

Aus der Praxis

Ein modulares Kurzzeit-Beratungs-/Behandlungsmanual zur Arbeit mit Internet-bezogenen Störungen: Das Open-Source-Projekt Quest2B¹

Andreas Gohlke

Zusammenfassung

Nach einer Einleitung zum Unterschied von mechanistischem und systemischem Verständnis des Begriffes „Störung“ wird die Diagnose der „Internet-bezogenen Störung“ aus systemischer Sicht konstruktivistisch und mit der Qualität eines hypnotherapeutischen Lösungsweckers (frei nach Gunther Schmidt) betrachtet. Im Beitrag wird die Entwicklung eines systemischen Ansatzes zur Arbeit mit dem Thema Internet-bezogene Störungen beschrieben und die Module in Kurzform unter Einbezug von Arbeitsbeispielen vorgestellt.

Das Benennen von „Störungen“ erfordert im Kontext systemischer Betrachtung eine kurze Erläuterung, um sie für diesen Beitrag zu definieren. In der mechanistischen Weltsicht steht im Vordergrund, „was“ erkannt wird. Eine Diagnose besteht demnach aus verschiedenen Parametern, deren Vorhandensein in der Summe zu einer Diagnose führt (z. B. 5 von 9 Kriterien, plus ggfs. begleitende Faktoren). Merkmale mit unterschiedlichen Ausprägungen werden als „Variable“ klassifiziert. Konstrukte wie „Angst“ oder „Verhaltenssucht“ benötigen Indikatoren zur Messung. Das ermöglicht eine Operationalisierung des Konstrukts und führt zum diagnostischen Manual des ICD (Faller 2006).

Aus systemischer Sicht geht der Blick dahin, „wie“ etwas wahrgenommen wird (Ebbecke-Nohlen 2013). Die Umgebung erhält ebenso eine Bedeutung für das beobachtete Geschehen wie die beobachtende Person. Für eine Auseinandersetzung mit „Internet-bezogenen Störungen“ gehe ich von Wechselwirkungen zwischen der Internet-nutzenden Person, ihrer (direkten) Umgebung und sozialräumlichen wie gesellschaftlichen Faktoren aus. Der Begriff „Störung“ impliziert außerhalb systemischer Sichtweisen grundsätzlich etwas eher Destruktives wie eine Beeinträchtigung.

1) Eine „Quest“ (engl. Suche) ist in Computerspielen eine Aufgabe, die es zu lösen gilt, um weiterzukommen. Unter dem Namen „The Quest“ entwickelte der Autor dieses Textes ein strukturiertes Programm zur Prävention von Internet-bezogener Sucht, das seit 2008 in Kooperation mit der GK-Quest Akademie in Form von Schulungen angeboten wird. Bei dem hier vorgestellten „Quest2b“ handelt es sich um ein teilweise ähnliches und doch ganz anderes, sehr fluides Manual, welches durch die mit vielen Veränderungen einhergehende Anpassung an ein modulares System für den klinischen Arbeitsalltag entstanden ist.

In bester Manier eines radikalen Konstruktivismus gebe ich für diesen Beitrag dem Begriff „Störung“ die Bedeutung eines „hypnosystemischen Lösungsweckers“ (frei nach Schmidt 2011). Mit dem Auftreten von „Störungen“ bei einem Individuum ergibt sich demnach die Chance, Handlungen und Haltungen aller zu hinterfragen. Eine Störung beschreibt bezogen auf die Nutzung des Internets dann auch eine Erkrankung bei einem Individuum, welches als Symptomträger*in gerne auf den heißen Stuhl gesetzt wird. Für die Arbeit mit dem hier vorgestellten modularen Kurzzeitmanual „Quest2B“ bedeutet das, es werden bzgl. des Internetkonsums immer Kontextbezüge erfragt und hergestellt. Eine Internet-bezogene Störung fällt weder vom Himmel, noch entsteht sie „zufällig“. Sucht ist in der Entwicklung immer ein Prozess mit aktiven und passiven Akteur*innen.

Im Jahr 2022 spielen laut Süddeutscher Zeitung (Bovermann u. Vollmuth 2022, S. 11 ff.) rund drei Milliarden Menschen weltweit Videospiele. Dass diese Menschen nicht alle eine Internet-bezogene Störung haben können, versteht sich fast von selbst. Der Störungsbegriff wäre dann längst obsolet.

Für die Beratung und Behandlung, vor allem im klinisch psychotherapeutischen Arbeiten bedarf es in der Regel einer Kategorisierung von Störungen und der mit ihnen einhergehenden Störungsbilder. Ausgehend von der Grundannahme, dass definierbare Parameter in der Lage sind, Abweichungen bei zeitgemäßen Verhaltensformen darzustellen, die veränderbar sind, hat eine Internet-bezogene Störung gleichzeitig eine individuelle und eine gesellschaftliche Zuordnung.

Die Nutzung internetbezogener Anwendungen wirkt auf unser Belohnungssystem nachgewiesenermaßen anregend und umfassender als vermutet (Koepp et al. 1998, Ko et al. 2009). Der Fachverband Medienabhängigkeit e. V. weist seit Jahren kontinuierlich darauf hin, dass Internet-bezogene Störungen als Suchterkrankung in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) eingeordnet werden sollten.² Für Betroffene und ihre Angehörigen braucht es entsprechende Beratungs- und Behandlungsangebote. Die kommunale Finanzierung solcher Angebote unterliegt in aller Regel der Freiwilligkeit und den (sehr unterschiedlichen) strukturellen Bedingungen vor Ort. Mit der Weichenstellung einer Einordnung als Suchterkrankung, die im Jahr 2013 über die APA (DSM-5) und im Jahr 2018 über die WHO mit der ICD-11 erfolgt ist³, zeigen sich Forschungsbedarfe für die Operationalisierung der unterschiedlichen Nutzungsformen. Die größte Hürde für eine umfassende Versorgung durch ein professionelles Hilfesystem ist genommen und es werden Standards für Beratung und

2) Position des Fachverband für Medienabhängigkeit e. V. vom 20.12.2016 [<https://www.fv-medienabhaengigkeit.de/publikationen/beitraege-veroeffentlichungen/>]

3) ICD-11 (Version 05/2021): 6C51 Gaming disorder – mit den Untergruppen: .0 predominantly online und .1 predominantly offline (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentfity%2f1448597234>, vgl. auch <https://www.who.int/news/item/14-09-2018-inclusion-of-gaming-disorder-in-icd-11>; 09.02.2022)

Behandlung von Betroffenen entwickelt. Ganz aktuell wurde dazu vom Fachverband Medienabhängigkeit e. V. im März 2022 die AG „Interdisziplinäre Behandlung und Therapie bei Internetnutzungsstörungen“ gegründet.

In seinen Empfehlungen⁴ hat der Fachverband Medienabhängigkeit e. V. bereits im Jahr 2012 darauf hingewiesen, dass die folgenden Punkte relevant seien:

- Entwicklung von Veränderungsmotivation
- Erwerb von realweltlichen sozialen Kompetenzen
- Medienkompetenz, welche über User-relevante Nutzungsinhalte hinausgeht (also z. B. Wissen um den Schutz vor unerwünschten In-App-Käufen statt reiner Beherrschung der Spielmechanik)
- Einbezug von Familien/Bezugspersonen (vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen) in die Arbeit mit den Usern

Über meine freiberufliche Arbeit seit 1998/2000 mit Betroffenen und Familien, der Entwicklung und Umsetzung von „The Quest“⁵ ab 2008 entstand ein sehr differenziertes, strukturiertes Manual für die Gruppenarbeit. Im Verlauf der letzten Jahre gab es verschiedene Anpassungen und Aktualisierungen, so wurde unter anderem die Arbeit mit Einzelpersonen mehr berücksichtigt. Neben der ursprünglichen Anwendung im Einzelsetting entstand dadurch ein vielfältig einsetzbares Modell aus aufeinander aufbauenden und bezogenen Modulen mit hoher motivationaler Wirksamkeit und Nachhaltigkeit.

Im klinischen Kontext⁶ wurde Quest2B regelhaft in alters-, geschlechter- und störungsgemischten Gruppen durchgeführt. Störungsgemischt bezieht sich auf unterschiedliche Sub-Gruppen zu Internet-bezogenen Störungen (Online-Gaming, Social Networking, Online-Pornografie, Online-Einkäufe). Diese Gruppen sind heterogen, sie haben

- unterschiedliche Nutzungsverhalten (problematischer, exzessiver oder abhängiger Konsum)
- unterschiedliche Nutzungsformen (z. B. PC, Tablet, Smartphone, Konsole)

4) Empfehlungen zur Behandlung von Medienabhängigkeit im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem (2012)

5) Medienkonsumreduktionsprogramm „The Quest“; entwickelt und umgesetzt 2008 in Kooperation mit der GK-Quest Akademie in Heidelberg

6) In der der Median Klinik Odenberg, Abteilung Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Hardberg für junge Menschen von 16 bis 21 Jahren habe ich eine Neuordnung des klinischen Angebots für Internet-bezogene Störungen umgesetzt. Und dabei gemeinsam mit meinem Kollegen Dominik Kleinrahm eine eigenständige, fluide Variante für die spezifischen stationären Kontexte einer Reha-Klinik erarbeitet. Dominik Kleinrahm führt dieses Angebot seit 2019 in der Klinik weiter, ich selbst arbeite wegen einer beruflichen Veränderung damit aktuell ausschließlich freiberuflich, überwiegend in Familiensettings.

- ▶ unterschiedliche Motivationen (die Problem-/Krankheitseinsicht ist meist eher gering)
- ▶ manche sind zusätzlich zu den negativen Folgen ihres Tuns verschuldet (In-Game-Käufe, Online-Käufe)

Selbstbestimmter Konsum ist für viele der Teilnehmenden ein wichtiges Thema und wird zu Beginn der Behandlung häufig als „die optimale Lösung“ betrachtet.

Als Strategie für den Anfang der Arbeit in der Klinik ergab sich aus den vorhandenen Kontexten folgendes Handling⁷:

- ▶ Die Gruppen sollen in der bunten Vielfalt stattfinden, wie oben beschrieben.
- ▶ Strafbare Handlungen (z. B. im Bereich Pornografie) werden ggfs. im Einzelsetting besprochen, alles andere in der Gruppe.⁸
- ▶ In der Gruppe finden zusätzliche Auseinandersetzungen mit dem Thema unter Anwendung visualisierender Arbeitsweisen statt.
- ▶ Vertiefungen innerhalb der Gruppe je nach Möglichkeiten/Rahmenbedingungen
- ▶ Einzelgespräche können an Bedarf und Zeitbudget angepasst werden.

Grundlagen

Attraktiv an dem von uns entwickelten und hier vorgestellten Modell ist meines Erachtens die Möglichkeit, die Module in großer Variabilität zu Raum, Zeit und teilnehmenden Personen anbieten zu können. Während der Einschränkungen durch Corona habe ich z. B. viele Beratungen/Therapiegespräche in der Natur durchgeführt. Unterschiedliche Rahmenbedingungen in ambulanten Beratungs-/Behandlungseinrichtungen benötigen variable Arbeitsmodelle. Mit den Erfahrungen aus einer Jugend- und Suchtberatungsstelle, der diagnostisch-therapeutischen und forschenden Arbeit in der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz, dem stationären therapeutischen Rahmen in der Jugendpsychosomatischen Rehabilitation der Median Klinik am Hardberg sowie der langjährigen freiberuflichen Arbeit mit diesem Themenfeld sind mir die gänzlich unterschiedlichen Rahmenbedingungen dieser Einrichtungstypen präsent:

- ▶ zeitlich und inhaltlich weit auseinanderliegende Beratungs- und Behandlungssettings

7) Die geplante flankierende Begleitung dieser Arbeit durch eine Medienwerkstatt und ein soziales Kompetenztraining konnte im klinischen Rahmen während meiner Zeit in der Klinik nicht umgesetzt werden. Auch ein avisiertes Elterntraining blieb in der Planung für die stationäre Arbeit mit Internet-bezogenen Störungen wegen der fehlenden Refinanzierung ohne Umsetzung. Freiberuflich hatte ich damit mehr Spielräume, was in den Fallbeispielen zu einzelnen Modulen aufgegriffen wird.

8) Anmerkung: Selbstverständlich ist auf die Altersstruktur in der Gruppe und eine entsprechende Anpassung beim Themenfeld Online-Pornografie zu achten.

- ▶ hohe Abhängigkeit von regionalen, politischen und verbandlichen Strukturen und finanziellen Bedingungen (bei den Beratungsstellen z. B. kaum Fördermittel oder Projektgelder sowie regelhafte Befristungen)
 - ▶ Erreichbarkeit in Flächenkreisen oft schwierig/zeitaufwändig
 - ▶ unterschiedliche Zugänge der User*innen (z. B. Zeit, Ort, Medium, soziale Umgebung)
 - ▶ alters- und geschlechtergemischte Gruppen, Einzelsettings, Familieneinbindung etc.
 - ▶ verschiedene Anwendungen (Online-Games, Soziale Netzwerke, Online-Käufe, Online-Pornografie, Streaming-Portale, Fun-Seiten und/oder Informationssammlung usw.), die zu notwendigen Spezialisierungen und Fokussierungen in der beratenden/therapeutischen Arbeit führen
- Quest2B hat den Anspruch, in gleicher Weise eine Basis für die Arbeit in Beratungsstellen zu bieten, wie für die therapeutische Arbeit in teilstationären und stationären Settings praktikabel zu sein. Das Aufgreifen und Bearbeiten spezifischer Beratungs- und Behandlungsbedarfe kann auf die hier vorgestellten Module „aufgesetzt“ werden. Im Sinne eines Open-Source-Projektes bietet sich die Möglichkeit, die Module an eigene Rahmenbedingungen/Bedürfnisse anzupassen und zu erweitern.
- Das Modell mit dem Tutorial zu den Modulen wird allen Interessierten/Einrichtungen zur Nutzung frei zur Verfügung gestellt. Über Weiterentwicklungen/Ergänzungen und andere Bereicherungen würden wir uns sehr freuen (siehe Kontaktdaten unten).
- ▶ **Aufbau und Hintergrund:** Quest2B ist als modulares System mit 6 Modulen und – je nach Möglichkeiten – erweiterbaren Zusatzmodulen (Add-Ons) im Oktober 2016 gestartet. Es basiert auf den Erfahrungen mit „The Quest“ einem strukturierten Manual zum selbstbestimmten Konsum und parallel der Arbeit in Einzelsettings, mit Angehörigen, Familien als Ganzem und kollegialem Austausch.
- Im Jahresverlauf 2017 haben sich klinikintern interessierte Kolleg*innen eingeklinkt und wir beschlossen, das Basis-Angebot um zwei Bereiche zu ergänzen: ein Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK nach Hinsch u. Pfingsten 2015) und eine Medienwerkstatt, in welcher der experimentelle Umgang mit Medien in alltagspraktischen Kontexten geübt werden kann (z. B. Bewerbung, Berufsfindung, Interviews, ...). Zur Klärung der dafür notwendigen Ressourcen und Einpassung in den bestehenden hausinternen Therapieplan war ein zeitlicher Vorlauf notwendig, so dass die Projektphase als dreigleisiges Modell im ersten Quartal 2018 starten sollte. Strukturelle und personelle Veränderungen sorgten allerdings für Verzögerungen und letztlich auch ein Scheitern der geplanten Koppelung dieser Angebote.

Angehörigenarbeit sollte ergänzend hinzukommen und über das bereits bestehende Maß regulärer Bestandteil der Behandlung werden (in Form eines Tagesseminars oder Wochenend-Workshops). Als weiteren elementaren Bestandteil sahen und sehen

wir die Nachsorge. Dazu gibt es in der Regel wenig bis keine regionalen Angebote, was Gedanken an ein Angebot über den virtuellen Raum nahelegt. Die Einschränkungen der beraterischen/therapeutischen Arbeit seit Beginn der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass hier sehr viele Spielräume nutzbar sind.

In der ersten Phase wurde regelhaft mit den sechs Modulen gearbeitet, die hier kurz benannt und im Tutorial mit Ziel und Durchführung vorgestellt werden.

Das Modulsystem besteht im Kern aus den sechs Teilen: Die Reihenfolge der Module ist zwar nicht zwingend festgelegt und kann/sollte je nach Gruppenbedürfnissen/-themen angepasst werden, folgt jedoch einer „Themen-Logik“ aus langjähriger Anwendungspraxis. Die Module sind für eine Zeit von 60 – 90 Minuten konzipiert. Das hängt von der Gruppengröße und Zusammensetzung ab.

Eine kurze Beschreibung der Module und ihrer Anwendung:

1. Modul „Timelinie“: Abfrage von zeitlicher und inhaltlicher Entwicklung der jeweiligen Nutzung mit einem Seil als Zeitstrahl

Therapeutisches Ziel

Beschäftigung mit der eigenen Geschichte und ihrer Rahmenbedingungen bezogen auf das Nutzungsverhalten. Fokussierung auf markante Ereignisse und Nutzung von Perspektivwechseln zur Rekonstruktion der Entwicklungsschritte vom Kennenlernen der Medien/Inhalte bis zum problematischen/pathologischen Konsum.

Aufbau und Ablauf

Im Raum wird ein langes Seil quer von einer Ecke in die gegenüberliegende Ecke gelegt. Die Teilnehmenden werden nach kurzer Vorstellung des Inhalts dieses Moduls gebeten, sich am Seil, das als Zeitstrahl fungiert, nach Fragen der Trainer*in jeweils zu positionieren. Die gestellten Fragen führen die Teilnehmenden selbstreflexiv und unter Einbezug von Körpererleben durch ihre Entwicklung der eigenen Mediennutzung. Die Fragen starten bei der frühesten Erinnerung an Mediennutzung (elektronischer Bildschirmmedien – je nach Altersgruppe auch nicht-elektronische Medien) und greifen relevante Entwicklungen auf, so dass sich die Teilnehmenden mit jeder Frage neu an der Timeline positionieren.

Arbeitsbeispiel

Das Seil fungiert im Raum als „Alterslinie“. Auf einer Seite beginnt es bei 0 Jahren, am anderen Ende ist die Orientierung plus 5 Jahre zur ältesten teilnehmenden Person. So entsteht eine Möglichkeit, perspektivisch für die Zukunft zu fragen. Fragen an die Gruppe/die einzelne Person sind dann etwa: Wenn Sie zurückdenken, was war das erste Medium, an das Sie sich erinnern können? Hier zeigt sich meist der Alters-

*unterschied. Für jüngere Teilnehmer*innen sind Medien in der Regel grundsätzlich digital, von älteren wird nachgefragt, ob auch Bücher, TV oder etwa Radio gemeint seien. Hier beginnen die inhaltlichen Auseinandersetzungen und das Bewusstwerden von Zusammenhängen zwischen eigenem Handeln und Umgebungshandeln. „Wie war der Kontext zum Medium?“ könnte die nächste Frage lauten. Und weiter: „Wann haben Sie zum ersten Mal bewusst welches Medium benutzt? Was hat dazu geführt? (Eltern, Geschwister, Verfügbarkeit, ...) Bei welcher Anwendung haben Sie zum ersten Mal so etwas wie eine Faszination erlebt? Was war das Faszinierende/ Spannende/Großartige/Einzigartige und wo tauchte es auf? (relevante Begleitumstände?)“ Mit der Timeline gehen wir „Selbstverständlichem“ auf den Grund, hinterfragen es und bieten einen wertungsfreien Raum für Reflexion und Austausch. Was die Teilnehmer*innen beschreiben, ist in diesem Kontext weder gut noch schlecht, es ist ihr Erleben, ihre Geschichte, ihre subjektive Wahrnehmung und das soll im Arbeitsraum sichtbar/erlebbar und austauschbar werden.*

*Weitere Fragen könnten sein: „Wann hat Ihnen erstmalig jemand (Familie, Freunde, Partner*in) etwas in der Art gesagt, wie: deine Nutzung/dein Verhalten ist zu viel / das ist ein Problem? Um was ging es dabei/welche Anwendung(en) haben Sie da genutzt? Wie haben Sie sich verhalten/was dachten Sie darüber? Gab es einen Zeitpunkt, wo Sie von Ihrem eigenen Nutzungsverhalten dachten, es sei problematisch? (Wann, was wurde genutzt, wie waren die Umstände?)“*

2. Modul „Suchtentwicklung“: Die Gruppe bekommt den Auftrag, sich als Gruppe darauf zu einigen, aus verschiedenen Begriffen die Entwicklung einer Sucht herzuleiten

Therapeutisches Ziel

Sucht und Suchtentstehung werden häufig als „zufällige“ Entwicklung wahrgenommen. Eigene Entscheidungen zur Weiterführung des Nutzungsverhaltens bzw. zur Ausweitung desselben geschehen vermutlich ähnlich stark im Unbewussten wie klar gewollt. Sowohl Veränderungsmotivationen wie auch Ambivalenzen bleiben so unerkannt und ungenutzt. In diesem Modul wird das thematisiert und im Austausch aller Teilnehmenden ergeben sich voraussichtlich Gemeinsamkeiten, welche zu mehr Verständnis für das eigene Verhalten führen und helfen, die Gruppenkohärenz zu stärken.

Aufbau und Ablauf

Die Begriffe *Ausprobieren, Genuss, Missbrauch, Steigerung der Dosis, regelmäßiger Konsum, Rausch, Entzugserscheinungen, Abhängigkeit, Gewöhnung* (entnommen aus dem Methodenreader *Let's Play*, Fachverband Medienabhängigkeit e.V., 2012) stehen auf je einer DIN-A4-Seite und können auf dem Boden/auf einem großen Tisch in die von der Gruppe zu entwickelnde Reihenfolge gelegt werden. Als zusätzliche

Begriffe können z. B. noch *Selbstbestimmter Konsum* und *Abstinenz* hinzugenommen werden. Bei der Übung geht es nicht um eine „richtige“ Reihenfolge, sondern um die Auseinandersetzung mit der Entstehung von Abhängigkeit und der Idee, dass es sowohl Muster gibt wie auch sehr individuelle Verläufe. Die Gruppe sollte Fragen zu ihrer Auslegung der Entwicklung beantworten können, also warum sie diese oder jene Reihenfolge gewählt hat/bevorzugt und wie sie Begriffe definiert (Was verstehen Sie unter Missbrauch, Rausch, Entzug, Abhängigkeit, Selbstbestimmung ...). Je nach Gruppengröße können auch zwei Gruppen gebildet werden. Eine davon erhält den Auftrag, diese Auslegung stoffgebunden zu interpretieren (Bsp.: Alkohol) und die zweite dekliniert die Entwicklung für PC-/Internetsucht (Internet-bezogene Störung erscheint uns hier als „zu schwacher“ Begriff). Beide Ergebnisse werden miteinander verglichen und besprochen, was zu welcher Reihenfolge/Einschätzung führt. Dadurch entsteht ein sehr konstruktiver und intensiver Austausch über die Entwicklung einer Sucht, Prozesse, Dynamiken, Kontexte und letztlich auch die Definition von Sucht.

3. Modul „PvE“: Virtualität vs. Realität im Scala-Check; Abfrage und Skalierung von Fähigkeiten in der Virtualität und ihre Gegenüberstellung mit den in der Realität wahrgenommenen Fähigkeiten

Therapeutisches Ziel

Virtualität bietet in unterschiedlicher Weise Möglichkeiten, Erleben wie etwa Selbstwirksamkeit aktiv zu generieren. Das Spielen mit der eigenen (virtuellen) Persönlichkeit, ihren Handlungen, ihren Fähigkeiten, ihren Eigenschaften usw. erlaubt Experimente im Schutz der „virtuellen Maske“. Unterschiedliche Persönlichkeitsanteile können zum Tragen kommen und ausgelebt werden, so dass individuelle Neigungen, wie Wünsche nach Dominanz, sozialen Interaktionen usw., trotz vielleicht in der Realität bestehender Hindernisse im virtuellen Raum umgesetzt werden können. Virtuelle Handlungen erzeugen immer auch reale Gefühle. Welche Möglichkeiten gibt es für die Teilnehmenden, die Fähigkeiten aus der Virtualität wieder in die Realität zu überführen?

Aufbau und Ablauf

(Mit dem Flip-Chart) Einführung der vier Begriffe *Ich-Stärke*, *Frustrationstoleranz*, *Geschicklichkeit*, *Teamfähigkeit* und gemeinsame Begriffsbestimmung. Alle Teilnehmenden werden gebeten, ihre jeweiligen begriffsbezogenen Fähigkeiten in der Virtualität auf der Skala von 0 bis 10 einzuschätzen. Die Einträge werden mit Markierungen versehen, um die Zuordnung zu gewährleisten. Diskussion/Austausch zu den Ergebnissen findet je nach Gruppengröße in Zweier-/Dreiergruppen mit Rückmeldung im Plenum, als Gesamtgruppe oder alternativ nur innerhalb der Teilnehmenden-Gruppe statt.

Danach erfolgt eine Abfrage zur Einschätzung der eigenen Fähigkeiten in der Realität und ein erneutes Eintragen in die jeweilige Skala mit einer anderen Farbe und den vorher verwendeten Markierungen für die Zuordnung des Eintrags. Anschließend gibt es ebenfalls einen Austausch über die Einordnungen und zu den Unterschieden, die für die virtuellen Welten gemacht wurden. Diese sind in der Regel zumindest teilweise signifikant und bieten damit Möglichkeiten, zu den vermuteten/bekannten Ursachen ins Gespräch zu gehen.

4. Modul „Kommunikation“: Kommunikationstypen nach Satir (2004) und 4-Ohren-Modell (Schulz von Thun 2010) als Ideen für Kommunikation und deren Muster

Therapeutisches Ziel

Auseinandersetzung mit dem eigenen Kommunikationsverhalten. Aufzeigen von Unterschieden zwischen virtueller und realweltlicher Kommunikation. Sensibilisierung für Muster und eigene Bedürfnisse. Fokussierung auf die eigene Kommunikation

Aufbau und Ablauf

Im Raum werden vier Bilder mit den vier Kommunikationstypen nach Satir (Rationalisierer, Ankläger, Ablenker, Beschwichtiger) aufgehängt (eines je Raumseite). Die Teilnehmenden werden ohne vorherige Bild-Erklärung dazu eingeladen, sich erstmal dort zu positionieren, wo sie an einem Bild etwas anspricht. Dann wird erfragt: „Warum stehen Sie da, wo Sie sich hingestellt haben? Was zieht Sie daran an/interessiert Sie?“ Nach erfolgter Abfrage werden die Bilder erklärt und die Teilnehmenden gebeten, sich nun mit dem Wissen über die veranschaulichten Kommunikationstypen erneut da zu positionieren, wo sie sich selbst mit ihrer Kommunikation am ehesten sehen. Im Anschluss werden die Zuordnungen abgefragt. Welche Bedeutung geben die Teilnehmenden diesem Wissen um eigene Vorlieben bei der Kommunikation? Der „kongruente“ Kommunikationstyp wird im Abschluss als weitere Möglichkeit benannt und erklärt.

Anschließend wenden wir uns dem 4-Ohren-Modell von Schulz von Thun (2010) zu. Das Modell wird am Flip-Chart gemalt und die einzelnen Ohren mit Beispielen für alle nachvollziehbar erklärt. Auch hier erfolgt eine Abfrage, welche Wahrnehmung die Teilnehmenden dazu haben und auf welchem Ohr sie selbst die meisten Botschaften empfangen (denn: immer der Empfänger bestimmt den Inhalt einer Botschaft). Um mit den Vorschlägen für Kommunikationsmuster etwas Konkretes anzufangen, stellen wir Fragen an die Gruppe/die Einzelpersonen: „Was unterscheidet realweltliche von virtueller Kommunikation? Wo liegen Vorteile/Nachteile? Warum erleben manche User*innen das Eine angenehmer/leichter als das Andere? Wie wollen Sie mit Ihrer Kommunikation künftig umgehen, welche Übungsmöglichkeiten hätten Sie bei Dingen, die Ihnen schwerfallen?“

5. Modul „Spieltypen“: Arbeitsblatt als Vorlage (Wettbewerber, Sozialer, Entdecker, Archivar)⁹

Therapeutisches Ziel

Intrinsische Motivation und kompensatorische Faktoren der Online-Nutzung von Computerspielen erkennen

Aufbau und Ablauf

In einer Einteilung hat Bartle (1996) vier Spieltypen unterschieden, die hier in einer Abwandlung zur Anwendung kommen: „der Wettbewerber“ möchte gewinnen, ist kompetitiv und erfolgsorientiert, „der Soziale“ strebt Kontakte zu und mit anderen Gamern/Usern an, „der Entdecker“ möchte so viel Wissen wie möglich über die Spielmechanik, Spielinhalte usw. herausfinden, „der Archivar“ versucht, so viel wie möglich nach messbaren Maßstäben zu erreichen und zu sammeln.

Die vier Typen werden mit der Gruppe erarbeitet und die Teilnehmenden werden nach eigenen Vorlieben gefragt (generelle Vorlieben, spielbezogene Vorlieben, stimmungsabhängige Vorlieben etc.). Daraus ergeben sich Ideen für die Entwicklung von Bindung und Immersion¹⁰, welche der Gruppe rückgemeldet und (ausführlicher) besprochen werden.

6. Modul „Das perfekte Game“: Anleitung im Arbeitsblatt

Therapeutisches Ziel

Eine dezidierte Auseinandersetzung mit der eigenen Verführbarkeit durch Medien

Aufbau und Ablauf

(Hier beschreibe ich meine eigene Abwandlung des im Heft beschriebenen „Spiels“) Je nach Gruppengröße wird die Gesamtgruppe geteilt, so dass mindestens 3-4 Teilnehmende in jeder Gruppe sind. Alle Gruppen bekommen den Auftrag, für einen Provider, dessen letztes Spiel gerade gefloppt ist, ein neues Spiel zu entwickeln. Der Provider (in der Regel die Gruppenleitung) betont, mit diesem Spiel Geld verdienen zu wollen und (maximalen) Spielspaß zu ermöglichen. Es wird ein Preis für die Gewinner*innen-Gruppe ausgelobt (z. B. ein Preis im Wert von 50.000 Euro. Bei mir ist das ein Block geschredderter Banknoten, dessen Wert einst etwa dieser Summe entsprochen hat (Den Block gab es bei einer Landesbank für 2 Euro zu kaufen. Alternativ hatte ich auch schon einen nagelneuen Porsche (Matchbox) oder Ähnliches im Angebot.) Der Zeitrahmen für die Bearbeitung beträgt je nach Gruppengröße 60 Minuten plus Auswertung im Plenum.

9) Arbeitsblatt 2.2 (Spieltypen) aus „The Quest“

10) Immersion: Eintauchen in eine virtuelle Umgebung (DUDEN, Anm. d. Red)

Auf der Basis eines Preises wird der Wettbewerb zwischen den Gruppen (analog zu vielen Spielmechaniken) verstärkt. Die Gruppen arbeiten voneinander getrennt und sollen anhand eines Arbeitsblattes verschiedene Parameter erarbeiten/entwickeln (siehe Arbeitsblatt aus „Let's Play“, Fachverband Medienabhängigkeit e. V., S. 26 f.)¹¹. Während der Planungsphase kündigt ich den Gruppen unabhängig voneinander an, dass eine andere Gruppe das gesetzte Zeitlimit unterbieten wolle, und lege damit ein neues Zeitlimit fest. Mit Ablauf des Zeitlimits stellen die Gruppen ihre visualisierten Spielvorschläge im Beisein aller vor und das Gewinner-Team bekommt den Preis.

In der Auswertung zeigt sich, dass viele Teilnehmende mit ihren eigenen Vorlieben/Neigungen bei der Planung unterwegs sind. So agieren sie in der Spielgestaltung offen mit ihren „potenziellen Verführern“ und laden uns zum Gespräch darüber ein.

Der Open Source Gedanke

Die Reihenfolge der Module ist nicht zwingend festgelegt und kann Gruppenbedürfnissen/-themen angepasst werden.

Je nach Bedarf und Möglichkeiten sind verschiedene weitere Module als Add-On nutzbar. Hiermit können ganz individuell verschiedene Themen aufgegriffen und umgesetzt werden. Dies berücksichtigt u. a. die unterschiedlichen Zeiträume, in welchen – je nach Einrichtung – das Angebot vorgehalten werden kann, ebenso wie eigenen Ressourcen für die Arbeit (z. B. Selbstkontrolle, Stressmanagement, Aufschieberitis, Exploration, Abschied, Reflecting Team, Aufstellung).

Für die Module und alle anderen Teile gilt ausdrücklich die Option, die jeweiligen Inhalte an die eigenen Bedürfnisse anpassen zu können und Veränderungen darin vorzunehmen. Das scheint uns, vor allem bei der Heterogenität der Betroffenen, mit welchen wir arbeiten, sinnvoll und angemessen.

Wir wünschen uns, dass Veränderungen in Form von Rückmeldungen mit uns kommuniziert werden, so dass auch hiervon alle Interessierten/Einrichtungen profitieren können.

Literatur

Bartle RA (1996) Hearts, Clubs, Diamonds, Spades: Players Who Suit MUDs. Online: <https://mud.co.uk/richard/hcds.htm> (08.04.2022)

Bovermann P, Vollmuth H (2022) Wir Spieler. Süddeutsche Zeitung, 26.02.2022

11) Test of Gamer Psychology. Methodenreader „Let's Play“ des Fachverband Medienabhängigkeit e. V. (2012). Download auf der Homepage des FV möglich: www.fv-medienabhaengigkeit.de

- Ebbecke-Nohlen A (2013) Einführung in die systemische Supervision. Carl-Auer, Heidelberg
- Fachverband Medienabhängigkeit e.V. (Hrsg) (2012), Let's Play. Methoden zur Prävention von Medienabhängigkeit. Online. Internet: https://www.fv-medienabhaengigkeit.de/fileadmin/images/Dateien/Publikationen/Methodenhandbuch_Medienabhaengigkeit.pdf (22.04.2022)
- Faller H, Lang H (2006) Medizinische Psychologie und Soziologie (2. Aufl.). Springer, Heidelberg
- Hinsch R, Pfingsten U (2015) Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Beltz, Weinheim
- Koepp et al (1998) Evidence for striatal dopamine release during a video game. Nature 393:266-268
- Ko et al (2009) Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. Journal of Psychiatric Research 43:739-747
- Satir V (2004) Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis (7. Aufl.). Junfermann, Paderborn (Amerik. Originalausgabe: The New Peoplemaking (1988) Science and Behavior Books, Mountain View, Calif.)
- Schmidt G (2011) Burnout Teil 2 – Nutzung von Stressfaktoren als „hypnosystemische Lösungswecker“. Auditorium Netzwerk, Mühlheim-Baden
- Schulz von Thun F (2010) Miteinander Reden. Band 1: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation (48. Aufl.). Rowohlt, Hamburg

Andreas Gohlke:

E-Mail: andreas.gohlke@gego-institut.de

