ist vom Onlineglücksspiel abzugrenzen, welches der Glücksspielstörung zuzuordnen ist.
2. Entzugssymptome, wenn kein Onlinespiel möglich ist (Symptome typischerweise beschrieben als Irritabilität, Ängstlichkeit oder Traurigkeit, doch keine körperlichen Zeichen eines pharmakologischen Entzugs)
3. Toleranz – zunehmender Zeitbedarf für Onlinespiele
4. erfolglose Versuche, die Mitwirkung in Onlinespielen zu kontrollieren
5. Verlust des Interesses an früheren Hobbys und Zerstreuungen, bedingt durch das Onlinespiel
6. fortgesetztes exzessives Onlinespiel trotz Wissens über daraus resultierende psychosoziale Probleme
7. Täuschung von Familienmitgliedern, Therapeuten oder anderen über die Intensität des betriebenen Onlinespiels
8. Betreiben von Onlinespielen, um negativen Stimmungen (z. B. Gefühlen von Hilflosigkeit, Schuld, Angst) zu entkommen oder sie zu lindern
9. Gefährdung oder Verlust einer bedeutsamen Beziehung, eines Jobs oder einer Bildungs- bzw. Karrierechance wegen der Teilnahme an Onlinespielen
Hinweis: Die Symptome dieser Störung beziehen sich nur auf Onlinespiele, die kein Glücksspiel beinhalten. Die Internetnutzung für erforderliche Aktivitäten innerhalb eines Unternehmens oder Berufs ist nicht eingeschlossen und die Symptome der Störung beziehen sich auch nicht auf andere Freizeitnutzung des Internets oder auf den sozialen Internetgebrauch. Gleichmaßen wird die Nutzung von Onlinenormografie ausgeschlossen.

Spezifizierung des aktuellen Schweregrads:

Die onlinespielbezogene Störung kann leicht, mittelgradig und schwer ausgeprägt sein, abhängig vom Grad der Beeinträchtigung normaler Aktivitäten.

Personen mit nicht so schweren onlinespielbezogenen Störungen dürften weniger Symptome und eine geringer ausgeprägte Lebensbeeinträchtigung aufweisen als Personen mit schwerer onlinespielbezogener Störung, die mehr Stunden vor dem Computer verbracht und bedeutendere Verluste an Beziehungen bzw. Karriere- und Bildungschancen erlitten haben.

Abbildung 5: Diagnostische Kriterien für onlinespielbezogene Störung (Internet Gaming Disorder) im DSM-5 (Section III: Conditions for further Study, APA, 2013).

4.5 Einordnung des pathologischen PC- und Internetkonsums

Zur Erklärung und Einordnung des pathologischen PC- und Internetkonsums gibt es neben der bisher beschriebenen Einordnung als Verhaltenssucht oder Impulskontrollstörung das **Diathese-Stress-Modell**:

Petry beschreibt im Wesentlichen, dass das Diathese-Stress-Modell die Bedeutung der Wechselwirkungen zwischen disponierenden Persönlichkeitsmerkmalen und ungünstigen Lebensbedingungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Störungsbildes herausarbeitet (vgl. Petry, 2010). Dabei wird versucht, empirische Befunde zu disponierenden Persönlichkeitsmerkmalen – wie eine erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit, Selbstwertprobleme und Einsamkeit – in Beziehung zu defizitären Formen der Bewältigung von belastenden oder traumatisierenden Lebensereignissen und ungünstigen Lebensbedingungen zu setzen (vgl. ebd.).

Aus Sicht von Schuhler et al. ist der pathologische Umgang mit dem Medium PC/Internet weniger als einfaches dysfunktionales Reiz-Reaktionsmuster zu verstehen, sondern vielmehr als eine tiefgreifende dichotome Störung intrapsychischer Funktionen (Schuhler et al., 2013, S. 21). In diesem Sinn geht der pathologische PC-/Internetkonsum einher mit Störungen in der Selbstwertregulation, Affektregulation, sozialer Interaktionsfähigkeit und der Handlungsmotivation: Er ist gekennzeichnet durch dichotomes Erleben und Handeln, wie etwa Gefühle der Anerkennung, Kontrolle, Macht und Erfolg, die einem Selbstideal nachkommen, einerseits in der pathologischen Internetaktivität, sowie andererseits in einem angst- und schambesetzten Selbsterleben in der Realität mit hohen Misserfolgserwartung.

4.6 Prävalenz

Der Begriff „pathologischer Internetgebrauch“ wurde von Zimmerl et al. (1998) erstmalig in einer deutschsprachigen Publikation verwendet (vgl. Petersen & Thomasius, 2010, S. 21). Die erste Studie im deutschsprachigen Raum wurde von dem Schweizer Informatiker Oliver Egger als Onlinestudie an 451 Probanden (davon 16,2% Frauen) durchgeführt (Egger & Rauterberg, 1996).

Hahn und Jerusalem untersuchten 2001 in Onlinestudien an 7.005 selbstrekrutierten Deutschen die Prävalenz bei Internetsucht (vgl. Hahn & Jerusalem, 2001). Mit Hilfe der Internetsuchtskala (ISS) wurden Abhängigkeitsraten von

3,2% bei den dort erfassten Internetnutzern ermittelt. Auffällig dabei ist, dass die Rate unter den jungen männlichen Internetnutzern im Vergleich deutlich höher ausfällt. Die bisherigen Zahlen konnten allerdings schon belegen, dass ein exzessiver Internetkonsum durchaus ein gesellschaftsrelevantes Problem darstellt und eine epidemiologische Dimension annimmt.

Für den deutschen Raum ist es an dieser Stelle wichtig, auf eine repräsentative Studie der Bundesregierung hinzuweisen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit seit Ende 2010 geförderte Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (PINTA) der Universität Lübeck und der Universität Greifswald beziffert zum ersten Mal die Häufigkeit der Internetabhängigkeit in Deutschland (vgl. Rumpf et al., 2011).

PINTA

PINTA ermöglichte eine Schätzung der Prävalenz in einer großen deutschen Allgemeinbevölkerungsstudie. Das Ergebnis zeigt, dass zwei Personengruppen auffällig waren. Die erste Gruppe zeigte Merkmale riskanten Konsums, die zweite Gruppe Hinweise auf Internetabhängigkeit. Die zweite Gruppe in der Studie umfasste 1% der Bevölkerung zwischen 14–64 Jahren. Die PINTA-Studie kam zum Ergebnis, dass es geringe, nicht signifikante Unterschiede zwischen Männern (1,2%) und Frauen (0,8%) gibt. Frauen und Mädchen tendieren eher zu sozialen Netzwerken als Hauptnutzung, Männer zu Online-Rollenspielen. Auffällig war der Unterschied bei jüngeren Teilnehmern: (2,4% der 14–24-Jährigen und 4% der 14–16-Jährigen).

PINTA-DIARI

Probanden der PINTA-Studie erhielten in PINTA-DIARI eine Nachbefragung, in der ausführlich eine standardisierte, voll strukturierte Diagnostik der Internetabhängigkeit erfolgte (vgl. Bischof, Bischof, Meyer, John, & Rumpf, 2013). Als klinisches Forschungsinstrument wurde in der PINTA-Studie die Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk et al., 2009) eingesetzt, welche einen Cut-off Wert ermittelt, der zwischen Personen mit und ohne Abhängigkeit differenziert. Bei der Nachbefragungsstudie PINTA-DIARI wurden alle eingeschlossen, die erhöhte Werte von 21 oder mehr Punkten in der CIUS aufwiesen (Bischof et al., 2013).

Die Prävalenzschätzung aus PINTA konnte im Wesentlichen bestätigt werden. Daher erschien es den Verfassern auch nicht gerechtfertigt, die Daten aus PINTA zu korrigieren. Die größte Abweichung zeigte sich in der Gruppe der 14- bis 24-jährigen Frauen:

Tabelle 1: Prävalenz der Internetabhängigkeit aus PINTA

Altersgruppe	Gesamt (%)	Weiblich (%)	Männlich (%)
14-64	1,0	0,8	1,2
14-24	2,4	2,4	2,5
14-16	4,0	4,9	3,1

Abbildung 6: Prävalenz der Internetabhängigkeit aus PINTA (Rumpf et al., 2011)

Studie über das Internetsuchtverhalten von europäischen Jugendlichen

Ziel der 2013 abgeschlossenen Studie war es, die Prävalenz und die Risikofaktoren für Internetsuchtverhalten bei Jugendlichen in Europa festzustellen. (Dreier et al., 2013). Die Befragung hatte einen qualitativen Teil: In Island, Polen, Rumänien, Spanien, Griechenland, Deutschland und den Niederlande wurden 2011 bis zu 2.000 Fragebögen an 14-jährige Jugendliche verteilt. Jugendliche, die Internetsuchtverhalten aufzeigten, sind in dieser Studie als IAB (internet addiction behavior) begrifflich gekennzeichnet.

Die eingesetzten Fragebogen enthalten Fragen zu folgenden Aspekten:

- Internetnutzung (soziodemographische Daten, Familie, schulische Leistungen),
- Erhebung von Kennzahlen zur Internetnutzung,
- Internetsucht-Test (IAT; Young, 1998),
- Computerspiele (OSV-S bzw. AICA-S; Wölfling, Müller & Beutel, 2010),
- Glücksspiele (SOGS-RA; Winters, Stinchfield & Fulkerson, 1993) und
- Psychosoziale Faktoren und Problemlagen (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001).

In besagter Studie wird von Internetsuchtverhalten (IAB) gesprochen. Als Internetsuchtverhalten (IAB) wird wie im IAT von Young (1998) ein Score von >70

als Internetsuchtverhalten (IAB) genannt. Als Risiko für IAB wird ein Score von >40 genannt.

Ergebnis

1,2% der gesamten Stichprobe zeigen ein Internetsuchtverhalten. Des Weiteren weisen weitere 12,7% ein Risiko für IAB auf (13,9% DIB). Auffällig ist, dass in Spanien, Rumänien und Polen höhere Prävalenzen von DIB festzustellen sind. In Deutschland und Island finden sich die geringsten Raten. Eine höhere Wahrscheinlichkeit für ein dysfunktionales Internetverhalten weisen männliche, ältere Jugendliche auf und solche, deren Eltern einer niedrigeren Bildungsschicht angehören. Das psychosoziale Wohlbefinden ist bei DIB geringer.

Im internationalen Vergleich zeigen Studien (Chou, Condrón, & Belland, 2005), dass es im ostasiatischen Raum eine höhere Prävalenz gibt. In den USA und Europa werden geringere Prävalenzzahlen dokumentiert, zwischen 8% und 13%.

4.7 Formen des pathologischen Internetgebrauchs

In Bezug auf die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten lässt sich diesbezüglich beinahe jede Online-Aktivität auch als dysfunktionales/pathologisches Verhaltensmuster ausleben. In den letzten Jahren kursierten die unterschiedlichsten Berichterstattungen darüber, dass vor allem junge Menschen sich in virtuellen (Spiele)-Welten verlieren. Selbst von dramatischen Todesfällen (Daily Mail, 2015) in China ist die Rede, wo ein 19-Jähriger sich „zu Tode-gespielt“ hat oder von „Webjunkies“ (vgl. Hannemann, 2015), die gegen ihren Willen die in Arbeitslagern untergebracht werden. Der Eindruck, dass es sich ausschließlich um „Jugendliche“ und „Spiele“ handelt, lässt sich durch die differenziertere Betrachtungsweise von Forschung und Praxis widerlegen, so dass es an dieser Stelle wichtig ist darzustellen, welche Formen, d.h. Subtypen einer möglichen Computer- und Internetsucht existieren.

Für eine Einordnung oder Namensgebung eines möglichen Störungsbilds sowie die Darstellung der damit verbundenen pathologischen Anwendungsbereiche, gibt die Studie „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetbrauch in Deutschland“ mehr Aufschluss (vgl. Petersen & Thomasius, 2010, S. 29). Im Rahmen einer Expertenrunde mit Wissenschaftlern des Deut-

schen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters wurde eine Liste potentiell relevanter Suchbegriffe in deutscher und englischer Sprache erstellt. Diese wurde durch eine Recherche bei „Google“ ergänzt. Die folgenden deutschsprachigen Suchbegriffe waren das Ergebnis der Recherche:

„Pathologischer Internetgebrauch“, „pathologischer PC-Gebrauch“, „Online-sucht“, „Chatsucht“, „Internetabhängigkeitssyndrom (IAS)“, „problematischer Internetgebrauch“.

Anhand der Beispiele aus dieser Studie soll veranschaulicht werden, wie viele Begriffe derzeit um diese Thematik kursieren und wie viele Erscheinungsformen es zu geben scheint.

Sprachen Griffith und Davis davon, dass alle Verhaltensweisen süchtig machen können, welche Suchkriterien vorweisen, die denen stoffgebundener Süchte entsprechen: Toleranzentwicklung, Kontrollverlust etc. (vgl. Griffiths & Davies, 2005, S. 359, 361), nahm sich Kimberly Young wiederum eine differenziertere Kategorisierung der Bereiche von Computer- und Internetnutzungen vor (vgl. Young, 1999, S. 17):

- Cybersexual Addiction (Abhängig von pornografischen Inhalten im Internet),
- Cyber-relational Addiction (übermäßige Pflege von Online-Beziehungen),
- Net Compulsions (pathologisches Glücksspiel, kaufen und handeln im Internet),
- Information Overload (abhängiges Surfen und Absuchen von Datenbanken),
- Computer Addiction (abhängiges Computerspielen).

Wölfling et al. (2009) beschreiben den Begriff „Internetsucht“ als kein definiertes Phänomen, sondern als ein verschiedene Erscheinungsformen umfassendes Verhalten der süchtigen Nutzung des World Wide Web. Internetsucht stellt eher eine unscharfe Sammelbezeichnung dar und bezieht sich auf suchtartige Nutzung von z.B. **Computerspielen, Chats, sozialen Netzwerken, Glücksspielangeboten, Erotikseiten**. Ein wesentlicher Faktor ist dabei die Verfügbarkeit, die aufgrund der flächendeckenden Internetverbindungen und gleichzeitig immer geringeren Kosten zur zeitlichen Ausdehnung der Internetnutzung führen

kann. Ein weiterer Faktor ist die Fülle an Information, Kontakt- und Spielmöglichkeiten, welche ein Versinken in der virtuellen Welt begünstigen kann. Im Gegensatz zum Face-to-Face-Kontakt besteht somit eine maximale Kontrolle über das Handeln. Die Stimulationsfrequenz und die Angebotsvielfalt bei gleichzeitiger physischer Anonymität des Nutzers können weitere Gründe für eine mögliche Abhängigkeit sein. Dies gibt wiederum

- Sicherheit,
- mindert Ängste,
- lässt Hemmungen sinken und
- erleichtert vielen Nutzern das Ausprobieren neuer Rollen, Verhaltens- und Kommunikationsmuster, ohne dass sie weitreichende Konsequenzen erwarten müssen.

5. Computerspiel- und Internetsucht

Wie die in Kapitel 3 erwähnte JIM-Studie beschreibt, nutzt ein Großteil der 12–19-Jährigen Computerspiele. Ebenso besitzt ungefähr ein Viertel der Jugendlichen einen Account für sogenannte Online-Rollenspiele (Wölfling & Müller, 2010). Hauptcharakteristikum bei dem Spielgenre ist, dass der einzelne Spieler nicht mehr auf sich alleine gestellt ist. Der Spieler kann sich weltweit gegen andere Spieler messen. Häufig sind die Spiele in Fantasiewelten beheimatet. Die Grundlage ist, dass sich jeder Spieler ein „Alter-Ego“, ein virtuelles Ich, oder einen sogenannten Avatar aussucht und diesen in der virtuellen Welt steuert. Je länger gespielt wird, umso erfolgreicher wird der Spieler. Perspektivisch muss sich der Spieler mit anderen Spielern zusammenfinden, um größere Aufgaben zu meistern.

Delfabro und Griffith befassten sich 2010 in einer Studie mit spezifischen Merkmalen von Computerspielen (vgl. Plöger-Werner, 2012, S. 35), die möglicherweise zu einer Abhängigkeit führen können. Dabei werden Kriterien aufgeführt, die vordergründig aus dem pathologischen Glücksspiel bekannt sind:

1. Soziale Merkmale,
2. Merkmale der Bedingung und Beeinflussung,
3. Merkmale des erzählenden Rahmens und der Identität,
4. Belohnende und bestrafende Faktoren,
5. Die Art der Darstellung des jeweiligen Spiels.

Die folgende Tabelle geht auf die fünf spezifischen Merkmalklassen detaillierter ein und visualisiert diese anhand von Subtypen und Beispielen:

Spielimmanente Faktoren, die süchtig machen können

Merkmalklasse	Subtypen	Beispiel
Soziale Merkmale	Soziale Interaktion Sozialer Zusammenschluss Sozialer Wettbewerb Soziale Vernetzung	Chatfunktion im Spiel Organisation in Gilden Ranglisten Foren/Freundschaften
Merkmale der Bedienung	Möglichkeiten der Bedienung Speichermöglichkeiten Steuerungsmöglichkeiten Unkontrollierbare Merkmale	„hot keys“ Jederzeit speichern Steuerung der Ressourcen Ladezeiten/festgeschriebene Events
Merkmale des erzählenden Rahmens und der Identität	Gestaltung des Avatars Erzählrahmen des Spiels Genre- Merkmale	Auswahl v. Geschlecht/Klasse

Belohnende und bestrafende Faktoren	Formen der Belohnung	Erfahrungspunkte/Währung
	Bestrafende Merkmale	Verlust/Tod des Avatars
	Besondere Belohnungen	Achievement-Punkte
	Intermittierende Belohnungen	Stetige sowie variable Belohnungen
	Fast- Gewinne	Naher Gewinn wird suggeriert
	Ereignisfrequenz	Hohe Ereignisfrequenz im Spiel
	Spieldauer	Kein definiertes Spielende
	Belohnungsrückmeldung	Direkte Belohnungsrückmeldung
Merkmale der Bedingung	Sound und Grafik	Realistische Darstellung
	Franchise Merkmale	„Die Simpsons“ als Spiel
	Inhaltliche Darstellung	Drogenkonsum/Gewalt
	Werbung im Spiel	Sponsorenlogos/Marken

Abbildung 7: Spielimmanente Faktoren, die süchtig machen können (King, Delfabbro und Griffith, 2010)

5.1 Süchtige Nutzung von Chatforen, sozialen Netzwerken und andere Formen von Internetsucht

Neben dem „klassischen“ Computerspielen ist die Nutzung von sozialen Netzwerken weit verbreitet. Im ersten Quartal 2015 nutzten 1,44 Milliarden Menschen Facebook (vgl. allfacebook.de – Social Media für Unternehmen, 2015).

Facebook misst dabei immer nur aktive Nutzer und nicht Nutzer, die lediglich registriert sind. In einer Piloterhebung konnte zum einen gezeigt werden, dass ca. 72% der Jugendlichen zwischen dem 13.–18. Lebensjahr Online-Communities regelmäßig nutzen, zum anderen, dass Online-Communities überzufällig häufig von als süchtig klassifizierten Personen in Anspruch genommen werden (vgl. Wöfling & Müller, 2009). Ebenso wie Computerspiele haben Online-Communities einen bestimmten Reiz. Nutzer haben die Möglichkeit, sich selbst in Form eines Portraits darzustellen, ihre Angaben zu verändern, ihr Profil nach eigenen Wünschen zu gestalten und ggf. zu schönern. Ebenso können unzählige virtuelle Freundschaften eingegangen werden, wobei der Nutzer kann dennoch eine sichere Distanz wahren. Wie schon bei Young berichtet (vgl. Young, 1999), handelt es sich beim „zwanghaftes surfen“ um eine unkontrollierte, entgleitende Form der Internetnutzung. Typischerweise werden gängige Internetseiten, wie z.B. Nachrichtenportale, vom Nutzer über mehrere Stunden frequentiert, was im Regelfall als sinnloses Verhalten gewertet werden kann. Im Extremfall ist ein geregelter Alltag dann nicht mehr möglich.

5.2 Onlinesexsucht

In der alltäglichen Praxis zeigt es sich regelmäßig, dass Betroffene mit einer (aus ihrer Sicht) Abhängigkeit von pornografischen Inhalten das Hilfesystem aufsuchten. Während unterschiedlichste Formen von Hypersexualität in die gängigen Hilfesysteme eingegangen sind, besteht für die virtuelle Form von Sexsucht noch kein Diagnoseschlüssel. Unterschiede werden dabei zwischen dem Ge- und Missbrauch von erotischen Inhalten gemacht, welche ohne ein konkretes Gegenüber stattfinden. Onlinesexsucht bzw. Cybersexsucht wird (im engsten Sinne) meist von Masturbation begleitet, ausgelöst durch internetbasierte sexuelle Interaktion (vgl. Eichenberg & Blokus, 2010). Menschen mit einem hohen Schamgefühl und geringer Problemlösungskompetenz scheinen besonders betroffen und gefährdet zu sein (vgl. Young, 1998). Anonymität und Realitätsflucht werden als weitere, suchtfördernde Charakteristika benannt. In der Symptomatik zeichnet sich besonders aus, dass Cybersexsucht gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Durch andauerndes Masturbieren kann es zu körperlichen Schmerzen kommen. Ebenso besteht die Gefahr der sozialen Isolation. Längerfristig kann dies mit Depressionen einhergehen. Wie bei stoffgebundenen Süchten gibt es ebenfalls eine Toleranzentwicklung. Be-

troffene müssen immer mehr konsumieren, um denselben „Kick“ zu erfahren. Dies kann dazu führen, dass ihr Verhalten auf immer bizarreres Bildmaterial abgeleitet bis hin zu Seiten mit Inhalten von Kinderpornografie. Erste diagnostische cybersexspezifische Tests wurden auf Basis gängiger Test von Internetabhängigkeit durchgeführt. Am meisten verbreitet ist der Internet Sex Screening Test (ISTT), welcher Cybersexsucht anhand folgender Kriterien ermittelt (vgl. Delmonico & Miller, 2003):

- Zwanghaftigkeit,
- sozialorientierte sexuelle Onlineaktivitäten,
- sexualbezogene Internetnutzungsdauer,
- Interesse an sexuellen Onlineangeboten,
- sexuelle Internetaktivitäten außerhalb von zuhause und
- Zugriff auf illegale, sexuelle Onlineangebote.

5.3 Onlinekaufsucht

Wie Onlinesexsucht ist Onlinekaufsucht bisher nicht als eigene Sucht in gängigen Diagnosesystemen (ICD-10) aufgeführt. Durch die Verbreitung von virtuellen Kaufhäusern sowie Onlineauktionshäusern stellt sie eine Konsumform dar, die wie folgt gekennzeichnet ist (vgl. LaRose, 2001):

- Toleranzbildung
- Entzugssymptome und (Selbst-) Kontrollverlust, welcher charakteristischerweise in exzessiven Shoppingeskapaden endet.

Häufiger als die gängige Kaufsucht im Internet ist jedoch das „pathologische Onlineauktionsverhalten“, das Elemente der Konsum-, Internet- und Spielsucht vereint (vgl. Peters & Bodkin, 2007). Zusätzlich zum bloßen Konsumverhalten ist hier die Dynamik des Bietens ein suchtfördernder Faktor. Dabei geht es nicht um das gekaufte Gut an sich, das als wesentlicher Faktor bei einer Kaufsucht im Sinne einer kompensatorischen Verhaltens- und Bewältigungsstrategie gesehen wird. Das Überbieten oder Überboten-Werden und am Ende als „Gewinner“ oder „Verlierer“ dazu stehen, ist stark mit pathologischem Glücksspielverhalten assoziiert.

5.4 Onlineglücksspielsucht

In einer bundesweiten Repräsentativbefragung hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007 erstmals 10.000 Bundesbürger im Alter von 16–65 Jahren zu ihrem Glücksspielverhalten befragt (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012). Diese Befragung ist Ausgangspunkt für eine kontinuierliche Beobachtung des Glücksspielverhaltens und der Glücksspielsucht in Deutschland. Mittlerweile wurde die Studie durch zwei weitere nahezu identische Befragungen aus den Jahren 2009 und 2011 ergänzt, die Tendaussagen zulassen. Die Untersuchung schätzt 2011 die Zahl der problematischen Glücksspieler während der letzten zwölf Monate der Studie auf 0,51% und der „wahrscheinlich“ pathologischen Glücksspieler auf 0,49%. Die PAGE-Studie (vgl. Rumpf & John, 2011) schloss eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe von 15.000 Personen im Alter zwischen 14-64 Jahren ein und kam zum Schluss, dass der Anteil an pathologischen Glücksspielern auf 1% Prozent zu schätzen ist, weitere 1,4% als pathologische Nutzer einzustufen sind.

Erste Ergebnisse der Mainzer Spielsuchtambulanz ergaben, dass die Bedeutung von Pokerspielen und Onlinepokerspielen bei Jugendlichen, die ein problematisches Internetverhalten erkennen lassen, zunimmt (Wölfling et al., 2010 S. 20). Bei internetbasierten Glücksspielen lässt sich feststellen, dass innerhalb sozialer Netzwerke die direkte Teilnahme an Glücksspielen oder glücksspielnahen Anwendungen möglich ist und sich unter den Usern verbreitet. Auch viele internetbasierte Computerspiele, insbesondere Browser-Games, beinhalten häufig Glücksspielelemente.

Der Fachverband Medienabhängigkeit veröffentlichte kürzlich ein Positionspapier zur Einbeziehung von „entwicklungsbeeinträchtigenden Bindungskriterien“ (Albertini et al., 2015, S. 1) bei der Altersfreigabe von Computerspielen zur Prävention und Verhinderung einer Medienabhängigkeit. In dem Positionspapier wies der Verband darauf hin, dass einige Computerspiele auch Elemente von Glücksspielen enthalten: „Als weitere kostenpflichtige und durchaus bindende Risikovariante werden auch in Computerspielen Elemente des Glücksspiels eingesetzt“. Als konkrete Maßnahme fordert der Verband die Entwicklung eines sogenannten Beipackzettels für solche Computerspiele, die unter Berücksichti-

gung ihrer spielimmanenten Bindungskriterien einen besonderen Einfluss auf das Erleben und Verhalten der Spieler ausüben können.

Im Umkehrschluss kann man somit sagen, dass sich der Bereich des pathologischen Glückspiels den Bereichen der Internetsucht immer mehr „annähert“. Glücksspiele verlagern sich zunehmend ins Internet, beispielsweise Online-Poker. Durch die hohe Verbreitung und einfache Verfügbarkeit von Flatrates werden auch deutlich jüngere Zielgruppen erreicht. Ebenso enthalten Computerspiele teilweise Elemente des Glückspiels, wie „fast-Gewinne“ und belohnende oder bestrafende Elemente.

5.5 Blick in die Praxis

In der Praxis suchen vor allem Klienten das Hilfesystem auf, die angeben, wegen Online-Rollenspielen wie „Everquest“ oder „World of Warcraft“ (vgl. Koch, Wlachojiannis & Albrecht, 2011) ein pathologisches Verhalten entwickelt zu haben, da diese die höchste Komplexität und das größte Suchtpotential von allen Spielen haben (vgl. Wölfling, Thalemann & Grüsser-Sinopoli, 2008).

Im Jahr 2008 wurde die Studie „Beratungs- und Behandlungsangebote in Deutschland“ zum pathologischen Internetgebrauch vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben (vgl. Petersen & Thomasius, 2010).

Abschnitt I befasste sich mit dem aktuellen Forschungsstand zum pathologischen Internetgebrauch. In Abschnitt II wurden die Befunde der Befragung von Beratungs- und Versorgungseinrichtungen vorgestellt. Ebenso gab es einen Überblick über bestehende „good practice“-Ansätze und der Praxisbedarf wurde analysiert.

Insgesamt wurden 27 Einrichtungen bundesweit ausgewählt. Zehn der Einrichtungen waren ambulante und stationäre Angebote an Kliniken. Vier waren Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Ebenfalls wurde eine Klinik mit expliziten ambulanten und stationären Spezialangeboten befragt, zudem eine Spezialambulanz. Außerdem wurden elf Beratungsstellen befragt (Petersen & Thomasius, 2010, S. 226).

6. Klientenbefragung

Im Rahmen des 5. Symposiums des Fachverbands Medienabhängigkeit e.V. bekam „Lost in Space“ als Einrichtung die Anfrage, einen Workshop zum Thema „Spielimmanente Faktoren, die süchtig machen“ durchzuführen. Als Grundlage hierfür führte ich eine schriftliche Befragung in Form einer Stichprobe mit den Klienten aus der Abstinenzgruppe in unserer Einrichtung durch. Diese sollten die aus ihrer Sicht spezifischen Merkmale in ihrem jeweiligen Medienkonsum benennen, welche süchtig machen.

Die folgende Tabelle zeigt den Fragebogen für die Stichprobe:

Spielimmanente Faktoren, die abhängig machen.

Was sind aus Deiner Sicht spezifische Merkmale in Deinem Medienkonsum, welche eine Abhängigkeit begünstigen? Was macht aus Deiner Sicht süchtig?

Deine Problematik (rote Ampel):

Bitte alle Bereiche soweit ausfüllen wie möglich, vielen Dank ☺

Bereich	Merkmale
MMORPG's	
MORAs	
Ego-shooter	
Browsergames	
Offline-Spiele	
Weitere	
Soziale Netzwerke	
Pornografie	
Streams/Serien schauen	
Online-Einkäufe	
Weitere	

Abbildung 8: Fragebogen der Stichprobe

Als Grundlage der Befragung sollten sich die Klienten an ihrem im Rahmen von Einzel- und Gruppensitzungen im Vorfeld erarbeitetes Ampelmodell (Abb. 9) orientieren. Das Ampelmodell teilt die jeweiligen PC- und Internetaktivitäten aus Klientensicht ein in:

- Verbotene PC-Aktivitäten (rot)
- Riskante PC-Aktivitäten (gelb)
- Erlaubte PC-Aktivitäten (grün)

Dazu wurde ein eigener Fragebogen entwickelt (Abb. 8).

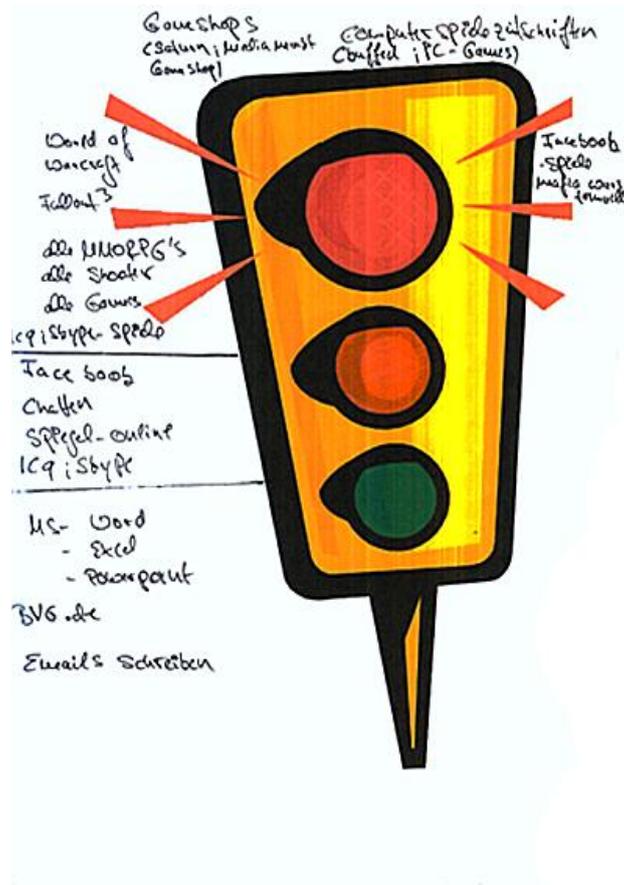


Abbildung 9: Ampelmodell

Insgesamt nahmen an der Befragung 12 Klienten teil, davon zwei weibliche. Die Befragung beinhaltete Mehrfachnennungen. Die folgende Tabelle zeigt die Spiele- oder Anwendungsformen, die aus der individuellen Klientenperspektive süchtig-machend wahrgenommen werden:

MMORPG's	7
Offline-games	6
MOBA	5
Ego- shooter	4
Browsergames	4
Streams/Serien	4
Pornografie	3
Soziale Netzwerke	2
weitere	1

Abbildung 10: Ergebnis der Befragung

Bei der Frage nach den Nutzungsformen der Klienten ergab sich, dass MMORPGs (Online-Rollenspiele) als aus Klienten-Sicht „abhängig machend“ angesehen wurden. Ebenso erscheint es wichtig, bei der Befragung genannte Kategorien wie Streams/Serien zu erwähnen, da diese in vielerlei Fachliteratur kaum zu finden sind.

7. Komorbiditäten im Rahmen des pathologischen Internetgebrauchs

Verschiedene Studien weisen mehrheitlich auf eine hohe Komorbidität von pathologischem Internetgebrauch mit verschiedenen psychischen Störungen hin (vgl. Petersen K. et al., 2009).

Laut Shapira et al. (2000, S. 267) erfüllen alle Klienten, bei denen nach DSM-IV eine Internetabhängigkeit diagnostiziert wurde, mindestens eine Lebenszeitdiagnose auf der Achse I.

Laut Petersen et al. (2009, S. 267) ergaben klinische Befunde, dass viele Betroffene angeben, einen sehr hohen Leidensdruck zu erleben. Bei asiatischen Jugendlichen (vgl. Yank et al., 2005) ergab die Erhebung, dass die als Computerspiel- bzw. Internetabhängigen klassifizierten Nutzer deutlich erhöhte Symptombelastungen in den Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst und Psychotozismus aufwiesen als unauffällige Nutzer. (vgl. Wölfling et al., 2012).

Ähnlich wie bei substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen wird bei Internetabhängigkeit oftmals die Frage diskutiert, ob das abhängige Verhalten als

Primärerkrankung zu betrachten ist oder als Folge einer anderen zugrunde liegenden Störung gesehen werden muss.

Der derzeitige Forschungsstand deutet darauf hin, dass die am häufigsten festgestellten komorbiden Symptome zu depressiven Syndromen gehören (Batra et al., 2014, S. 108).

Bezüglich eines komorbiden Substanzmittelgebrauchs ist die Forschungslage eher unklar. In einer Studie (ebd., 2014, S. 109) des Instituts für Therapieforschung (IFT Nord), wurden 2.533 deutsche Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12–25 Jahren zu ihrem Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis, zum exzessiven und abhängigen Computerspiel und zum pathologischen Glücksspiel befragt. Abhängige Computerspieler zeigen signifikant häufiger

- eine vermehrte soziale Ängstlichkeit,
- mehr ADHS-Symptome,
- ein geringeres, soziales Selbstwirksamkeitserleben,
- höhere Aggression und
- eine geringere Selbstwerteinschätzung (es gab allerdings keine signifikante Auffälligkeit hinsichtlich einer depressiven Symptomatik).

In Bezug auf stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen, als Begleiterkrankung neben einem pathologischen Internetkonsum, wurden im Rahmen einer deutschen Studie bei rund 13% der Untersuchten auch stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol- und Cannabisabhängigkeit) diagnostiziert (vgl. Kratzer & Hegerl, 2008).

Hinsichtlich dem Krankheitsbild von Angststörungen fallen die Untersuchungen teils widersprüchlich aus: In einer Studie aus Taiwan (vgl. Petersen K. et al., 2009) konnte gezeigt werden, dass 15% der untersuchten Studenten mit pathologischem Internetgebrauch auch eine soziale Phobie haben. Deutsche Studien mit diagnostischen Interviews zeigen ein gemeinsames Auftreten von pathologischem Internetgebrauch und Angststörungen, insbesondere Phobien (soziale Phobie).

Als weitere komorbide Störung ist an dieser Stelle der Zusammenhang zwischen pathologischem Internetkonsum und ADHS zu erwähnen: Eine taiwanische Studie an 2.162 Studenten (10,8% wurden als internetabhängig klassifi-

ziert), besagte, dass ADHS und Feindseligkeit die begünstigenden Faktoren einer Internetabhängigkeit sind (vgl. Chih-Hung et al., 2011).

8. Hypothesen

Wie in den Fragestellungen (Kapitel 2) beschrieben wurde, sollen in dieser Arbeit die Zusammenhänge zwischen exzessiver Mediennutzung, deren komorbiden Störungen und dem Einfluss auf die individuelle Abstinenzentscheidung untersucht werden. Bisher existieren in Deutschland keinerlei Untersuchungen über Einflussfaktoren in Bezug auf mögliche Abstinenzentscheidungen aus individueller Klientenperspektive.

Aus meiner praktischen Erfahrung in den letzten Jahren zeigte sich deutlich, dass Klienten neben ihrer Problematik mit dem PC, Konsolen oder Internet weitere Problembereiche aufwiesen. Was aus internationalen Studien (Kapitel 3) sichtbar wurde, spiegelt sich also in der Beratungspraxis wider. Neben einer möglichen Abhängigkeit, wird gegebenenfalls eine Abstinenz für oder gegen einen aus klientenspezifischer Sicht problematischen Bereich durch mögliche komorbide Störungen beeinflusst.

Die erste Hypothese lässt sich daher wie folgt formulieren:

1. Die Gruppe der Klienten, die sich für eine Abstinenz entscheiden, weist häufiger komorbide Störungen auf als die Gruppe derjenigen, die sich nicht für eine Abstinenz entscheidet.

Klienten in der ambulanten Beratung äußern neben ihrem exzessiven Konsum von PC und Internet häufig auch andere Problembereiche wie Ängste oder Depressionen. Ob es einen direkten Zusammenhang gibt zwischen diesen Komorbiditäten und einer Abstinenzentscheidung, möchte ich mit meiner zweiten Hypothese klären.

2. Die meisten Klienten, die eine hohe psychische Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit aufweisen, haben sich für die Abstinenz entschieden.

Wenn Klienten das Hilfesystem erreichen, ist davon auszugehen, dass mindestens ein geringer Teil an Eigenmotivation in Bezug auf eine Veränderung vorliegt. Zeigte es sich in der Praxis, dass gerade bei den jüngeren Klienten (14–17 Jahre) der Leidensdruck eher auf Seiten der Angehörigen lag, erwiesen sich die erwachsenen Klienten eher einsichtig in Bezug auf ihre pathologischen Verhaltensmuster. Diese Aussage basiert auf den subjektiven Erfahrungen aus meiner praktischen Tätigkeit bei „Lost in Space“. Diesen Aspekt möchte ich daher in dieser Arbeit näher beleuchten, indem ich explorativ an diese Fragestellung herangehe:

Welche Aspekte hinsichtlich des Leidensdrucks beschreiben Klienten? Erlebten Klienten, die abstinent sind, auch immer einen Leidensdruck in der Vergangenheit? Meine Hypothese dazu ist wie folgt:

3. Klienten, die sich für die Abstinenz entschieden haben, erlebten in der Vergangenheit einen Leidensdruck.

Zudem interessiert mich, welche Motive Klienten hinsichtlich ihrer Abstinenzentscheidung benennen und ob sich diese den Suchtkriterien (Klassifikationssystem z.B. ICD-10) zuordnen lassen. Daraus leitet sich eine vierte Hypothese ab:

4. Klienten, die sich für eine Abstinenz entschieden haben, reflektieren ihr eigenes Nutzungsverhalten in der Vergangenheit als problematisch.

9. Operationalisierung

Die Entwicklung des Untersuchungsdesigns ergibt sich sowohl aus den theoretischen Vorüberlegungen als auch aus den methodischen Anforderungen der Fragestellungen. Um das Untersuchungsthema hinreichend und umfassend zu erforschen, sind zwei Untersuchungsphasen notwendig, die aufeinander aufbauen und im Folgenden nacheinander dargestellt werden. Zur Übersichtlichkeit wird die Abfolge der beiden Methoden zunächst schematisch dargestellt.

Grundlegende Ausrichtung:

Teil 1: Epidemiologische Querschnittsstudie mittels klinischer Fragebögen (Screening-Fragebögen)

Teil 2: Strukturiertes, leitfadenorientiertes Interview

10. Untersuchungsmethodik

Das folgende Kapitel beschreibt zunächst das Untersuchungsdesign, um danach auf die Auswertungsmethoden und die statistischen Prüfverfahren der Studie einzugehen.

Im ersten Teil möchte ich im Rahmen einer epidemiologischen Querschnittsstudie alle Klienten nach ihrer Computerspiel- und Internetnutzung befragen. Ebenso möchte ich anhand von klinischen Fragebögen auf komorbide Störungen (CIUS, SCL-90-R) eingehen. Diese sollen in einen möglichen Kontext zum exzessiven Mediengebrauch der Klienten gestellt werden. Hierfür werde ich auf bestehende, klinische Forschungsinstrumente zurückgreifen. Des Weiteren lege ich den Fokus auf komorbide Störungen. Erfüllen überhaupt alle Klienten eine Abhängigkeitsdiagnose laut DSM IV? Liegen gegebenenfalls komorbide Störungen vor? Die zweite Phase der Untersuchung umfasst ein teilstrukturiertes Interview (narrativ). Alle Klienten aus der Motivations- und Abstinenzgruppe werden mittels eines Erhebungsinventars zu Biografie, Bildung, Selbstwirksamkeit in Bezug auf ihren exzessiven Medienkonsum, zur Ausprägung psychischer Beeinträchtigungen sowie zu ihrer Beratungsbereitschaft befragt. Ebenso sollen anhand der Befragung die verschiedenen Merkmale und Eigenschaften der Motivation deutlicher werden, die aus Sicht der Klienten zu einer oder gegen eine Abstinenzentscheidung geführt hat. Ziel dabei ist ein Erkenntnisgewinn über die Klientengruppe, die Feststellung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten.

11. Untersuchungsdesign

Im Rahmen der Masterthesis kamen folgende Messinstrumente zum Einsatz, die im diesem Abschnitt genauer beschrieben werden:

1.) CIUS (Compulsive Internet Use Scale)

Die CIUS-Scale ist ein klinischer Fragebogen, der von Gert-Jan Meerkerk im Jahr 2007 entwickelt wurde. Ziel dabei ist es, die Schwere der zwanghaften Internetnutzung zu beurteilen. Die Zielgruppe sind sowohl Erwachsene als auch Jugendliche. Der Fragebogen läuft nach dem Prinzip eines Selbstbeurteilungsverfahrens (vgl. Volland & Franke, 2012). In einer Vorstudie ergaben sich wiederholt folgende, selbstberichtete Symptome wie Kontrollverlust, Einengung des Verhaltensraumes/Salienz, Entzugssymptome, Konflikte im sozialen und gesellschaftlichen Umfeld, Copingstrategie gegen depressives Verhalten.

Toleranzbildung und Verleugnung wurden in den Interviews nicht bestätigt und deswegen nicht mit aufgenommen.

Cut-Off-Wert der „Compulsive Internet Use Scale“ - CIUS

Die CIUS setzt sich aus 14 Items zusammen. Für die Diagnosestellung werden die fünfstufigen Items aufaddiert, so dass die Skala einen Wert zwischen 0 und 56 Punkten annehmen kann.

(nie = 0, selten = 1, manchmal = 2, häufig = 3, sehr häufig = 4)

Es wird davon ausgegangen, dass ab einem Wert von 28 Punkten ein pathologischer Internetkonsum besteht.

Im Rahmen der Masterthesis habe ich mich entschlossen die CIUS einzusetzen, da ich in meiner praktischen Tätigkeit bei „Lost in Space“ gute Erfahrung mit der Verwendung dieses Diagnoseinstrumentes gemacht habe. Im Rahmen von motivierender Gesprächsführung konnten Klienten dadurch mehr Bewusstheit entwickeln, in wie weit ihr Verhalten aus ihrer jeweiligen Sicht „gesund“ ist oder nicht.

Aus meiner Praxiserfahrung konnte ich beobachten, dass ihre Vermutungen und Annahmen oftmals stark von dem Ergebnis der CIUS abwichen. Häufig wiegten sich vor allem die Klienten in Sicherheit, wurden aber durch den Cut-Off-Wert der CIUS davon überrascht, dass ein Wert im Umfeld der 28 Punkte das Ergebnis war. Dies wiederum führte teilweise zur Motivation einer Verhaltensänderung.

2.) SCL-90-R (Symptomcheckliste bei psychischen Störungen)

Ergänzend zu dem Screening-Verfahren spielt aus meiner Sicht die Selbsteinschätzung der Klienten in Bezug auf die subjektiv empfundene Beeinträchtigung

durch körperliche und psychische Symptome der Person eine erhebliche Rolle: Wenn Klienten offen über Ängste, Depressionen etc. sprechen können, stellen sie häufig eine direkte Beziehung zu ihrem exzessiven Medienkonsum her. Dieses Zusammenspiel wird dann im Rahmen von Psychoedukation als eine Art „Selbstheilungsversuch“ oder „Medikation“ aus Klienten-Perspektive beschrieben (psychische Problematik → exzessiver Medienkonsum). Hinsichtlich der individuellen, subjektiv-beschriebenen Beeinträchtigung des Klienten kann dies wiederum zur Erhöhung eines Leidensdrucks führen, was sich auf die Abstinenzentscheidung auswirken kann. In Anbetracht der Wahl meiner Hypothesen kann der Einsatz vom SCL-90-R meine Annahmen möglicherweise stärken.

12. Teilstrukturiertes Interview zu individueller Problemausprägung

Im Rahmen der Masterarbeit wurden Klienten interviewt, die sich entweder für oder gegen eine Abstinenz ihres problematischen Nutzungsbereichs entschieden haben.

In der ersten Phase der Befragung wurden die oben beschriebenen Fragebögen / Screening-Instrumente von den Probanden ausgefüllt.

Die zweite Phase der Untersuchung umfasste ein teilstrukturiertes Interview.

Das Kapitel beschreibt die Wahl der Forschungsmethode, hier wird das Interview als Methode genauer erläutert. Nach der Darstellung der gewonnenen Untersuchungshypothesen wird auf den Forschungsablauf, die Gewinnung der Untersuchungsgruppe, das Untersuchungsdesign und das Konzept des Interviewleitfadens, sowie auf die Datenerhebung eingegangen. Zum Ende des Kapitels erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse der befragten Probandengruppe.

„Eine Genauigkeit von Wirkungszusammenhängen, hypothesengeleitet, überprüfende Forschung setzt ein quantitatives Verfahren voraus; sollten aber begründete Vermutungen über Regelmäßigkeiten in einzelnen Bereichen oder Feldern der sozialen Wirklichkeit gewonnen werden, so setzt dieses ein qualitatives Verfahren (in der Regel verbunden mit der Gewinnung verbaler Daten) voraus. Damit steht [...], die qualitative Forschung vor der quantitativen Forschung; d.h. qualitative Forschung geht in jedem Fall der quantitativen Forschung voraus, ohne dass allerdings jene dieser folgen muss.“ (Kleining, 1982)

Die vorliegende Untersuchung basiert explizit auf den Vorzügen einer qualitativen Vorgehensweise: Dabei erscheint es mir wichtig, die Probanden zu Wort kommen zu lassen. Es ist essentiell, durch Erzählungen bestimmte Prozesse zu erkennen, die in einem Kontext zueinander stehen. Das Einzelinterview ist dabei die bevorzugte Methode, denn es erzeugt eine Fülle an Datenmaterial und viele Informationen. Ebenso werden die Probanden durch die Befragung ernstgenommen und fühlen sich in gewisser Weise aufgehoben und geborgen.

Das Interview

Die qualitative Methode soll auf der einen Seite den ganzen Menschen erfassen, auf der anderen Seite die Bildung eines Urteils ermöglichen. Es ist zentral, das Erleben des Menschen erklären zu können, außerdem sollte diese Erklärung möglichst allgemeingültig sein. Schließlich ist es wünschenswert, dass die neu gewonnenen Erkenntnisse lebensnah und real sind (vgl. Wittowski, 1994).

Damit die Interpretation der Klientenaussagen nicht zu subjektiv wird, wurde in der vorliegenden Arbeit das halbstrukturierte Interview durchgeführt. Auf der Grundlage vorher entworfener Hypothesen wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Dabei gibt es Hauptkategorien, die mit Unterpunkten versehen sind. Dennoch bieten die gewonnenen Daten noch keine wissenschaftlichen Erkenntniswerte. Erst durch eine passende Auswertung kann man das sprachliche Material in qualitative Ergebnisse überführen. Daher sind qualitative Untersuchungsmethoden auf inhaltsanalytische Auswertungsverfahren angewiesen (Wittowski 1994, S. 15). Das vorhandene Datenmaterial wird folglich aus dem sichtbaren und verborgenen Inhalt der Probandenaussagen systematisch und objektiv quantifiziert, so dass aus der überarbeiteten Substanz-Aussagen über das Verhalten und Erleben der Testperson gemacht werden können.

Anbei der angewandte Interviewleitfaden mit Hauptkategorien und Unterpunkten:

Demografische Daten - Alter - Geschlecht - Wohnsituation	Bildung - Schulischer Werdegang - Auszubildung - Studium - Andere	Medienkonsum im sozialen Umfeld - Familiärer Medienkonsum - Konsumverhalten peers	Motivation - Wie sieht ihre Abstinenzentscheidung aus (Ampel) - Konsumverhalten peers - Bei dafür (Welche Gründe haben aus ihrer Sicht dazu geführt) Bewerten Sie den Leidensdruck - Bei dagegen (Welche Gründe haben aus ihrer Sicht dazu geführt) Bewerten Sie den Leidensdruck
--	--	--	--

Abbildung 11: Interviewleitfaden

12.1 Gewinnung der Untersuchungsgruppe

Um möglichst viele Probanden zu gewinnen, habe ich bei beiden angeleiteten Gesprächsgruppen gebeten, mich bei meiner Befragung zu unterstützen. Ebenso habe ich im Wartebereich der Beratungsstelle einen Aushang gemacht. Die Rückmeldungen kamen ausschließlich aus den beiden Gesprächsgruppen.

12.2 Untersuchungsgruppe

Es wurden 14 Personen im Alter von 20–44 Jahren befragt. Alle Probanden haben sich freiwillig zum Interview gemeldet. Die Untersuchung ist als Sampling zu bezeichnen, das heißt die Probanden der Untersuchungsgruppe waren unterschiedlicher Herkunft. Eine repräsentative Erhebung ist im Rahmen der Masterthesis nicht möglich. Der Umfang der Samples ist zu gering, um sich der Gesamtpopulation anzunähern. Der Zugang zur Gruppe gestaltete sich als unproblematisch, da auf die bestehenden Angebote der Beratungsstelle zurückgegriffen werden konnte. Die Klienten kannte ich teils mehr, teils weniger aus den Gruppen- und Einzelgesprächen. Durch den Aufbau einer Klienten/Berater-Beziehung und durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit konnten die Klienten für die Befragung gewonnen werden. In den letzten Jahren, in denen ich bei „Lost in Space“ tätig war, verdeutlichten sich in den Beratungsgesprächen zunehmend die individuellen Bedürfnisse der Klienten. Daher ist der strukturierte Interviewleitfaden dieser Praxissituation angepasst worden. Den Klienten wurde im Rahmen der Durchführung der Screener und Interviews eine Anonymisierung und Chiffrierung zugesichert.

Da es kein spezifisches Messinstrument zum Thema Leidensdruck und Abstinenzentscheidung bei exzessivem Medienkonsum gibt, ist der zweite Teil des Interviews einem explorativen Verfahren zuzuordnen.

12.3 Themenkreise des Interviews

Im Folgenden werden die Themenbereiche vorgestellt, auf die sich die durchgeführten Interviews beziehen. Diese Gegenstandsbereiche wurden zur Grundlage des Interviewleitfadens (siehe Abbildung 10) und orientieren sich an den Hypothesen.

Demografische Daten

Der Bereich der „Demografischen Daten“ soll allgemeine Informationen über den Probanden liefern wie Alter, Geschlecht und Wohnsituation. Gerade die Frage nach der Wohnsituation erschien ein wichtiger Aspekt, da untersucht wurde, ob und vor allem in welcher Umgebung der Proband aktuell noch Medien konsumiert. Die Frage, in welcher möglichen Frequenz noch Medien konsumiert werden, soll im späteren Teil des Interviews noch untersucht werden.

Bildung

Der Themenkreis soll erschließen, welchen Bildungsstand die Probanden aufweisen. Hier sollten Probanden den Grad ihrer Bildung angeben und ihren persönlichen Werdegang skizzieren. Dieser bezog sich auf den schulischen Werdegang, Ausbildung, Studium oder andere.

Medienkonsumverhalten im sozialen Umfeld

Dieser Bereich soll zeigen, welchen Medienkonsum der Proband in seinem jeweiligen sozialen Umfeld erlebt hat. Dabei wird untersucht, wann die ersten Medien Einzug in das Leben der Probanden hatten, z.B. auch, wer diese bereitgestellt hat. Ebenso wird das Peergroup-Verhalten als ein möglicher Einflussfaktor auf den Medienkonsum des Probanden untersucht.

Motivation und Leidensdruck

Beim Thema Motivation wird ermittelt, inwieweit sich ein Klient für oder gegen eine Abstinenz (rote Ampel) entschieden hat. Die Gründe habe ich explorativ erforscht und nicht in Kategorien gefasst. Darüber hinaus soll der individuelle Leidensdruck erforscht werden, der aus Klientenperspektive dafür oder dagegen spricht. Dabei wird bei Bedarf dem Klienten während des Interviews die Definition von Leidensdruck erklärt.

Die Grundannahme geht von einem individuellen, subjektiven Leid aus, das beim Klienten einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität hat. Wenn ein großer Leidensdruck besteht, stellt dieser eine wichtige Triebfeder für Veränderungen dar und kann den Betroffenen dazu veranlassen Hilfe zu suchen oder Hilfsangebote anzunehmen (vgl. Margraf & Schneider, 2009).

12.4 Durchführung des Interviews

Die Interviews mit den Probanden wurden im Jahr 2016 durchgeführt. Dabei gab es einen telefonischen Erstkontakt, bei dem Details des Vorhabens besprochen wurden. Dabei wurde jeweils ein Treffpunkt vereinbart. In 6 Fällen fanden die Interviews in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle statt, 8 Gespräche wurden in einem Café durchgeführt. Der entworfen Interviewleitfaden diente dabei als Maßstab und die Reihenfolge wurde nicht verändert. Das Interview wurde mit der Diktierfunktion eines Smartphones aufgezeichnet, womit alle Testpersonen einverstanden waren. Alle Probanden ließen sich schnell auf die Situation ein. Sie beantworteten die Fragen mit großer Offenheit. Nach Beendigung der Interviews und Abschalten der Diktierfunktion gaben die Probanden unterschiedliche Rückmeldungen. Es gab dabei zwei unterschiedliche Positionen: Die einen waren tendenziell eher erleichtert und fühlten sich entlastet, über ihr Problem zu sprechen. Die anderen gaben an, eher aufgewühlt zu sein, darüber zu sprechen. Die Phase, die eine Ablösung von Interviewer und Proband charakterisiert, dauerte zwischen 10 und 20 Minuten.

12.5 Datenauswertung

Nach Durchführung der Interviews wurden diese im Anschluss transkribiert. Umgangssprache wurde beibehalten. Kurzfristige Bemerkungen des Interviewers während der Interviews, wie z.B. „aha“, „soso“, „okay“, usw. wurden protokolliert. Diese sollten dem Probanden des Interviews Interesse zeigen und dienten eher als stetiger Begleiter. Wenn außergewöhnliche, emotionale Regungen zu vermerken waren, so wurden diese in Klammern gesetzt, z.B. (lacht).

Nach Überprüfung der orthographischen und inhaltlichen Richtigkeit der Transkripte wurde anhand der verschriftlichten Interviews ein Kategoriensystem erstellt.

12.6 Kategoriensystem

Nach Durchführung der Interviews und anschließendem Transkribieren war eine Fülle an „Rohmaterial“ vorhanden. Um alle Interviews miteinander vergleichen zu können, mussten gemeinsame Nenner gefunden werden, nach denen man die unterschiedlichen sprachlichen Äußerungen in eindeutige Daten umwandeln konnte.

Das „Würzburger Verfahren der Codierung von halbstrukturiertem Interviewmaterial“ (WÜCI) soll helfen, „anhand manifester und latenter Merkmale von Interviewprotokollen, (...) quantitative Aussagen über Ausprägung bzw. Intensität kognitiver und emotionaler Kompetenzen von Einstellungen, Interessen und Werthaltungen sowie über Emotionseigenschaften zu machen“ (Wittowski, 1994, S. 143).

Die nun folgende Beschreibung orientiert sich an Wittowskis Darstellung der Begrifflichkeiten zur Konstruktion und Anwendung inhaltsanalytischer Auswertungsverfahren (Wittowski, 1994, S.143ff). Dazu müssen verschiedene Begriffe definiert werden, um sie im Zusammenhang mit der Auswertung der Interviews mit Klienten, die sich für oder gegen eine Abstinenz entschieden haben, zu verstehen.

„Skala/ Dimension“: Inhaltlich eindeutig beschriebenes Merkmal (z.B. „Medienkonsum im sozialen Umfeld“) bzw. Teilaspekt eines Merkmals (z.B. „Einfluss Peergroup auf Medienkonsum“).

„Kategorie“: Ausprägung der Intensität einer Dimension bzw. Punktwert einer Skala.

Anhand des erarbeiteten Interviewleitfadens wurde ein Skalensystem erstellt, das die Gesamtheit der einzelnen Dimensionen darstellt. Zudem wurden Themenkreise teilweise wieder aufgesplittet und in verschiedene Skalen unterteilt. Beim Themenkreis „Medienkonsumverhalten im sozialen Umfeld“ entstanden somit beispielsweise drei Skalen: „Einfluss der Familie auf eigenen Medienkonsum“, „Einfluss der Peergroup auf eigenen Medienkonsum“ und „Alter bei Erstkonsum (Medienkonsum)“.

Nachdem alle vorhandenen Skalen kategorisiert worden sind, wurde ein Kodiersystem entwickelt. Es umfasst tabellarisch die einzelnen Skalen und die Kategorien. Die Kategorien haben unterschiedliche Punktwerte. Das Skalensystem der gesamten Befragung befindet sich im Anhang. Aufgrund der geringen Zahl an Probanden und Kürze des Interviewleitfadens habe ich mich gegen eine statistische Auswertung mit dem Programm SPSS (Superiour Performing Software Systems) entschieden. Ich habe mich für eine Auswertung und Aus-

zählung mit dem Programm Microsoft-Excel entschieden, da es mir für diesen Zweck übersichtlich und ausreichend erschien.

13. Auswertung der Klienteninterviews

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden die Probanden in zwei Gruppen unterteilt:

1. Klienten, die sich *für* eine Abstinenz vom roten Ampelbereich entschieden haben.
2. Klienten, die sich *gegen* eine Abstinenz vom roten Ampelbereich entschieden haben.

13.1 Abstinenz oder nicht abstinenz

Die folgende Abbildung zeigt, wie sich die Klienten in Bezug auf eine Abstinenz entschieden haben:

R.H. (m)	AvrA
C. (w)	AvrA
T. (m)	NAvrA
A. (m)	AvrA
C. W (m)	AvrA
B. (m)	AvrA
1080230616 (m)	AvrA
J. S (m)	AvrA
L. (m)	AvrA
Ro. H (m)	NAvrA
J. D (m)	AvrA
S (m)	AvrA
w01 (w)	AvrA
G (m)	NAvrA

Abbildung 12: Abstinenz oder nicht abstinenz

Abstinenz

Die Untersuchungsgruppe bestand aus 14 Probanden. Von diesen gaben 3 an, nicht abstinenz vom roten Ampelbereich (NAvrA) zu sein und aktuell solche Medien am PC und im Internet zu konsumieren, die sie als problematisch und suchtfördernd einstufen. 11 Probanden gaben an, abstinenz vom roten Ampelbereich zu sein (AvrA).

13.2 Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsgruppe

Die folgende Abbildung zeigt das Ergebnis bei der Befragung in Bezug auf Geschlecht, Alter und Familienstand:

		AvrA	NAvrA	Gesamt
Geschlecht	Männer	9	3	
	Frauen	2		
Gesamt				14
Alter	18-25 Jahre	1		
	26-30 Jahre	4	2	
	31-40 Jahre	4	1	
	41-50 Jahre	2		
Gesamt				14
Familienstand	ledig	11	3	
	verheiratet			
	geschieden			
	Gesamt			14
Wohnsituation	alleine	11	2	
	bei den Eltern			
	Betreutes Wohnen	1		
Gesamt				14

Abbildung 13: Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsgruppe

13.3 Geschlechterverteilung nach Abstinenz

Insgesamt waren 2 Teilnehmer bei der Befragung weiblich, 12 männlich.

Die beiden Probandengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung. Bei der Gruppe der NAvrA gibt es keine weiblichen Probanden.

13.4 Altersdurchschnitt der Probandengruppen

Das Durchschnittsalter unterscheidet sich nicht wesentlich: 8 von 11 (AvrA) befinden sich im Altersspektrum von 26–40 Jahren. 1 Proband ist jünger, 2 sind älter. Alle NAvrA-Klienten befinden sich ebenfalls im Altersspektrum der 26–40-Jährigen.

13.5 Familienstand und Wohnsituation

Auffällig ist, dass alle Probanden ledig sind. Ebenso wohnen alle Probanden alleine, bis auf eine Person (AvrA), die im betreuten Wohnen lebt.

13.6 Bildung

Folgende Abbildung zeigt den Bildungsgrad der Probanden. Die Klienten wurden nach ihren Schulabschlüssen befragt sowie nach möglichen weiteren Qualifizierungen:

		AvrA	NAvrA	Gesamt
Schulabschluss	Hauptschule		1	
	Realschule	4	2	
	Gymnasium	7		
Gesamt				14
Ausbildung	keine	3	1	
	in Ausbildung	3	2	
	Lehre	3		
	Studium	1		
	Lehre u. Studium	1		
Gesamt				14

Abbildung 14: Bildung

13.7 Schulabschluss

Auffällig ist, dass der Großteil der AvrA-Probanden das Gymnasium besuchte und die Schule mit Abitur abgeschlossen hat. Die übrigen Probanden dieser Gruppe haben einen Realschulabschluss. Es gibt keinen Probanden, der die Hauptschule besucht hat oder einen Hauptschulabschluss (9. Klasse) vorzuweisen hat.

Bei den NAvrA-Probanden haben zwei einen Realschulabschluss, eine Person erreichte einen Hauptschulabschluss. Die beiden weiblichen Probanden (AvrA) haben jeweils das Abitur.

13.8 Ausbildung

Bis auf einen Probanden stehen alle NAvrA-Probanden mindestens in einem Ausbildungsverhältnis bis hin zu einem abgeschlossenen Hochschulstudium. Der Großteil aller Klienten, bei den AvrA sind es 6 von 11, bei den NAvrA sind es 2 von 3, ist in Ausbildung oder macht eine Lehre. Beide weiblichen Probanden (AvrA) haben neben dem Abitur jeweils ein abgeschlossenes Hochschulstudium.

14. Medienkonsum im eigenen Umfeld

Die folgende Abbildung zeigt den Medienkonsum im eigenen Umfeld. Die Probanden wurden befragt, welche Rolle dieser auf den eigenen Medienkonsum hatte:

	AvrA	NAvrA	Gesamt
Einfluss der Familie auf eigenen Medienkonsum			
Ja	4	1	
Nein	7	2	
Gesamt			14
Einfluss der Peergroup auf eigenen Medienkonsum			
Ja	6	3	
Nein	5		
Gesamt			14
Alter bei Erstkonsum (Medienkonsum)	0-10 Jahre	2	
	11-20 Jahre	7	3
	21-30 Jahre	2	
	31-40 Jahre		
	Gesamt		

Abbildung 15: Medienkonsum im eigenen Umfeld

14.1 Einfluss der Familie auf den eigenen Medienkonsum

Der Großteil der AvrA-Klienten (4 von 7) gibt an, dass der Medienkonsum in ihrer Familie keinen Einfluss auf ihren persönlichen Medienkonsum gehabt habe. Ein ähnliches Bild spiegelt sich auch bei der kleineren Probandengruppe (NAvrA) wider: 2 von 3 Klienten geben an, dass der Medienkonsum der Familie keinen Einfluss auf ihren persönlichen Medienkonsum hatte.

14.2 Einfluss der Peergroup auf eigenen Medienkonsum

Der Großteil beider Probandengruppen (9 von 14) gibt an, dass das Konsumverhalten ihrer Peergroups einen Einfluss auf ihren eigenen PC-Konsum gehabt hat. Bei den AvrA-Klienten sind es 6 Personen, die angeben, dass ihr Umfeld (Freundeskreis offline und online) einen direkten Einfluss auf ihren Medienkonsum gehabt hat und bei den NAvrA-Probanden sind es 3 Personen, die dies angeben.

14.3 Alter bei Erstkonsum (Medienkonsum)

Der Großteil der Probanden (10 von 14) gibt an, dass ihr Alter bei Erstkonsum von PC und Internet zwischen 11–20 Jahren lag. Alle Probanden der NAvrA-Gruppe liegen in diese Alterspanne. Bei der AvrA-Probandengruppe geben 2 Klienten an, dass sie schon vor ihrem 10. Lebensjahr mit PC und Internet in Kontakt gekommen sind. Beide Klienten befinden sich im Altersspektrum von 26–30 Jahren. Ebenfalls geben 2 Klienten aus derselben Untersuchungsgruppe an, erst zwischen ihrem 21.–30. Lebensjahr mit PC und Internet in Kontakt gekommen zu sein. Beide gehören der Untersuchungsgruppe an, die zwischen 31–40 Jahren alt sind.

Die folgende Abbildung zeigt Motive und Gründe auf, warum sich die Klienten für oder gegen eine Abstinenz vom roten Ampelbereich entschieden haben. Ebenso zeigt sie die Einschätzungen in Bezug auf den individuellen Leidensdruck:

	AvrA	NAvrA	Gesamt
Abstinenzentscheidung			
Ja	11		
Nein		3	
Gesamt			14
Gründe für die Abstinenzentscheidung			
Langeweile			
Wollte Selbstwert außerhalb von Spielwelt aufbauen			
Mehr Nachteile als Vorteile			
Selbstmord auf Raten			
Bin süchtig nach Online-Sex			
Kontrolle nicht möglich	4		
Verwahrlosung bis Wohnungsverlust			
Sozialer Druck von außen			
Gab es einen Leidensdruck	11	3	
individuelle Beschreibung des Leidensdrucks			
Wollte natürlicher leben			
Entzugserscheinungen			
Durch Spielen ging es mir zunehmend schlecht.			
Ich habe mich krank gefühlt, es als Krankheit anerkannt			
Erreiche Ziele des Lebens nicht, z.B. Abschluss vom Studium			
Kontrolle schwerer als Abstinenz			
Zu schnell in die Bequemlichkeitsrolle verfallen			
Der Wunsch wieder zu leben			
Selbstmord auf Raten			
Kontrolle scheint nicht zu funktionieren			
Das ganze Umfeld und eig. Leben drehte sich nur ums Spielen			

Gründe dagegen
Kein Bereich am PC führt zu Kontrollverlust
Unverzichtbar in der heut. Zeit
Viele Kontakte online

Abbildung 16: Motivation

15. Abstinenzentscheidung

15.1 Abstinenzentscheidung (AvrA gegenüber NAvrA)

11 Probanden geben an, dass sie nicht mehr den problematischen Bereich in Bezug auf das Ampelmodell konsumieren (AvrA). Darunter sind auch beide weiblichen Probanden. 3 Klienten geben an, weiterhin den roten Ampelbereich zu konsumieren, was aus ihrer Sicht aber nicht als problematisch bewertet wird.

15.2 Gründe für die Abstinenzentscheidung

Alle AvrA-Probanden konnten aus ihrer Sicht einen wesentlichen Grund nennen, warum sie sich für eine Abstinenz entschieden haben. Gründe für eine Abstinenz waren:

- „Langeweile“
- „Wollte Selbstwert außerhalb von Spielwelt aufbauen“
- „Mehr Nachteile als Vorteile“
- „Selbstmord auf Raten“
- „Bin süchtig nach Online-Sex“
- „Verwahrlosung bis Wohnungsverlust“
- „Sozialer Druck von außen“

4 Probanden nannten das gleiche Motiv für ihre Abstinenz („Kontrolle nicht möglich“).

15.3 Leidensdruck und individuelle Beschreibung

Neben den Gründen für eine Abstinenzentscheidung gaben alle AvrA-Klienten ebenfalls an, einen individuellen Leidensdruck zu verspüren, der sie zu einer Abstinenzentscheidung bewegt hat.

Leidensdruck aus individueller Klientenperspektive:

- „Wollte natürlicher leben“
- „Entzugserscheinungen“
- „Durch Spielen ging es mir zunehmend schlecht“
- „Ich habe mich krank gefühlt, es als Krankheit anerkannt“
- „Erreiche Ziele des Lebens nicht, z.B. Abschluss vom Studium“
- „Kontrolle schwerer als Abstinenz“
- „Zu schnell in die Bequemlichkeitsrolle verfallen“
- „Der Wunsch wieder zu leben“
- „Selbstmord auf Raten“
- „Kontrolle scheint nicht zu funktionieren“
- „Das ganze Umfeld und eigene Leben dreht sich nur ums Spielen“

15.4 Gründe gegen eine Abstinenzentscheidung

3 Probanden gaben in der Befragung an, weiterhin den roten Ampelbereich zu nutzen. Aus ihrer Sicht gab es keinen Grund, sich für eine Abstinenz zu entscheiden. Gründe, die aus Sicht der Probanden dagegen sprachen, waren:

- Kein Bereich am PC führt zu Kontrollverlust
- Unverzichtbar in der heutigen Zeit
- Viele Kontakte online

16. Auswertung der Fragebögen

16.1 Auswertung der CIUS-Scale

Bei meiner Befragung wurde als erstes Screening-Instrument die CIUS-Scale angewandt. Alle Werte unter 28 Punkten sind als nicht pathologisch einzustufen.

Die folgende Abbildung zeigt, inwieweit Klienten als pathologische oder nicht pathologische PC-Nutzer gelten:

Chiffre	Erreichte Punkte	Max. Punkte	Ergebnis
R.H. (m)	23	von 28	n. pathologisch
C. (w)	11	von 28	n. pathologisch
T. (m)	38	von 28	pathologisch
A. (m)	7	von 28	n. pathologisch
C. W (m)	9	von 28	n. pathologisch
B. (m)	6	von 28	n. pathologisch
1080230616 (m)	28	von 28	pathologisch
J. S (m)	37	von 28	pathologisch
L. (m)	42	von 28	pathologisch
Ro. H (m)	23	von 28	n. pathologisch
J. D (m)	38	von 28	pathologisch
S (m)	19	von 28	n. pathologisch
w01 (w)	21	von 28	n. pathologisch
G (m)	8	von 28	n. pathologisch

N=14

Abbildung 17: Auswertung der CIUS- Scale

4 der Probanden wiesen einen Wert ab 28 Punkten auf. Bei ihnen wird daher davon ausgegangen, dass ein pathologischer Internetkonsum vorliegt.

16.2 Auswertung der SCL-90-R

Die folgende Abbildung zeigt das Ergebnis der Befragung der Klienten in Bezug auf deren psychische Belastung:

Chiffre	mind. hohe psych. Belastung auf einer Skala (T>69)
R.H. (m)	Ja
C. (w)	Nein
T. (m)	Ja
A. (m)	Ja
C. W (m)	Nein
B. (m)	Nein
1080230616 (m)	Ja
J. S (m)	Ja
L. (m)	Ja
Ro. H (m)	Ja
J. D (m)	Ja
S (m)	Nein
w01 (w)	Ja
G (m)	Nein

N=14

Abbildung 18: Auswertung SCL-90-R, mind. hohe psych. Belastung auf einer Skala (T>69)

Um meine Hypothesen überprüfen zu können, habe ich die Probanden auch in Bezug auf die Auswertung der Screening-Instrumente in zwei Gruppen (AvrA & NAvrA) unterteilt:

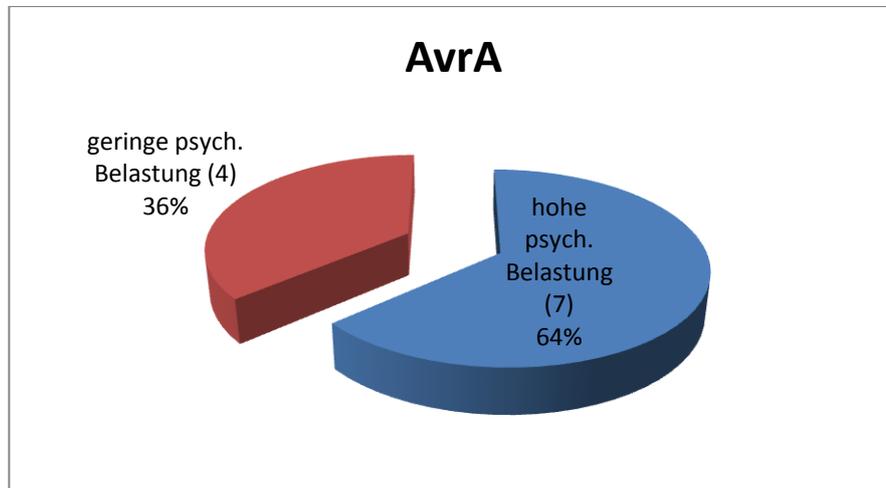


Abbildung 19: AvrA

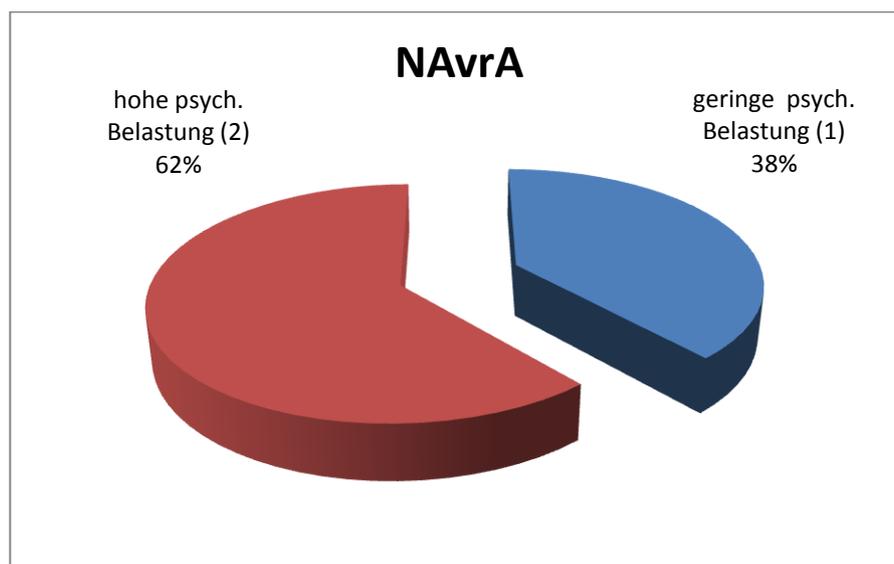


Abbildung 20: NAvrA

Die folgende Abbildung zeigt das Ergebnis der Befragung der Klienten in Bezug auf deren hohe psychische Belastung (Depressivität und Ängstlichkeit):

Chiffre	hohe psychische Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit
R.H. (m)	Ja
C. (w)	Nein
T. (m)	Ja
A. (m)	Ja
C. W (m)	Nein
B. (m)	Nein
1080230616 (m)	Ja
J. S (m)	Ja
L. (m)	Ja
Ro. H (m)	Ja
J. D (m)	Ja
S (m)	Nein
w01 (w)	Ja
G (m)	Nein

N=14

Abbildung 21: Auswertung des SCL-90-R, hohe psychische Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit

Die Befragung der Probandengruppe in dieser Forschungsarbeit ergab, dass 9 von 14 Probanden eine mindestens hohe psychische Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit aufweisen (Belastung auf einer Skala ($T > 69$)). Des Weiteren leiden 7 Klienten, die sich für eine Abstinenz entschieden haben, unter einer hohen psychischen Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit.

17. Überprüfung der Hypothesen

1. Die Gruppe der Klienten, die sich für eine Abstinenz entscheidet, weist häufiger komorbide Störungen auf als die Gruppe derjenigen, die sich nicht für eine Abstinenz entscheidet.

Methoden: - Strukturiertes Interview
- SCL-90-R (Symptomcheckliste bei psychischen Störungen)

In der Befragung gaben 11 von 14 Probanden an, dass sie eine Abstinenzentscheidung hinsichtlich ihrer problematischen Anwendungsbereiche getroffen haben (Tabelle 5). Die CIUS ergab an dieser Stelle, dass nur 4 von 11 Probanden einen pathologischen Internetkonsum aufweisen, da ihre Punktzahl oberhalb dem Wert von 28 Punkten lag (Abbildung 17). Die SCL-90 ergab, dass 7 von 11 Probanden eine mindestens hohe psychische Belastung auf einer Skala

($T > 69$) aufwiesen. Im Gegenzug haben 2 von 3 Klienten, die sich gegen eine Abstinenz ihrer problematischen Anwendungsbereiche entschieden haben, eine mindestens hohe psychische Belastung auf einer Skala ($T > 69$) (Abbildung 18). Die erste Hypothese lässt sich nicht direkt verifizieren. Auffällig ist bei der Gruppe der AvrA, dass der Großteil eine hohe psychische Belastung aufweist. Diese ist aber ebenso bei der Gruppe der NAvrA festzustellen.

2. Klienten, die eine hohe psychische Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit aufweisen, haben sich für die Abstinenz entschieden.
--

Methoden: - Strukturiertes Interview - SCL-90-R (Symptomcheckliste bei psychischen Störungen)
--

In meiner Befragung ergab die Auswertung des SCL-90-R, dass 7 von 11 Probanden eine mindestens hohe psychische Belastung auf einer Skala ($T > 69$) aufwiesen. Ebenso ergab die Befragung, dass bei 7 von 11 Klienten eine hohe Belastung auf den Skalen Depressionen und Ängsten vorlag. Daher bestätigt sich meine Annahme, dass sich Probanden mit einer hohen Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit für eine Abstinenz entschieden haben.

3. Klienten, die sich für die Abstinenz entschieden haben, erlebten in der Vergangenheit einen Leidensdruck.
--

Methoden: - Strukturiertes Interview

In dem strukturierten Interview, welches ich mit den Probanden durchgeführt habe, fragte ich explizit nach dem Leidensdruck. Alle AvrA-Klienten gaben an, einen Leidensdruck vor der Abstinenzentscheidung erlebt zu haben. Zudem konnten sie diesen auch auf ein konkretes Ereignis zurückführen, welches zu einer Abstinenzentscheidung führte (vgl. 9.3 Leidensdruck und individuelle Beschreibung). Daher ist anzunehmen, dass bei den Probanden ein vorhandener Leidensdruck zu einer Abstinenzentscheidung geführt hat, und sich die Hypothese bestätigen lässt.

4. Klienten, die sich für eine Abstinenz entschieden haben, reflektieren ihr eigenes Nutzungsverhalten in der Vergangenheit als problematisch.
--

Methoden: - strukturiertes Interview

Die Klienten, die sich für eine Abstinenz entschieden haben (AvrA), konnten einen spezifischen Leidensdruck benennen. Folglich kann man daraus schließen, dass sie ihr Nutzungsverhalten in der Vergangenheit als problematisch bewerten. Die vierte Hypothese baut somit auf der dritten Hypothese auf.

Aus Klientensicht wurden sowohl bei den Gründen für eine Abstinenz als auch hinsichtlich des zugrunde liegenden Leidensdrucks (Tabelle 9) mehrfach Aussagen getätigt, die den gängigen Suchtkriterien (z.B. Kontrollverlust) entsprechen, bzw. allesamt als problematisch angesehen werden können (vgl. Schmidt, 1999).

18. Ergebnisse

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die Frage gestellt, inwieweit der Leidensdruck ein entscheidender Faktor für die Abstinenzentscheidung der Klienten ist. Die strukturierten Interviews ergaben, dass 11 von 14 Klienten sich für eine Abstinenz entschieden haben. Die Untersuchung ergab, dass der Leidensdruck eine Hauptrolle bei der Abstinenzentscheidung spielt: Alle Klienten gaben spezifische Gründe an, warum sie sich von ihren problematischen Anwendungsbereichen verabschiedet haben. Dies unterschied sie auffallend von den Klienten, die sich gegen eine Abstinenz entschieden, da diese keinen Leidensdruck verspürten und keine Notwendigkeit darin sahen, abstinent zu sein. Die beiden weiblichen Klientinnen gehörten zu der Gruppe der AvrA. Im Verhältnis zu den männlichen Probanden ist der weibliche Anteil der Befragten sehr gering. Im Zuge dieser Masterarbeit wurde schon mehrfach der „Blick in die Praxis“ getätigt. Im Laufe der Jahre, in denen ich bei „Lost in Space“ gearbeitet habe, war der Anteil der weiblichen Klientinnen immer relativ gering. Interne Erhebungen ergaben ein Verhältnis von 90% männlichen zu 10% weiblichen Klienten. Ebenso ist der Altersdurchschnitt der Befragten im Spektrum von 26–40 Jahren verortet. Die Klientenbefragung ergab, dass der Großteil (10 Klienten) im Alter von 11–20 Jahren erstmalig Zugang zu digitalen Medien erlangte. Für die Klienten dauerte es 6–29 Jahre, um in das professionelle Suchthilfesystem zu gelangen. Aus meiner Sicht ist dies ein sehr großes Spektrum. In den Interviews gab nur eine geringe Zahl von Klienten in beiden Gruppen an (5 von 14 Klienten), dass der Medienkonsum von Eltern, Angehörigen etc. einen direkten Einfluss auf ihren eigenen Medienkonsum hatte. Allerdings gab ein Großteil der Klienten zu Pro-

tokoll, dass der Medienkonsum der eigenen Peergroup einen wesentlichen Einfluss auf den eigenen Medienkonsum hatte (9 von 14 Klienten). In den Interviews und in Gesprächen während meiner Arbeit bei „Lost in Space“ hörte ich immer wieder die Aussage von Klienten, dass in Freundeskreisen gemeinsam ein Spiel entdeckt wurde und dieses dann auch online in einer Community (weiter-) gespielt wurde. Je älter die Klienten wurden, desto mehr Freunde hörten mit dem Spiel auf. Oftmals waren sie dann letztlich die einzigen im Freundes- und Bekanntenkreis, die noch spielten. Die Online-Community mit anderen, unbekanntem Mitspielern hatte dann häufig die „Real-life“-Community abgelöst. Im Rahmen meiner Befragung gaben 11 Klienten an, sich während der Zeit bei „Lost in Space“ für eine Abstinenz von ihrem problematischen Nutzungsbereich entschieden zu haben. Neben Gründen wie „Langeweile“ und „mehr Nachteile als Vorteile“ benannten sie vor allem sehr existenzielle Beweggründe wie „Selbstmord auf Raten“ und „Verwahrlosung bis Wohnungsverlust“. Die häufigste Aussage „Kontrolle nicht möglich“ wurde viermal genannt. Ob sich alle Klienten schon vor ihrer Zeit im ambulanten Suchthilfesystem mit dem Verlauf einer Suchterkrankung und einer entsprechenden Terminologie auseinandergesetzt haben, wäre sicherlich ein spannender Aspekt gewesen, konnte im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht geklärt werden. Die Aussagen zum Thema Leidensdruck ähneln den Aussagen bei der Frage nach den Gründen für die Abstinenzentscheidung. Aussagen wie „erreiche Ziele des Lebens nicht, z.B. Abschluss des Studiums“ sowie „Selbstmord auf Raten“ haben existenziellen Charakter. Zudem sind Aussagen wie „Entzugserscheinungen, „Kontrolle schwerer als Abstinenz“, „Kontrolle scheint nicht zu funktionieren“ sowie „ich habe mich krank gefühlt, es als Krankheit anerkannt“ der Terminologie der Suchtkriterien sehr ähnlich und werden von den Klienten verwendet. Den Begriff „Leidensdruck“ hatte ein Großteil der Klienten aber das erste Mal im Suchthilfesystem gehört. 3 Probanden gaben an, dass sie in Bezug auf ihr Konsumverhalten keine Veränderungen vornehmen wollten. Ihnen waren die Suchtkriterien geläufig und es wurde ihnen der Begriff Leidensdruck erklärt. Aus Sicht der Klienten sprach gegen eine Abstinenz, dass sie ohne den PC Nachteile im Alltag zu erwarten hätten: „Unverzichtbar in der heutigen Zeit“ sowie „viele Kontakte online“.

In meiner zweiten Frage zu Beginn dieser Masterthesis ging es mir darum herauszufinden, welche psychischen Auffälligkeiten Klienten vereinen, die sich für eine Abstinenz entscheiden. Die Befragung ergab anhand der Screening-

Instrumente, dass 7 von 11 Klienten eine hohe psychische Belastung durch Ängstlichkeit und Depressivität aufweisen. Insgesamt waren bei meiner Befragung 3 von 11 AvrA-Klienten aktuell in keinem Ausbildungsverhältnis. Ebenso befinden sich 6 von 11 AvrA-Klienten derzeit in einem Ausbildungsverhältnis. Trotz überdurchschnittlich guter Schulbildung waren Klienten teilweise bis zu 10 Jahre nach Beendigung der Schule ohne ein Ausbildungsverhältnis.

Abschließend möchte ich die Hypothesen meiner Masterthesis noch einmal aufgreifen: Meine erste Hypothese bezog sich auf die Annahme, dass Klienten, die sich für eine Abstinenz entscheiden, mehr komorbide Störungen aufweisen im Vergleich zu der Gruppe, die sich nicht für eine Abstinenz entscheidet. Beide Gruppen wiesen gleichermaßen eine hohe psychische Belastung auf und somit kann die Hypothese nicht direkt verifiziert werden. Ein weiterer kritischer Aspekt ist, dass die Gruppe der NAvrA mit 3 Klienten relativ klein ist.

In meiner zweiten Hypothese stellte ich die Vermutung auf, dass Klienten, die eine hohe psychische Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit aufweisen, sich für eine Abstinenz entschieden haben. Der SCL-R-90 Screener ergab, dass bei 7 von 11 Klienten eine hohe Belastung auf den Skalen Depressionen und Ängste lag. Daher ist anzunehmen, dass sich die Probanden wegen der hohen Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit für eine Abstinenz entschieden haben.

In meiner dritten Hypothese stellte ich die Vermutung auf, dass Klienten, die sich für eine Abstinenz entschieden haben, in der Vergangenheit einen Leidensdruck erlebten. Das strukturierte Interview ergab, dass alle AvrA-Klienten einen expliziten Leidensdruck erlebt haben. Somit konnte meine dritte Hypothese verifiziert werden.

Meine vierte und letzte Hypothese geht von der Annahme aus, dass Klienten, die sich für eine Abstinenz entschieden haben, ihr eigenes Nutzungsverhalten in der Vergangenheit als problematisch reflektierten. Da alle AvrA-Klienten einen spezifischen Leidensdruck nannten, ist davon auszugehen, dass sie ihr Nutzungsverhalten in der Vergangenheit als problematisch bewerten. Die vierte Hypothese baut somit auf der dritten Hypothese auf.

19. Diskussion/Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit möchte ich zu Beginn der Diskussion und Zusammenfassung die Grenzen der Arbeit beleuchten: Bei der Befragung handelt es sich um eine sehr kleine Probandengruppe und es ist fraglich, wie repräsentativ die Ergebnisse sind. Ebenso kannte der Interviewer die befragten Klienten und daher wirft das die Frage auf, inwieweit dadurch Verzerrungen entstehen. Weitere Verzerrungen der Aussagen können entstehen, da nur Klienten befragt wurden, die sich schon im Hilfesystem befinden. Wie würden Klienten auf die Fragen dieser Studie antworten, die noch nicht das professionelle Hilfesystem erreicht haben, beispielsweise noch keine Sensibilisierung bezüglich des Themas Sucht durch die individuelle Beratung erfahren haben? Möglicherweise würden sie andere Aussagen tätigen, oder sich vielleicht häufiger gegen eine Abstinenz entscheiden.

Ziel dieser Arbeit sollte es sein, individuelle Gründe für eine Abstinenzentscheidung aus Klientenperspektive zu erforschen. Dabei sollte der Fokus neben der PC- und Internetproblematik ebenfalls auf komorbide Faktoren gesetzt werden. Alle Klienten, die sich für eine Abstinenz entschieden haben, konnten hierfür beim strukturierten Interview konkrete Gründe nennen. Ebenso konnten sie ihre Entscheidung auch auf einen zugrunde liegenden Leidensdruck zurückführen, diesen als „Motivator“ für eine Abstinenzentscheidung benennen. Auffällig war, dass Klienten, die sich in das ambulante Hilfesystem begeben, neben ihrer PC- und Internetproblematik weitere komorbide Störungen aufweisen. Bei den Probanden konnte ich durch das Screening-Verfahren sowie die Aussagen in den Interviews feststellen, dass ein Großteil von ihnen mit Belastungen durch Ängste sowie Depressionen konfrontiert sind. In Bezug auf den Beratungskontext erscheint es mir wichtig, diese Problembereiche im Rahmen von psychoedukativen Vorgehensweisen frühzeitig in den Fokus zu setzen und anamnestisch zu erfragen. Denn hier gilt für mich die Frage: Was war zuerst „die Henne“ oder „das Ei“? Begünstigt der exzessive PC-Konsum die komorbiden Begleitstörungen oder wird durch die komorbiden Begleitstörungen der exzessive Medienkonsum begünstigt? Diese Frage wird sich wohl nicht mit einer genauen „Trennschärfe“ klären lassen, dennoch sollte die Fragestellung im Repertoire eines jeden Beraters/Therapeuten sein, denn das Verständnis der Zusammenhänge der eigenen Problematik kann den nächsten Schritt in Bezug

auf die eigene Veränderungsmotivation begünstigen. Die Probanden haben sich mehrfach in der Vergangenheit mit ihren Verhaltensmustern in Bezug auf ihren PC-Konsum auseinandergesetzt. Spätestens beim Betreten der „Türschwelle“ in das ambulante Hilfesystem der Suchthilfe wurden sie im Rahmen des Beratungsprozesses damit konfrontiert. Bei „Lost in Space“ ist ein wesentlicher Bestandteil der Beratungsarbeit die psychoedukative Vorgehensweise in Bezug auf das Verhalten der Klienten. Eine mögliche Verfahrensweise ist es, auf grundlegende Suchtkriterien einzugehen (vgl. Schmidt, 1999). Im Rahmen der Klientenbefragung dieser Masterarbeit erschien es mir sehr auffällig, dass häufig Aussagen zur Abstinenzentscheidung oder zum Leidensdruck gemacht wurden, die an die schon bekannten Suchtkriterien erinnern. Es wäre sicherlich anmaßend zu behaupten, dass sich diese aus einer rein psychoedukativen Vorgehensweise ergeben haben. Dennoch können die Aussagen wichtiges „Handwerkzeug“ für den jeweiligen Berater/Therapeuten darstellen: In dieser Arbeit werden Gründe für eine Abstinenzentscheidung aufgeführt, die die Klienten selber genannt haben. Diese Gründe könnten in Form von z.B. zirkulären Fragen bei ambivalenten Klienten, die neu ins Hilfesystem kommen, eingesetzt werden. Die Aussagen der Klienten aus den Interviews könnten also in die Beratung als Fragestellung mit einfließen. Ebenso könnte daraus eine mögliche Methode, ein Arbeitsblatt entstehen, das zeigt, inwieweit sich Klienten in den Aussagen dieser Arbeit wiederfinden z.B.: „Welche Aussagen der Klienten treffen auf Sie zu?“ oder „Wo finden Sie sich in den Aussagen der Klienten wieder?“ Im Umkehrschluss sollen die benannten Gründe für eine Abstinenzentscheidung sowie die Aussagen über den individuellen Leidensdruck dem Klienten, der noch am „Anfang“ steht, unterstützend als Orientierung dienen. Sicherlich kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Erkenntnis in Form von spezifischen Aussagen auf alle Klienten zutrifft, die ins Hilfesystem gelangen, da in dieser Masterthesis die Probandenzahl von N=14 relativ gering ist. Durch diese Arbeit bekommt der Leser aber einen spezifischeren Erkenntnisgewinn von der Klientengruppe, die das Hilfesystem aufsucht und die in der Forschung erst seit wenigen Jahren im Fokus steht.

Problematisch für den Erkenntnisgewinn ist ebenso der Fakt, dass die Gruppe der NAVrA relativ klein ist, und daher ein Vergleich nicht repräsentativ erscheint. Die Fragen, warum sich Klienten nicht von ihren problematischen Anwendungsbereichen trennen oder warum sie noch das Gefühl oder den Wunsch

nach Kontrolle haben, erscheinen mir für weitere Forschungsarbeiten höchst interessant und relevant.

Eine wesentliche Erkenntnis aus meiner Masterthesis ist es, dass auch Klienten, die nach dem Screening-Verfahren CIUS als nicht pathologisch eingestuft werden, dennoch einen Leidensdruck verspüren oder sich laut ihrer eigenen Aussage und ihrem eigenen Empfinden als pathologisch einordnen. Es besteht die Gefahr der einseitigen Betrachtung der Klientenperspektive, da sich der Berater/Therapeut gegebenenfalls nur dem Thema Abstinenz widmet, wenn sich dies auch im Screening-Verfahren widerspiegelt. Erfahrungsgemäß erscheint es sinnvoll, den thematischen Fokus in einem Beratungsgespräch auf den Leidensdruck sowie eine mögliche Veränderungsmotivation zu setzen. Ein mögliches Resultat ist dann eine Abstinenzentscheidung des Klienten.

Wie schon weiter oben erwähnt, ist der Erstzugang von Klienten zu digitalen Medien sehr breit gefächert (vgl. Kap. 18: „... im Alter von 11-20 Jahren erstmalig Zugang zu digitalen Medien ...“). Ein Hauptaugenmerk sollte also bei der Suchtprävention liegen, die nicht nur auf das Kindes- und Jugendalter zielen sollte. Auffällig ist, dass ein Großteil der Klienten (7) das Gymnasium besuchte, gefolgt von den Klienten, die einen Realschulabschluss machten (6). Von den befragten 14 Klienten besuchte nur eine Person die Hauptschule. Ebenso hat nur eine geringe Zahl der Klienten keine Ausbildung. Eine Frage, die sich daraus eröffnet ist, ob Klienten, die von Medienabhängigkeit betroffen sind, eher einer höheren Bildungsschicht zuzuordnen sind. An dieser Stelle soll das Konstrukt „individueller Leidensdruck“ noch einmal hervorgehoben werden. Es zeigte sich im Vorfeld der Befragung, dass die Begrifflichkeit und die bewusste Empfindung dahinter für die Klienten weitestgehend unbekannt war. Durch die Thematisierung und individuelle Beschreibung des Leidensdrucks jedes Klienten zeigte es sich, wie relevant es war, dieses Thema einzubringen, und dass es eine Abstinenzentscheidung begünstigen kann. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass das Thema „individueller Leidensdruck“ von großem Wert für den Beratungskontext ist. Dies kristallisierte sich in dieser Arbeit besonders heraus und soll einen Anstoß geben für die zukünftige Beratung von Computerspiel- und Internetabhängigen. Um diese Frage und weitere Fragen, die sich im Rahmen dieser Masterthesis entwickelten, zu beantworten, bedarf es noch weiterer Forschung.

20. Kodierschema

Variablenname	Variablenlabel	Kodierung
Alt	Alter in Jahren	18-25 26-30 31-40 41-50
Geschl	Geschlecht	0=männlich 1=weiblich
Wohns	Wohnsituation	0=alleine 1=bei den Eltern 2=betreutes Wohnen
Schulwerde	Schulischer Werdegang	0=Hauptschule 1=Realschule 2=Gymnasium
Ausb	Ausbildung	0=keine 1=in Ausbildung 2=Lehre 3=Studium 4=Lehre und Studium
FamMedEin	Einfluss der Familie auf eigenen Medienkonsum	1=Ja 2=Nein
PeeMedEin	Einfluss der Peergroup auf eigenen Medienkonsum	1=Ja 2=Nein
AltMedErst	Alter bei Erstkonsum (Medienkonsum)	0=0-10 1=11-20 2=21-30 3=31-40
AbsE	Abstinenzentscheidung	0=AvrA 1=NAvrA
BenGrundAb	Grund für Abstinenzentscheidung benannt	1=Ja 2=Nein
BeschLeid	Leidensdruck beschreiben	1=Ja 2=Nein
GrünGeAb	Gründe gegen eine Abstinenz	1=Ja 2=Nein

21. Literaturverzeichnis

- Albertini, V., Dreyer, M., Groppler, A., Kiepe, K., Lindenberg, T., Müller, K. (Februar 2015). *Fachverband Medienabhängigkeit*. Abgerufen am 06. November 2016 von Position des Fachverbands Medienabhängigkeit e.V. zur Einbeziehung von entwicklungsbeeinträchtigenden Bindungskriterien bei der Altersfreigabe von Computerspielen einer Medienabhängigkeit: http://www.fv-medienabhaengigkeit.de/fileadmin/images/Dateien/Position_spielimmanente_Faktoren_02-2015.pdf
- Batra, A., Albertini, V., Bilke-Hentsch, O., Barth, G. M. & Wölfling, K. (2014). *Praxisbuch Verhaltenssucht*. Stuttgart: Thieme.
- Bischof, G., Bischof, A., Meyer, C., John, U. & Rumpf, H. J. (August 2013). *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung*. Abgerufen am 06. November 2016 von Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-DIARI): http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-DIARI-2013-Kompaktbericht.pdf
- Brand, M. & Laier, C. (20. Juni 2013). Neuropsychologie der pathologischen Internetnutzung. *SUCHT- Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, S. 143-153.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (März 2012). *EXIF- Exzessive Internetnutzung in Familien*. Abgerufen am 04. November 2016 von Zusammenhänge zwischen der exzessiven Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und dem (medien-) erzieherischen Handeln in den Familien: <https://www.bmfsfj.de/blob/93708/efad06eec43f5da5df11fa113ff47ff9/exif-exzessive-internetnutzung-in-familien-data.pdf>
- Chih-Hung, K., Ju-Yu, Y., Cheng-Sheng, C., Yi-Chun, Y. & Cheng-Fang, Y. (20. August 2011). Predictive Values of Psychiatric Symptoms for Internet Addiction in Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*, S. 937-943.
- Chou, C., Condron, L. & Belland, J. (04. Dezember 2005). A Review of the Research on Internet Addiction. *Educational Psychology Review*, S. 363-388.
- Daily Mail. (08. März 2015). *Tod im Internetcafé- Gamer spielt 19 Stunden und stirbt am PC*. Abgerufen am 05. November 2016 von www.focus.de:www.focus.de/digital/computer/tod-im-internetcafe-gamer-spielt-19-stunden-und-stirbt-am-pc_id_4529396.html?drucken=1
- Delmonico, D. & Miller, J. (2003). The Internet Sex Screening Test: comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy*, S. 261-276.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung*. (01. Juni 2012). Abgerufen am 06. November Juni von Studie der BZgA "Glücksspielverhalten in

Deutschland", 2011: <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/gluecksspiel/studie-der-bzga-gluecksspielverhalten-und-gluecksspielsucht-in-deutschland-2011.html>

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2013). *Taschenführer zur ICD–10–Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper*. Göttingen: Hogrefe.

Dreier, M., Duven, E., Kai, M., Beutel, M., Behrens, P., Holtz, S. (2013). *Studie über das Internetsuchtverhalten von europäischen Jugendlichen*. Abgerufen am 06. November 2016 von https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/verhalten/Dokumente/EU_NET_ADB_Broschue_re_final.pdf

Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. & Müller, K. (05. Januar 2015). *Konturen-Fachportal zu Sucht und sozialen Fragen*. Abgerufen am 04. November 2016 von <https://www.konturen.de/fachbeitraege/psychotherapie-bei-internetsucht/>

Egger, O. & Rauterberg, M. (1996). *Work & Organisational Psychology Unit (IfAP) , Swiss Federal Institute of Technology (ETH) Zurich*. Abgerufen am 04. November 2016 von <http://www.idemployee.id.tue.nl/g.w.m.rauterberg/ibq/report.pdf>

Eichenberg, C. & Blokus, G. (2010). Cybersexsucht: Epidemiologie, Diagnostik, Ätiologie und Therapie - Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologie in Österreich*, S. 142–154.

Fachverband Medienabhängigkeit. (2013). <http://www.fv-medienabhaengigkeit.de/fachverband.html>. Abgerufen am 04. November 2016 von <http://www.fv-medienabhaengigkeit.de/fachverband.html>

Gesamtverband für Suchthilfe Deutschland e.V. (GVS) – Fachverband der Diakonie. (25/26. Januar 2008). *Dokumentation der ersten Mediensuchtkonferenz*. Abgerufen am 04. November 2016 von http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Dokumentation/Doku_MS08.pdf

Griffiths, M. & Davies, M. (2005). *Interactive Software Federation of Europe*. Abgerufen am 06. November 2016 von [Does Video Game Addiction Exist?: http://www.isfe.eu/sites/isfe.eu/files/vg_addiction_chapter_2005.pdf](http://www.isfe.eu/sites/isfe.eu/files/vg_addiction_chapter_2005.pdf)

Hahn, A. & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Reliabilität und Validität in der Online- Forschung. *Online-Marktforschung. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis*, S. 211-234.

Hannemann, M. (13. März 2015). *Dokumentarfilm „Web Junkie“ Du kommst nach China!* Abgerufen am 06. November 2016 von Frankfurter Allgemeine-Feuilleton: <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/medien/dokumentation-web-junkie-du-kommst-nach-china-13479531.html>

- Kleining, G. (1982). Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, S. 224-253.
- Koch, A., Wlachojiannis, J. & Albrecht, U. (2011). Entwicklung und Behandlung der Computerspielabhängigkeit: eine Kasuistik. *Suchttherapie: Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*, S. 87-91.
- Kratzer, S. & Hegerl, U. (2008). Ist „Internetsucht“ eine eigenständige Erkrankung? *Psychiatrische Praxis*, S. 80-83.
- LaRose, R. (2001). "On the Negative Effects of E-Commerce: A Sociocognitive Exploration of Unregulated On-line Buying". *Journal of Computer-Mediated Communications* .
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Berlin: Springer.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2014). Jim-Studie 2014. Jugend, Information, (Multi.) Media.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (Dezember 2013). 15 Jahre Jim-Studie. *Jugend, Information, (Multi) Media. Studienreihe zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger 1998-2013*.
- Peters, C. & Bodkin, C. (2007). An exploratory investigation of problematic online auction behaviors: Experiences of eBay users. *Journal of Retailing and Consumer Services*, S. 1-16.
- Petersen, K. U. & Thomasius, R. (2010). *Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Petersen, K., Thomasius, R., Weymann, N., Schelb, Y. & Thiel, R. (2009). Pathologischer Internetgebrauch–Epidemiologie, Diagnostik, komorbide Störungen und Behandlungsansätze. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, S. 267.
- Petry, J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Plöger-Werner, M. (2012). *Wie Onlinerollenspiele süchtig machen – am Beispiel von "World of Warcraft" und "Metin2"*. Marburg: Tectum.
- Rehbein, F., Mößle, T., Arnaud, N. & Rumpf, H. J. (04. April 2013). Computerspiel- und Internetsucht- Der aktuelle Forschungsstand. *Nervenarzt*, S. 569-575.
- Rumpf, H.-J., & John, U. (16. Mai 2011). *Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW*. Abgerufen am 06. November 2016 von PAGE: Ergebnisse der repräsentativen Erhebung zu problematischem Glücksspielen unter Berücksichtigung von Genderaspekten: http://www.landesfachstelle-gluecksspielsucht-nrw.de/dokduisburg/PAGE_Dr_Rumpf.pdf?PHPSESSID=3164c59d63f20e470d7284f2677d638e

- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (31. Mai 2011). *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung*. Abgerufen am 05. November 2016 von http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf
- Schmidt, L. G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In: M. Gastpar, K. Mann, & H. Rommelspacher, *Lehrbuch der Suchterkrankungen* Stuttgart: Thieme, S. 70-82.
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelsang, M., Fischer, T., Flatau, M., Schwarz, S. (2013). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst-Verlag.
- Shapira, N., Goldsmith, T., Keck, P. J., Khosla, U. & McElroy, S. (Januar-März 2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, S. 267-272.
- Shotton, M. (1991). The costs and benefits of 'computer addiction'. *Behaviour & Information Technology*, S. 219-230.
- SPIEGEL ONLINE. (26. Juli 2001). Abgerufen am 04. November 2016 von <http://www.spiegel.de/netzwelt/web/internetsucht-die-digitale-droge-a-147070.html>
- van Eimeren, B. & Frees, B. (Juli 2014). *Media Perspektiven*. Abgerufen am 04. November 2016 von http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Onlinestudie_2014/PDF/0708-2014_Eimeren_Frees.pdf
- Volland, P. & Franke, G. (17. Januar 2012). *Hochschule Magdeburg-Stendal*. Abgerufen am 06. November 2016 von Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten Pathologischer Internetgebrauch-IAT (Young) & CIUS (Meerkerk): <http://www.franke-stendal.de/WS0910/M.Sc.I.4-2009-2010/TuE-Gleisberg-Volland-Revision.pdf>
- Wittowski, J. (1994). *Das Interview in der Psychologie: Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wöfling, K. & Müller, K. (Juni 2009). Schwere Rückkehr aus der virtuellen Welt. *Neue Caritas*, S. 14-16.
- Wöfling, K. & Müller, K. (April 2010). Pathologisches Glücksspiel und Computerspielabhängigkeit- Wissenschaftlicher Kenntnisstand zu zwei Varianten substanzungebundener Abhängigkeitserkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, S. 306-312.

- Wölfling, K., Jo, C., Bengesser, I., Beutel, M. & Müller, K. (2012). *Computerspiel- und Internetsucht: Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual (Störungsspezifische Psychotherapie)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wölfling, K., Thalemann, R. & Grüsser-Sinopoli, S. (2008). Computerspielsucht: Ein psychopathologischer Symptomkomplex im Jugendalter. *Psychiatrische Praxis*, S. 226-232.
- www.Allfacebook.de- *Social Media für Unternehmen*. (2015). Abgerufen am 24. November 2016. Von Facebook 2015: Offizielle Nutzer- und Umsatzzahlen aus dem Börsenbericht Q1/2015: allfacebook.de/news/facebook-zahlen-2015
- Yank, C., Choe, B., Baity, M., Lee, J. & Cho, J. (Juni 2005). SCL-90-R and 16PF profiles of senior high school students with excessive internet use. *The Canadian Journal of Psychiatry*, S. 407-414.
- Young, K. (1998). *Caught in the Net, Suchtgefahr Internet*. München: Kösel.
- Young, K. (Januar 1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in Clinical Practice: A Source Book (Vol. 17)*, S. 19-31.

23. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung täglicher Onlinenutzung 2006–2013 (JIM 2006–2013)	10
Abbildung 2: Gesamtmarkt Digitale Spiele 2014 (BIU, 2014)	11
Abbildung 3: Umsatz Spiele-Apps: Jahresvergleich 2013–2014 (BIU, 2014)	11
Abbildung 4: Nutzer digitaler Spiele in Deutschland (BIU, 2014).....	12
Abbildung 5: Diagnostische Kriterien für onlinespielbezogene Störung (Internet Gaming Disorder) im DSM-5 (Section III: Conditions for further Study, APA, 2013).....	15
Abbildung 6: Prävalenz der Internetabhängigkeit aus PINTA (Rumpf et al., 2011).....	18
Abbildung 7: Spielimmanente Faktoren, die süchtig machen können (King, Delfabbro und Griffith, 2010).....	22
Abbildung 8: Fragebogen der Stichprobe	27
Abbildung 9: Ampelmodell	28
Abbildung 10: Ergebnis der Befragung	29
Abbildung 11: Interviewleitfaden	36
Abbildung 12: Abstinenter oder nicht abstinenter.....	41
Abbildung 13: Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsgruppe	42
Abbildung 14: Bildung	43
Abbildung 15: Medienkonsum im eigenen Umfeld	44
Abbildung 16: Motivation	46
Abbildung 17: Auswertung der CIUS-Scale	48
Abbildung 18: Auswertung der SCL-90-R, mind. hohe psych. Belastung auf einer Skala (T>69).....	48
Abbildung 19: AvrA	49
Abbildung 20: NAVrA.....	49
Abbildung 21: Auswertung des SCL-90-R, hohe psychische Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit	50

24. Beispielinterviews

Beispielinterview I:

I: Gut, vielen Dank für Deine Zeit für das Interview heute (...). Vielleicht sagst Du mir etwas zu Deinen demografischen Daten: Alter, Geschlecht und aktuelle Wohnsituation. #00:00:09-1#

B: Ja "lacht", ich bin weiblich, bin 29 und wohne alleine (..) in Berlin. #00:00:16-2#

I: Wie sieht es aus mit der Frage Bildung: Schulischer Werdegang, Ausbildung, Studium und andere? #00:00:24-2#

B: Ja, ich habe halt Abitur gemacht und danach studiert. #00:00:30-3#

I: Was für ein Studium hast Du gemacht? #00:00:31-4#

B: Angewandte Ernährungswissenschaften. #00:00:33-5#

I: Ernährungswissenschaften, und was hast Du für einen Abschluss gemacht? #00:00:35-6#

B: Diplom. #00:00:36-7#

I: Okay, wie ist ähm (...) Dein aktueller Medienkonsum und ähm, wie hast Du vielleicht einmal rückblickend (...) Du bist jetzt 29, was waren so die Zugänge zur digitalen Medien ähm, was waren, woran kannst Du dich erinnern? Was hast Du wie zu welchem Alter bekommen, gehabt, was war für Dich eine bestimmte Rolle auch eine wichtige? Was hatten Deine Eltern und dein soziales Umfeld, oder Peergroups vielleicht auch in der Pubertät für einen Einfluss?

B: Also für mich gehört ja auch der Fernseher dort hinein. Da war es so, dass ich keinen eigenen Fernseher gehabt habe als ich noch bei meinen Eltern gewohnt habe, auch später, ich habe eigentlich nie einen Fernseher besessen.

Aber ich habe natürlich auch immer Fernsehen geguckt und ähm (..) als ich klein war, als Kind und auch als Jugendliche. Wobei das auch oft mit negativen Gefühlen belegt war. Meine Eltern haben Fernsehgucken oft als Zeitverschwendung angesehen und das hat sich dann bei mir auch so eingebrannt. Deswegen war es auch immer mit einem schlechten Gefühl verbunden und einem schlechten Gewissen. Teilweise ähm, haben mein Bruder und ich dann teilweise heimlich gemacht. Dann Computer, habe ich dann auch erst zum Studium besessen. Also wir hatten als Familie einen ähm, aber den habe ich aber auch nur für Schreiarbeiten genutzt oder für Recherchen. Das kam erst später im Studium (..) wo ich dann einen eigenen Rechner hatte und dann für das Studium viel recherchiert habe (..) und generell immer sehr viel recherchiert habe, da kam das irgendwann mit dem (...) Streaming, also von Serien, und Filme gucken (..) ähm, was dann auch generell Freunde von mir gemacht haben. Dadurch bin ich ja auch darauf gekommen und dann ja, das immer mehr gemacht und im Laufe des Studiums ist es immer mehr geworden und dann auch zu viel dann, das ich dann das Studium vernachlässigt habe, ja Freunde vernachlässigt habe, das ich dafür generell (...) den Alltag. Ja, dann habe ich nach dem Studium, eigentlich schon während des Studiums schon einmal versucht etwas dagegen zu tun aber das ähm, habe ich dann in der Zeit als ich die Diplomarbeit geschrieben habe, dass es alles ein bisschen viel ist wenn ich das Problem angehe (...) und ähm, deswegen habe ich erst so richtig nach dem Studium angegangen und dann wurde es Schritt für Schritt weniger, weil ich ja immer mehr gemerkt habe, was eigentlich daran problematisch ist und das am Anfang es mir nicht klar war, dass es auf eine Abstinenz hinausläuft und (...) ja, im Moment ist es so, dass ich keinen Rechner zuhause, kein Internet, kein Smartphone (...) kein Fernseher (..) und gehe, so einmal die Woche in die Bibliothek um Recherchen zu machen, oder Erledigungen, sowas im Internet zu tun ist. Und da ist sowieso von der Bibliothek schon begrenzt auf eine Stunde (...) was ganz gut ist für mich, weil dann muss ich wirklich entscheiden: Was ist wichtig, ja.

#00:03:57-8#

I: Wie sieht denn Deine aktuelle Abstinenzentscheidung aus? Hast Du ja in der Frage, im Vorfeld schon beantwortet. Vielleicht kannst Du dich noch an das Ampelmodell erinnern? Kannst Du vielleicht kurz skizzieren was ist für Dich Rot?

Hast Du für Dich das Ampelmodell genutzt und für was hast Du dich entschieden? #00:04:14-9#

B: Ja, also rot ist wie gesagt das Fernsehen ähm (...) dann (...) Serien gucken, auf jeden Fall. Das ist eigentlich mein größtes Problem gewesen ähm, dann Smartphone auch, weil ich hatte es probiert, hatte damit auch Rückfälle (..) und die anderen Bereiche möchtest Du auch noch wissen, oder? Ja, okay im gelben Bereich sind generelle Recherchen im Internet, das, wirklich, dass ich das zeitlich begrenze und auch mir bewusster mache und vorher genau entscheide was für mich wichtig ist (..) ähm (...). Auch sogar Bibliotheksrecherchen mit Büchern, ist auch eingeschränkt, gehört aber nicht zu den Medien. Also schon, aber nicht zu den digitalen Medien (..) ähm (...) ja. Im grünen Bereich ist dann sowas wie Kino und irgendwelche Textverarbeitung, Onlinebanking und solche Sachen. Ich weiß nicht ob ich jetzt alles genannt habe. #00:05:39-10#

I: Das gibt mir schon mal einen Eindruck. Kannst Du mit dem Begriff Leidensdruck etwas anfangen? Was hat Dich denn letztendlich dazu bewegt, dass dann so konsequent durchzuziehen? Könntest Du das beschreiben, was sind das für Gründe gewesen? #00:05:48-11#

B: Ja, ähm, wie gesagt, am Anfang dachte ich auch das, dass es kontrollierten Umgang gibt, dass es schon irgendwie möglich ist (..) und habe es immer wieder versucht und weil es immer wieder zu viele Rückschläge, zu viele Rückfälle und ähm, in denen ich auch richtig gemerkt habe wie (..), ja wie selbst, ich das gerade nicht unter Kontrolle habe und ähm (...) wo ich dann einfach eingestehen musste, dass es nicht funktioniert. Zum Beispiel bei Serien habe ich dann mit meinem damaligen Freund dann haben wir eine Serie zusammen geguckt und dann immer nur eine Folge zusammen, oder naja, es waren schon mal zwei Folgen oder drei. Es war aber so, dass wir wirklich gesagt haben, wie gucken das zusammen aber ich habe dann doch gemerkt wie ich dann alleine dann auch nochmal geguckt habe (..) ähm, da habe ich gemerkt, so dieses kontrollierte, das scheint für mich nicht zu funktionieren. Ähm (...) ja, und deshalb habe ich mich dann dafür entschieden, für die Abstinenz, zu mindestens in den Problembereichen, die Schlimmsten und ähm, es ist aber so eine Sache, vielleicht probiere ich es dann noch mal aus. Ja, wie es doch geht. Ich habe es

noch nicht definiert in welchem Zustand ich dafür sein muss, aber ich weiß, dass ich jetzt noch nicht so weit bin. Ich möchte schon irgendwann mal wieder Internet zuhause haben und einen Rechner, aber jetzt geht das noch nicht.
#00:07:22-12#

I: Okay, vielen Dank, das war es schon. #00:07:25-13#

B: Okay. #00:07:28 -14#

Beispielinterview II:

I: Ja, vielen Dank für Deine Zeit, für das Interview. Ich würde Dich einfach ein Stück weit befragen. Dann fangen wir mal an mit demografischen Daten. Sag mir doch einmal was zu Deinem Alter. Geschlecht, Wohnsituation. #00:00:10-1#

B: Ähm, ich bin 26, männlich und wohne alleine in Berlin-Reinickendorf. #00:00:22-2#

I: Würdest Du mir mal was zu Deiner Bildung erzählen, zu Deinem Bildungsweg bis heute. #00:00:27-3#

B: Ähm, normale Oberschule gemacht Gesamtschulabschluss. Danach ein Jahr rumgesessen ähm, Ausbildung gemacht. Nach der Ausbildung, nachträglich Abitur nachgeholt und dann jetzt, sozusagen im Studium, seit dem. #00:00:41-4#

I: Was studierst Du? #00:00:43-5#

B: Informatik. #00:00:44-6#

I: Jetzt geht es um den Medienkonsum und den Medienkonsum in Deinem sozialen Umfeld. Du bist 26. Vielleicht dass Du einfach mal Rückschau (...) hältst, was waren Deine ersten Zugänge zu neuen Medien wie Computer, Internet oder Konsolen und wie hat sich das entwickelt, fortlaufend, und wie ist es aktuell heute? #00:01:01-7#

B: Ähm, angefangen hat es vermutlich bei meinem Vater. Der hat keine Ahnung von Erziehung. Der hat mich Spiele spielen lassen, die zu dem Alter auf jeden Fall nicht angemessen waren. Irgendwann hatte ich dann auch eine eigene Konsole, sage ich mal, bei meiner Mutter und (...) in der Schulzeit war das extrem was die, was das Spielen betrifft, die Zeit. Heute etwas geregelter aber tendenziell immer noch zocken als (...) Hausaufgaben oder so, immer noch etwas zu viel, nicht so extrem viel, wie in der Schulzeit. #00:01:39-8#

I: Waren Spiele deine Schwerpunkte auf Computer oder Konsole? #00:01:41-9#

B: Ja, hauptsächlich. PC- Spiele hauptsächlich. #00:01:47-10#

I: Wie ist so das Verhalten Deiner Peergroup gewesen, deines Freundeskreises in der Pubertät, in der Entwicklungsphase so gewesen. Kannst Du dich daran noch erinnern? #00:01:58-11#

B: Nicht so extrem, aber auch, sage ich mal mit zocken. Ich sage mal die Leute, die dann Deine Interessen teilen, haben dann kaum noch Zeit. Auch heute. Wobei ich auch ein paar kenne, die auch Tag- und Nacht davor sitzen aber (...) eher ich war einer der extremeren Fälle. #00:02:20-12#

I: Wie sieht Deine Abstinenzentscheidung aus in Bezug auch auf das Ampelmodell? Vielleicht kannst Du das Ampelmodell einfach mal (..) nennen oder beschreiben wie Du es nutzt und hast Du dich für oder gegen eine Abstinenz entschieden? #00:02:33-13#

B: Das Ampelmodell war das ähm, was problematisch ist oder eher völlig frei zu benutzen ist, ohne Probleme bereitet? Ach, habe ich jetzt nicht explizit aufgestellt, da das phasenbedingt ja auch ganz unterschiedlich sein kann. Ich persönlich bin ganz stark gegen eine Abstinenz bei mir, weil mein engster Freundeskreis aus Leuten besteht, mit denen ich leider nur die Möglichkeit habe über den PC zu zocken, weil die in Leipzig oder Magdeburg oder sonst so wohnen. Und ähm, für mich die Frage, dass mir die Freundschaft einfach wichtig ist. Wir sitzen manchmal nur im TeamSpeak, quatschen miteinander. Sonst könnte ich mit denen gar nicht kommunizieren. Daher wäre Abstinenz keine Option für mich #00:03:13-14#

I: Aber welche Gründe führen für Dich dafür oder aus Deiner Sicht dagegen? #00:03:26-15#

B: Ähm, erst einmal hauptsächlich wenn man schon Kontakte hat, das man diese dann abrechnen müsste, also wenn diese dann nur über Internet funktionieren. Für mich, ich studiere ja Informatik ist ein Leben ohne Medienkonsum relativ schwierig. Ich brauche die Medien allein schon für die Uni. Ich brauche das Internet für die Uni anhand von Hausaufgaben, Übungsblättern und Vorlesungszetteln ähm, und ein Großteil der Sachen die nur mal mit dem Computer, mit Informatik zu tun haben, laufen über das Internet. Also wäre es eher die Sache zusätzliche Kompromisse, Alternativen zu suchen anstatt das einzudämmen. Dann müsste ich meinen Studiengang wechseln. #00:04:06-16#

I: Kannst Du etwas mit dem Begriff Leidensdruck anfangen? #00:04:09-17#

B: Leidensdruck, schon einmal gehört. #00:04:10-18#

I: Würdest Du, ich wiederhole mal meine Frage, hast Du das Gefühl, dass ein Leidensdruck zu einer Abstinenz führen könnte wenn Du mehr Schwierigkeiten im Alltag hättest? Oder würde Dich das eher Motivieren Deinen Konsum In den Griff zu bekommen, unter Kontrolle zu bekommen? #00:04:47-19#

B: Für mich ist es eher (...) "lacht", eigentlich eine widersprüchliche Sache. Zum einen führt es mehr dazu, dass man mehr Probleme hat. Je mehr ich leide, desto mehr zocke. Je mehr ich zocke, desto mehr leide ich. Das meine Tagesstruktur noch mehr flöten geht oder irgendwelche Sachen gemacht werden. Auf der anderen Seite brauche ich das Internet an der Stelle, die Medien an der Stelle auch um aus der Situation ein bisschen Abwechslung zu bekommen und nicht permanent nur daran zu denken oder mich auseinanderzusetzen. #00:04:58-20#

I: Da beißt sich die Katze in den Schwanz so ein bisschen? #00:05:00-21#

B: Ja genau. #00:05:02-#

I: Gibt es sonst etwas was Dir wichtig ist dann noch zu erzählen zu Deinem Medienkonsum?

B: Ähm (...) wie gesagt, der ist sehr variabel je nach dem auch Leidensdruck-technisch wenn ich mehr Stress habe in der Uni ähm, und wie viel Zeit ich habe. Ich priorisiere auch zocken vor anderen Dingen wenn ich wenig Zeit habe. Ähm, wenn ich jetzt wieder Semesterferien habe möchte ich auch z.B. wieder Bücher lesen oder ausgehen etc. In der Uni ist es einfach zeittechnisch nur okay: Hausaufgaben und halt irgendetwas anderes und dann zocken und Haushalt. #00:05:32-22#

I: Gut (..) dann war es das schon. Vielen Dank für Deine Zeit #00:05:49-23#

Beispielinterview III:

I: Ja (.), schönen guten Morgen, vielen Dank dass Du Zeit hast für mein Interview, ähm, vielleicht sagst Du einfach mal was zu Dir, zu Deiner Person, Alter, Geschlecht und derzeitige Wohnsituation #00:00:12-1#

B: Also, ich heiße Sebastian, ähm, bin 33 Jahre alt, ähm, wohne alleine lebend. ähm, im Moment pendele ich zwischen Berlin und Trebbin aufgrund von eine Umschulung als Fluggeräteelektroniker und (...), ja, bin, .was war das noch? #00:00:43-2#

I: Noch etwas zu Deiner Wohnsituation #00:00:44-3#

B: Wohnsituation, naja, dass ich pendele und beide sind jeweils eine Einraumwohnung und (...), ähm, (..). ja. Ich versuche mich gerade als Dorfmensch. "lacht" einzuleben, ähm, Berlin ist irgendwie ein wenig zu große geworden., zu laut, so die Entwicklung von Berlin beunruhigt mich auch so ein bisschen und, ja einfach mal eine Luftveränderung durch das Praktikum, es tut mir gut, ähm, weil ich auf dem Dorf ist nicht alles gleich erreichbar, so dass ich auch mal raus muss, dann halt mit dem Fahrrad fahre um Dinge zu erledigen, einzukaufen, ähm, dort habe ich halt, ähm, aufgrund der Vergangenheit mit Mediensucht eben kein Fernseher mitgenommen und stattdessen. ähm, ein elektronisches Klavier, da jetzt in den letzten Tagen habe ich wieder damit anzufangen das zu spielen weil ich in der Reha daran Spaß gefunden hatte, weil ich immer in frühester Kindheit in der Schule mal damit angefangen hatte#00:02:14-4#

I: Vielleicht sagt Du mir jetzt was zum Thema Bildung als Oberbegriff, schulischer Werdegang, Ausbildung, Studium und andere #00:02:19-5#

B: Hm, also, ähm, ich hatte eine Gesamtschule besucht, insgesamt 10 Jahre und habe, ähm, damals den Realschulabschluss, ähm, erreicht, ähm, das war 1999 und bin danach auf so eine berufsvorbereitende Schule gegangen, hab, ähm, anschließend, also das war ein Jahr diese berufsvorbereitende Schule, und habe dann eine Ausbildung zum Kaufmann für Bürokommunikation abgeschlossen 2004. (...), habe in der Firma in der ich die Ausbildung gemacht hatte

auch noch weitergearbeitet und als es nach zwei Jahren nicht weiterging, ähm, bin ich noch als Schaustellergehilfe ein bisschen durch Deutschland getingelt, ähm, habe mich, ähm, irgendwie auch ein bisschen unterfordert gefühlt (...) und da ging es auch schon ein bisschen los mit, ähm, exzessiven PC-Spielen und Depressionen, sage ich mal, und 2007 war schon so die erste Phase wo es halt losging und als mich meine Mutter und mein Bruder da das erste Mal aus so einer schweren Krise rausgeholt haben, da war dann so der Gedanke, ähm, (...) irgendwie und irgendwo was sinnvollereres zu machen außer so niedere Arbeiten, sage ich mal in Gänsefüßchen, naja was heißt niedere Arbeiten, die müssen ja auch mal gemacht werden, weil ich finde um höhere Arbeiten zu machen wie Leitungspositionen, oder so mal irgendwas zu machen, ist es sinnvoll, halt auch die kleineren Arbeiten zu machen um da auch mal Bescheid zu wissen. Auf jeden Fall habe ich mich dort dann 2008 angefangen das Abitur nachzuholen, ähm, habe also 2008 auf 2009 das Fachabitur gemacht und 2009 und 2010 die allgemeine Hochschulreife, ähm, relativ gut gemacht in meinen Augen. Ich war dann nochmal 2011 und 2012 als Lagerhilfe angestellt (..) und dann gab es nochmal eine Phase, nachdem es da nicht weiterging obwohl ich ein gutes Arbeitszeugnis hatte (..) hat es trotzdem nicht dafür gereicht weiter beschäftigt zu werden, da (..) war dann Mal eine Krise und dann ging es, war ich 2013 bei einem Psychiater irgendwann dann halt bei Lost in Space, bin ich dann aufgeschlagen und hab Dich dann ja kennengelernt und dann ging es dann 2014, Anfang 2014 zur Reha und (..) nach der Reha, ähm, hat mir die Nachsorge ganz gutgetan und ähm, eine Maßnahme vom Arbeitsamt um mich da ja beruflich zu orientieren, was dann auch mal fordernder wäre und was eher zu mir passen würde und das hat dann auch relativ gut geklappt dann auch, ähm, im Oktober 2014 habe ich ja den Fluggerätelektroniker angefangen (..) zu lernen, ich bin jetzt auch im Praktikum seit Anfang des Jahres 2016 angekommen und (..) ähm, ja, der Abschluss soll dann Ende Januar 2017 sein (..) und ich bin auf einem guten Weg dahin. #00:06:39-6#

I: Vielen Dank. Medienkonsum im sozialen Umfeld: Vielleicht fangen wir einfach mal bei Deinem Medienkonsum an, vielleicht so Revue passierend. #00:05:58-7#

B: Ähm, der Medienkonsum (..), also, ähm, (...), ja es hat schon ziemlich früh mit, ähm, langen Fernsehschauen, aufgrund meines Stiefvaters, der auch im-

mer fast den ganzen Tag den Fernseher laufen hat und (..) als Kind hat ich auch irgendwann einen eigenen Fernseher im Zimmer (..), dann war es nicht so weit ab, so dass ich schon, ähm, während der ganzen Schulzeit ziemlich viel Zeit vor (..) TV und PC verbracht hatte, das hat sich auch so quer durch die, ähm, Ausbildung und Arbeiten und Berufsschule, sodass wenn man es hoch nimmt, ähm, gute zwanzig Jahre (...), ähm, (...) einen großen Bereich meines Lebens eingenommen hat, also man könnte auch sagen, ein exzessiven Computer- und Medienkonsum über einen ziemlich langen Zeitraum (..), ähm, und, ist, war, oder ist immer noch, ähm, allerdings habe ich durch die Zeit bei „Lost in Space“ und Reha und Nachsorge es reduzieren können (..), so dass es nicht mehr wie in schlechten Zeiten oder (..), Hochphasen oder so, 12-16 Stunden täglich Zeit eingenommen hat, ähm. Es gibt heute manchmal noch Tage wo ich (..) über gar keinen Antrieb verfüge. Da geht schon einmal ein Samstag drauf, das ich ja auch mal vorm Fernseher oder PC hängen bleibe aber das hat sich schon drastisch verringert, ähm (...) im Moment ist es so, dass ich in der Woche in Blankensee nicht so viele Möglichkeiten habe, ähm, da ich jetzt ja mich so ein bisschen Umgestellt habt, also in Blankensee (...) halt, ähm, nicht großartig den Kühlschrank fülle, so dass ich halt gezwungen bin (..) auch mal rauszufahren und einkaufen zu fahren, das sind auch nochmal eineinhalb Stunden in Anspruch, ähm, nach einem Tag Praktikum das von 08.00Uhr bis 17.00Uhr geht, sind dann auch nochmal dreieinhalb Stunden für Einkaufen weg. Dann will ich mir angewöhnen Klavier zu spielen, das nimmt auch nochmal ein-zwei Stunden in Anspruch und habe da eher weniger Zeit für Computersachen und, ähm, macht mich stellenweise zufriedener als hat die Zeit vorm PC, die ich verbracht hatte. #00:10:31-8#

I: Das Konsumverhalten von Peergroups, Freundeskreis, Bekannten oder Medienkonsum in Deinem sozialen Umfeld. Was hatte das für einen Einfluss auf Dich. #00:10:40-9#

B: Ähm, ja, mein Stiefvater ist halt auch eine Fernsehheule, also, so dass er, da ein Großteil des Tages auch der Fernseher lief. Wenn ich halt alleine war (..), ja, war halt auch die Versuchung da. Damals als Kind daran anzuknüpfen, sage ich mal, oder es selber zu machen, was mich interessiert hätte. Das hatte schon, war schon eher prägend, hat schon die Entwicklung geprägt aber auch Einflüs-

se wie, ähm, die Schule, also mit Kammeraden (..) wenn da irgendwie gehänselt wurde oder so, hat man sicher eher weiter verkrochen . Also (..), das hat halt verschiedene Einflüsse halt gehabt, also so viel Familie als auch die Schule, ähm, wo am Anfang das Leben Stande und da hat es schon einen sehr großen Einflussbereich gehabt. #00:11:57-10#

I: Jetzt geht es um die Motivation in Bezug auf Deinen PC-Konsum, also die Motivation, ähm, was hatte die für einen Einfluss auf Deinen Medienkonsum? Du kannst Dich sicherlich noch an das Ampelmodell erinnern und wie sieht denn Deine Abstinenzentscheidung aus in Bezug auf die Ampel? Gib es eine Abstinenzentscheidung? Für was hast Du dich entschieden, dafür oder dagegen? #00:12:18-11#

B: Ähm, es gibt halt eine Ampel (..) also, ich habe mich eher für dieses Ampelmodell entschieden, also nicht komplette Abstinenz. Einfach aus dem Grund, weil viele Kontakte, also mir fällt es leichter mit Kontakten zu schreiben und daher habe ich, ähm, mich dazu entschieden, dass ich halt sage: Okay(..) es gibt Bereiche auf der Ampel halt, dass ich halt (..) nicht komplett abstinert bin (..) sondern eben im digitalen Zeitalter eben die Kommunikation aufrecht erhalten um nicht noch weiter wieder alleine zu sein, um ja, ähm, wieder in die Abwärtsspirale zu geraten, was ja (...), was ich feststellen musste, beim Rückfall (..) ziemlich schnell gehen kann und ich sage mal (...) wenn man irgendwo, ähm, sein Leben, so, ja sich so seinen Selbstwert aufbaut, an einem gesünderen Fundament arbeiten will, dass man sein Selbstwertgefühl halt auf mehreren Säulen aufbauen will, dann kann man es schaffen, sage ich mal. Also die Arbeit ist eine ziemlich große Säule, dann (..) wenn man Hobbies hat und andere Beschäftigungen, wo man auch Spaß daran hat, ist es weiterhin nach einer Ampel weiterhin Medien zu nutzen. #00:14:12-12#

B: Hast Du denn gewisse Bereiche jetzt kategorisch ausgeschlossen? Wenn Du diese nutzt geht es ins unermessliche? Wie verfährt Du weiterhin damit? Oder hast Du einfach gesagt, diese werden eingeschränkt im Verhalten oder gibt es Bereiche, die Du beispielsweise in der Zeit von „Lost in Space“ oder der Nachsorge komplett gestrichen hast, die Du gar nicht mehr nutzt? #00:14:30-13#

I: Ähm, Ich habe einige Sachen ausgeschlossen. Was mich so angefixt hatte waren so Rollenspiele(..), ähm, Aufbaustrategiespiele. Also das war ja, es ging ja querbeet. Ich habe mich ja nicht für irgendetwas festgelegt, sondern weiß jetzt halt, dass einige Spiele, so, ähm, im roten Bereich sind, den ich jetzt nicht mehr anfasse. Was ich halt allerdings noch gemacht habe, ähm, war ein Spieletitel, da wolle ich unbedingt wissen wie die Geschichte ausgeht. Das habe ich auch noch fertiggemacht "lacht". #00:15:13-13#

B: Da kugelt gerade eine Flasche runter #00:15:15-14#

I: Ähm, ja, danach habe ich das auch ziemlich konsequent durchgezogen. Also diese Spielereihe auch gar nicht mehr, ähm, angefasst. So war auch jeden Fall das Bedürfnis danach befriedigt (..) und habe bis jetzt auch nicht mehr das Verlangen irgendwie, ähm, da irgendwie weiterzumachen, also (..) es klappt, also, es gibt da noch Spiele die im gelben Bereich sind, wo ich sage: Okay (..), ähm, die fördern nicht großartig meine Motivation aber zu einer stundenlangen, tage-langen und, irgendwie mich vorm Bildschirm zu hocken. Das einzige, was ich vielleicht in den roten Bereich schieben sollte, was ich noch nicht gemacht hatte, ähm, sind so YouTube-videos (...) ,ähm, da bin ich aber dabei, das in den roten Bereich zu schieben, weil ich da sage: Okay (...), ähm ,ja, ähm, ich finde, ähm dadurch, da das Ampelmodell doch eher dynamisch sein sollte, also das man immer mal wieder guckt, was geht, was nicht. Das man dann sagt: Okay, da hast Du dich vielleicht ein bisschen überschätzt oder unterschätzt (..), die Wirkung, was vielleicht auch zum roten Bereich werden kann, falls es doch zu viel Zeit frisst und doch, ähm, das man doch einiges vernachlässigt, ähm, so finde ich das Ampelmodell für das digitale Zeitalter angemessener als zu sagen: Okay: Abstinent, man verschließt sich dadurch zu viel vor der Gesellschaft finde ich, wenn man den Weg geht. #00:17:22-15#

B: Vielleicht meine abschließende Frage: Hat Dein Leidensdruck einen Einfluss auf Deine Abstinenzentscheidung oder auf Dein so genanntes individuelles Ampelsystem? Hattest Du einen Antrieb was Du als Leidensdruck bezeichnen würdest? #00:17:31-16#

I: Also (...) es gab so, ähm, Phasen wo ich teilweise schon gemerkt habe, ich weiß nicht ob es dazu zählt, ähm, dass mir das schon ein bisschen gefehlt hat. Also, so typische Entzugserscheinungen (..) und, ich weiß nicht, Leidensdruck? #00:18:04-17#

I: Genau, gab es Gründe warum Du damit aufgehört hast so viel zu spielen oder ist Leidensdruck vielleicht auch eine Form der Motivation? Also Entzugssymptomatik, kann ich das so verstehen, es Dir dann Sorge bereitet hat, dass du diese hast und gemerkt #00:18:23-18#

B: Also Entzugserscheinungen, nein, eher wie ein Alkoholiker, halt Entzugsercheinungen, dass ich nicht wusste wohin mit meinen Händen oder sowas halt. Nein, Motivation war schon, dass ich mir eher gewünscht habe mehr Kontakte, nicht ganz so alleine zu sein und das es mir halt, ähm, irgendwo auch so ein bisschen, also ich habe mir, ähm, auch zu so krassen Zeiten wo ich 12- 16 Stunden vor der Kiste gesessen hatte, einfach gesagt irgendwie ist das nicht der richtige Weg, so irgendwo ist es zu viel, wäre vielleicht interessanter mal so in Richtung normales Leben was andere schaffen(..), eine vernünftige Arbeit zu finden, ähm, vielleicht mal einen Partner zu finden, ähm, das was eigentlich, ähm, andere als normal bezeichnen, was vielleicht einmal selbst erleben und nicht nur irgendetwas, was vorgegeben ist in diesem virtuellen Welten ist alles vorgegeben und Du fügst dich dem nur, hast daran zwar Spaß, aber (...) wenn die Flimmerkiste wieder aus ist.. #00:19:59-19#

I: vorbei #00:20:00:00-20#

B: lacht, ja. Was mir immer wieder aufstößt ist halt so (..) durch diese lange Zeit dieser Mediensucht, ähm, finde ich es unheimlich schwierig eben, dieses normale Leben, ähm, also was für andere völlig banal ist, wo ich vielleicht Leute kennenlernen kann, anzuquatschen und zu sagen: Ey wie geht es Dir, ähm, einfach kennenzulernen. Was für mich manchmal oder in manchen Situationen nicht nachvollziehbar ist, ist einfach manchmal zu komplex. Ja, einfach schwierig zu managen (..), das anzugehen und, ähm, also ich habe manchmal die Neigung lieber wieder diesen alten, einfach Weg zu gehen und wieder den Knopf anzumachen, wie so eine Erleichterung. Aber es hindert einen doch ir-

gendwie daran da weiter zu machen, wohin ich eigentlich hinarbeiten wollte.
#00:21:33-21#

I: Okay, vielen Dank für das Interview. #00:21:34-22#

B: Gern geschehen. #00:21:35-23#

25. Beispielscreener

CH 2910716

6 ANHANG

108

A10: Fragebogen Symptom-Checkliste – SCL-90-R

Code: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich Bildungsstand: <input type="checkbox"/> Haupt-/ Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> derzeit Student/in <input checked="" type="checkbox"/> bgeschl. Studium <input type="checkbox"/> anderes	SCL- 90-R
--	--------------

Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie **während der vergangenen sieben Tage bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2 3		4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...

Rückenschmerzen	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4		

	überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	stark 3	sehr stark 4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...					
1	Kopfschmerzen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
2	Nervosität oder innerem Zittern				0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
3	immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
4	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
5	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
6	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
7	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
8	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
9	Gedächtnisschwierigkeiten				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
10	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
11	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
12	Herz- und Brustschmerzen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
13	Furcht vor offenen Plätzen oder auf der Straße				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
14	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
15	Gedanken, sich das Leben zu nehmen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
16	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
17	Zittern				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
18	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
19	schlechtem Appetit				0 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
20	Neigung zum Weinen				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
21	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
22	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
23	plötzlichem Erschrecken ohne Grund				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
24	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
25	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
26	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
27	Kreuzschmerzen				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
28	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
29	Einsamkeitsgefühlen				0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4
30	Schwermut				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4

	überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	stark 3	sehr stark 4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...					
31	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Furchtsamkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Herzklopfen oder Herzjagen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Schwierigkeiten beim Atmen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Leere im Kopf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
58	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	dem Drang, sich zu überessen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark			
0	1	2	3	4			
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...							
61	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	frühem Erwachen am Morgen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	unruhigem oder gestörtem Schlaf		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	starker Befangenheit im Umgang mit anderen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Schreck- und Panikanfällen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	dem Gefühl, wertlos zu sein		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87	dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	Schuldgefühlen		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CA 240716

Diagnoseinstrument: CIUS - Compulsive Internet Use Scale

Quelle: Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(1), 1-6. Übersetzung ins Deutsche von Kay Uwe Petersen, Universität Tübingen.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
1. Wie häufig finden Sie es schwierig, mit dem Internetgebrauch aufzuhören, wenn Sie online sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie häufig setzen Sie Ihren Internetgebrauch fort, obwohl Sie eigentlich aufhören wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie häufig sagen Ihnen andere Menschen (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde), dass Sie das Internet weniger nutzen sollten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie häufig bevorzugen Sie das Internet, statt Zeit mit anderen zu verbringen? (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie häufig schlafen Sie zu wenig wegen des Internets?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie häufig denken Sie an das Internet, auch wenn Sie gerade nicht online sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie oft freuen Sie sich bereits auf Ihre nächste Internetsitzung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie häufig denken Sie darüber nach, dass Sie weniger Zeit im Internet verbringen sollten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie häufig haben Sie erfolglos versucht, weniger Zeit im Internet zu verbringen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie häufig erledigen Sie Ihre Aufgaben zuhause hastig, damit Sie früher ins Internet gehen können?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie häufig vernachlässigen Sie Ihre Alltagspflichten (Arbeit, Schule, Familienleben), weil Sie lieber ins Internet gehen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie häufig gehen Sie ins Internet, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie häufig nutzen Sie das Internet, um Ihren Sorgen zu entkommen oder um sich von einer negativen Stimmung zu entlasten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie häufig fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder gereizt, wenn Sie das Internet nicht nutzen können?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Handwritten notes on the right side of the table, including question numbers and symbols like question marks, circles, and arrows.

Cut Off Wert der "Compulsive Internet Use Scale" - CIUS

Die CIUS setzt sich aus 14 Items zusammen. Für die Diagnosestellung werden die fünfstufigen Items aufaddiert, so dass die Skala einen Wert zwischen 0 und 56 Punkten annehmen kann.
(nie = 0, selten = 1, manchmal = 2, häufig = 3, sehr häufig = 4)

Es wird davon ausgegangen, dass ab 28 Punkten ein pathologischer Internetkonsum bestehen könnte. Laut PD Dr. phil. Rumpf ist dieser Cut Off Wert in Deutschland noch nicht validiert.

Quelle: Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(1), 1-6.
Übersetzung ins Deutsche von Kay Uwe Petersen, Universität Tübingen.

Pruin, Niels (2012) *Therapiekonzept & Behandlungsmaterial bei pathologischem Internetkonsum*
Seite 2

A10: Fragebogen Symptom-Checkliste – SCL-90-R

Code: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Bildungsstand: <input type="checkbox"/> Haupt-/ Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> derzeit Student/in a <input type="checkbox"/> bgeschl. Studium <input type="checkbox"/> anderes	SCL- 90- R
--	---------------

Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie **während der vergangenen sieben Tage bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2 3		4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...

Rückenschmerzen	0	1	2	3	4
-----------------------	---	---	---	---	---

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	0	1	2	3	4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...					
1	Kopfschmerzen				0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
2	Nervosität oder innerem Zittern				0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
3	immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen				0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
4	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
5	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität				0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
6	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
7	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
8	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind				0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
9	Gedächtnisschwierigkeiten				0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
10	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit				0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
11	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4
12	Herz- und Brustschmerzen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
13	Furcht vor offenen Plätzen oder auf der Straße				0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
14	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4
15	Gedanken, sich das Leben zu nehmen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
16	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
17	Zittern				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
18	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4
19	schlechtem Appetit				0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
20	Neigung zum Weinen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
21	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht				0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 4
22	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
23	plötzlichem Erschrecken ohne Grund				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
24	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
25	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
26	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge				0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
27	Kreuzschmerzen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
28	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen				0 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
29	Einsamkeitsgefühlen				0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
30	Schwermut				0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	0	1	2	3	4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...					
31	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen				<input checked="" type="checkbox"/> 4
32	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren			<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33	Furchtsamkeit	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35	der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
37	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
38	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4
39	Herzklopfen oder Herzjagen	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
40	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
41	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4
42	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
43	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
44	Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4
45	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4
46	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4
47	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
48	Schwierigkeiten beim Atmen	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
49	Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
50	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
51	Leere im Kopf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
52	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
53	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
54	einem Gefühl der Hoffungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4
55	Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4
56	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
57	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4
58	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
59	Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
60	dem Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	
	0	1	2	3	4	
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...						
61	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden					0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4
62	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
63	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
64	frühem Erwachen am Morgen					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
65	zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
66	unruhigem oder gestörtem Schlaf					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
67	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
68	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen					0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
69	starker Befangenheit im Umgang mit anderen					0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4
70	Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
71	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
72	Schreck- und Panikanfällen					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
73	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
74	der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
75	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
76	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere					0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
77	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
78	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können					0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
79	dem Gefühl, wertlos zu sein					0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4
80	dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird					0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
81	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen					0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
82	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
83	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
84	sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind					<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
85	dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten					0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
86	schreckenregenden Gedanken und Vorstellungen					0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
87	dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist					0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
88	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
89	Schuldgefühlen					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4
90	dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist					0 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4

MT 21.02.

Diagnoseinstrument: CIUS - Compulsive Internet Use Scale

Quelle: Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(1), 1-6. Übersetzung ins Deutsche von Kay Uwe Petersen, Universität Tübingen.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig	
1. Wie häufig finden Sie es schwierig, mit dem Internetgebrauch aufzuhören, wenn Sie online sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
2. Wie häufig setzen Sie Ihren Internetgebrauch fort, obwohl Sie eigentlich aufhören wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
3. Wie häufig sagen Ihnen andere Menschen (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde), dass Sie das Internet weniger nutzen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
4. Wie häufig bevorzugen Sie das Internet, statt Zeit mit anderen zu verbringen? (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
5. Wie häufig schlafen Sie zu wenig wegen des Internets?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
6. Wie häufig denken Sie an das Internet, auch wenn Sie gerade nicht online sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
7. Wie oft freuen Sie sich bereits auf Ihre nächste Internetsitzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
8. Wie häufig denken Sie darüber nach, dass Sie weniger Zeit im Internet verbringen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
9. Wie häufig haben Sie erfolglos versucht, weniger Zeit im Internet zu verbringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
10. Wie häufig erledigen Sie Ihre Aufgaben zuhause hastig, damit Sie früher ins Internet gehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
11. Wie häufig vernachlässigen Sie Ihre Alltagspflichten (Arbeit, Schule, Familienleben), weil Sie lieber ins Internet gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
12. Wie häufig gehen Sie ins Internet, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
13. Wie häufig nutzen Sie das Internet, um Ihren Sorgen zu entkommen oder um sich von einer negativen Stimmung zu entlasten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4
14. Wie häufig fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder gereizt, wenn Sie das Internet nicht nutzen können?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

Pruin, Niels (2012) Therapiekonzept & Behandlungsmanual bei patholischem Internetkonsum Seite 1

38

Cut Off Wert der "Compulsive Internet Use Scale" - CIUS

Die CIUS setzt sich aus 14 Items zusammen. Für die Diagnosestellung werden die fünfstufigen Items aufaddiert, so dass die Skala einen Wert zwischen 0 und 56 Punkten annehmen kann.
(nie = 0, selten = 1, manchmal = 2, häufig = 3, sehr häufig = 4)

Es wird davon ausgegangen, dass ab 28 Punkten ein pathologischer Internetkonsum bestehen könnte. Laut PD Dr. phil. Rumpf ist dieser Cut Off Wert in Deutschland noch nicht validiert.

Quelle: Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(1), 1-6.
Übersetzung ins Deutsche von Kay Uwe Petersen, Universität Tübingen.

Pruin, Niels (2012) *Therapiekonzept & Behandlungsmanual bei pathologischem Internetkonsum*
Seite 2

A10: Fragebogen Symptom-Checkliste – SCL-90-R

SH

Code: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Bildungsstand: <input type="checkbox"/> Haupt-/ Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> derzeit Student/in a <input type="checkbox"/> bgeschl. Studium <input type="checkbox"/> anderes	SCL- 90-R																
<p>Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie während der vergangenen sieben Tage bis heute durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.</p> <p>Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.</p> <p>Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.</p> <p>Bitte beantworten Sie jede Frage!</p> <p>Beispiel:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 2px;">überhaupt nicht</th> <th style="padding: 2px;">ein wenig</th> <th style="padding: 2px;">ziemlich</th> <th style="padding: 2px;">stark</th> <th style="padding: 2px;">sehr stark</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">0</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">2 3</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 2px;">Rückenschmerzen</td> <td style="width: 5%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	0	1	2 3		4	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark													
0	1	2 3		4													
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>																

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	0	1	2	3	4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...					
1	Kopfschmerzen				<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2	Nervosität oder innerem Zittern				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3	immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen				<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
5	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
6	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
7	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
8	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
9	Gedächtnisschwierigkeiten				0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
10	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
11	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
12	Herz- und Brustschmerzen				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
13	Furcht vor offenen Plätzen oder auf der Straße				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
14	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
15	Gedanken, sich das Leben zu nehmen				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
16	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
17	Zittern				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
18	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
19	schlechtem Appetit				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
20	Neigung zum Weinen				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
21	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht				0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
22	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
23	plötzlichem Erschrecken ohne Grund				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
24	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
25	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
26	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
27	Kreuzschmerzen				<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
28	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
29	Einsamkeitsgefühlen				0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
30	Schwermut				0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...				
31	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
32	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
33	Furchtsamkeit			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
34	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
35	der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
36	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
37	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
38	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist			0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4
39	Herzklopfen oder Herzjagen			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
40	Übelkeit oder Magenverstimmung			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
41	Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
42	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
43	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
44	Einschlafschwierigkeiten			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
45	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun			0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
46	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
47	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
48	Schwierigkeiten beim Atmen			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
49	Hitzewallungen oder Kälteschauern			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
50	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
51	Leere im Kopf			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
52	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
53	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
54	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
55	Konzentrationsschwierigkeiten			0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
56	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
57	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein			0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4
58	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
59	Gedanken an den Tod und ans Sterben			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4
60	dem Drang, sich zu überessen			<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	
	0	1	2	3	4	
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...						
61	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	frühem Erwachen am Morgen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Zwanghafter Wiederholung der selben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	den Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Schreck- und Panikanfällen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	dem Gefühl, wertlos zu sein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87	dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	Schuldgefühlen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SH 10.06.16

Diagnoseinstrument: CIUS - Compulsive Internet Use Scale

Quelle: Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(1), 1-6. Übersetzung ins Deutsche von Kay Uwe Petersen, Universität Tübingen.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig	
1. Wie häufig finden Sie es schwierig, mit dem Internetgebrauch aufzuhören, wenn Sie online sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
2. Wie häufig setzen Sie Ihren Internetgebrauch fort, obwohl Sie eigentlich aufhören wollten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
3. Wie häufig sagen Ihnen andere Menschen (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde), dass Sie das Internet weniger nutzen sollten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Wie häufig bevorzugen Sie das Internet, statt Zeit mit anderen zu verbringen? (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Wie häufig schlafen Sie zu wenig wegen des Internets?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Wie häufig denken Sie an das Internet, auch wenn Sie gerade nicht online sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
7. Wie oft freuen Sie sich bereits auf Ihre nächste Internetsitzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
8. Wie häufig denken Sie darüber nach, dass Sie weniger Zeit im Internet verbringen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
9. Wie häufig haben Sie erfolglos versucht, weniger Zeit im Internet zu verbringen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
10. Wie häufig erledigen Sie Ihre Aufgaben zuhause hastig, damit Sie früher ins Internet gehen können?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Wie häufig vernachlässigen Sie Ihre Alltagspflichten (Arbeit, Schule, Familienleben), weil Sie lieber ins Internet gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
12. Wie häufig gehen Sie ins Internet, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
13. Wie häufig nutzen Sie das Internet, um Ihren Sorgen zu entkommen oder um sich von einer negativen Stimmung zu entlasten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
14. Wie häufig fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder gereizt, wenn Sie das Internet nicht nutzen können?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7

Cut Off Wert der "Compulsive Internet Use Scale" - CIUS

Die CIUS setzt sich aus 14 Items zusammen. Für die Diagnosestellung werden die fünfstufigen Items aufaddiert, so dass die Skala einen Wert zwischen 0 und 56 Punkten annehmen kann.

(nie = 0, selten = 1, manchmal = 2, häufig = 3, sehr häufig = 4)

Es wird davon ausgegangen, dass ab 28 Punkten ein pathologischer Internetkonsum bestehen könnte. Laut PD Dr. phil. Rumpf ist dieser Cut Off Wert in Deutschland noch nicht validiert.

Quelle: Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(1), 1-6.
Übersetzung ins Deutsche von Kay Uwe Petersen, Universität Tübingen.

Pruin, Niels (2012) Therapiekonzept & Behandlungsmanual bei pathologischem Internetkonsum
Seite 2