

**„Vorbei an den Sirenen
der virtuellen Welten - Therapeutische
Interventionen bei pathologischem
Medienkonsum und Internetsucht und das
Orpheusprogramm im Anton Proksch Institut“**

Landesdrogenkonferenz Rheinland-Pfalz
12.6.2019

Psychiatrische /
psychologische /
psychotherapeutische
allgemeine
Basisinformationen

Ärztliche & pflegerische
Basisinterventionen

Psychiatrische /
psychologische /
psychotherapeutische
suchtspezifische
Interventionen

Psychosoziale- &
(re-)integrative
Interventionen

Orpheusprogramm

Psychiatrische /
psychologische /
psychotherapeutische
Themenspezifische
Interventionen

Bewegungs- &
Physiotherapie

Einzelgespräche (inkl.
Angehörigen-
gespräche)

Abteilungs- bzw.
Stationsvisite

Allgemeine
Rückfallprävention

Sozialarbeiterische
Einzelgespräche

Sensibilitäts- u.
Sensibilisierungs-
Module

Behandlung der
Komorbiditäten

Fitnessstraining

Bezugs-
therapeutische
Gruppe

Visite in der
Entzugsphase

Spielsucht &
Onlinesucht

Sozialarbeit Infogruppe

Aufmerksamkeits- u.
Achtsamkeitsmodule

Psychologische
Diagnostik

Rückenschule

Basisgruppe

Psychiatrische
Behandlung

Medikamenten-
abhängigkeit

Lernzentrum

Naturerfahrungs- u.
Naturerlebnismodule

Neuro-psychologisches
Funktionstraining

Wirbelsäulen-
Gymnastik

Betreuung durch
Pflegepersonal

Internistische
Behandlung

Nikotinabhängigkeit

Arbeits- &
Beschäftigungs-
training

Körperwahr-
nehmungsmodule

Biofeedback-
Behandlung

Physiotherapeut.
Einzelbehandlung

Abteilungsgruppen

Konsiliar- und
Liaisondienst

Kaufsucht &
Arbeitssucht

Aktivgruppe

Kreativitäts-, Kunst- u.
Kulturmodule

Progressive
Muskelrelaxation

Sport

Selbstreflexions- u.
Kosmopoiesismodule

Genussinten-
sivierungsmodule

Säulenmodell des Anton Proksch Instituts

Allgemeine Basisinterventionen	Ärztliche- & pflegerische Basisinterventionen	Suchtspezifische Interventionen	Psychosoziale- & reintegrative Interventionen	Orpheusmodule	Themenspezifische Interventionen	Bewegungs- & Physiotherapie
<u>Abteilungsgruppe</u>	<u>Chefvisite</u>	<u>G. Med.-abhängigkeit</u>	<u>Geldmanagement gruppe</u>	<u>Achtsamkeit</u>	<u>Biofeedback</u>	<u>Aktives Erwachen</u>
<u>Basisgruppe</u>	<u>Diätologische Beratung</u>	<u>Glückspielabhängigkeit</u>	<u>IMB</u>	<u>Aktivgruppe</u>	<u>G. affektive Störungen</u>	<u>Begutachtung Physiotherapie</u>
<u>Bezugstherapeutische Gruppe</u>	<u>Ernährungsberatung INFO</u>	<u>Raucherentwöhnung</u>	<u>Sozialarbeit INFOgruppe</u>	<u>Chorsingen</u>	<u>Gruppe für Angstbehandlung</u>	<u>Fitnessstudio</u>
<u>Einzelgespräche</u>	<u>Medizinische Behandlung & Visite</u>	<u>Raucherentwöhnung INFO</u>	<u>Sozialarbeiterische Einzelgespräche</u>	<u>Freizeitgestaltung</u>	<u>Gruppe für Soz. Kompetenz</u>	<u>Laufen</u>
	<u>Konsiliarärztliche Behandlung</u>	<u>Internetsucht</u>		<u>G. zum Genuss erleben</u>	<u>Muskelentspannung</u>	<u>Nordic Walking</u>
	<u>Betreuung durch Krankenpflege</u>			<u>Kinotherapie</u>	<u>Neuropsy. FT Einzel</u>	<u>Spaziergang</u>
				<u>Körperwahrnehmung</u>	<u>Neuropsy. FT leichte Gruppe</u>	<u>Wirbelsäulengymnastik</u>
				<u>Kreativkurs</u>	<u>Neuropsy. FT schwere Gruppe</u>	
				<u>Kreativwerkstatt</u>	<u>Psychol. Diagnostik</u>	
				<u>Kunsttherapie</u>	<u>Qi Gong</u>	
				<u>Musikprojekt</u>	<u>Skillsgruppe Frauen</u>	
				<u>Waldwandern</u>	<u>Ärger-Management Männer</u>	
				<u>Kulturausflug</u>	<u>Stabilisierung Frauen</u>	
					<u>Yoga</u>	

„Internetsuchtgruppe“ als suchtspezifische Intervention im Anton Proksch Institut

Gruppentherapie für Personen mit Pathologischem PC-/Internetgebrauch im Anton Proksch Institut

- *Ein Element unter vielen anderen im Kontext der stationären Therapie*
- *Zum ersten Mal durchgeführt: Oktober 2018, bisher insgesamt 11 TeilnehmerInnen*
- *8 Einheiten zu je 90 Minuten (angepasst an durchschnittliche Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Anton Proksch Institut)*
- *offene Gruppe!*
- *Mindestanzahl der TeilnehmerInnen: 3*
- *Bisher erreichte maximale Teilnehmerzahl: 6*
- *Alter: 19 - 53 J. (tendenziell < 25 oder > 40)*
- *Geschlecht: m=10, w=1*
- *1-2 GruppenleiterInnen*
- *scl-90 und Skala zum Online-Suchtverhalten bei Erwachsenen (OSVe-S, Wölfling, K., Müller, K.W. & Beutel, M.E. 2010) werden zu Beginn an TeilnehmerInnen ausgegeben, scl-90 am Ende*
- *Seit 10.4.19 Start einer 14tägigen Gruppe im Wiener Ambulatorium des API (ambulante Therapien und Nachbetreuung stationärer PatientInnen)*

Gruppentherapie für Personen mit Pathologischem PC-/Internetgebrauch im Anton Proksch Institut: Inhalte

- ***Verhaltenstherapeutische Elemente*** (Motivationsklärung, Psychoedukation zur Störung, Erkundung der Entwicklung der Medienaffinität, Erarbeitung eines SORCK-Schemas, verhaltensbezogene Maßnahmen gegen Suchtdruck, Umgang mit Prokrastinationstendenzen, allgemeine Rückfallprävention; u. a. Wölfling et al. 2013)
- ***Emotional aktivierende Elemente*** durch Assoziationsübungen, welche die Dichotomie zwischen „realem“ und „virtuellem“ Selbst klären, aber auch überbrücken helfen und den Realitätsbezug stärken sollen (Stuhlaufstellungen, Übungen mit Holzstehen etc.; Schuhler & Vogelsang 2012)

Gruppentherapie für Personen mit Pathologischem PC-/Internetgebrauch im Anton Proksch Institut: Gruppenthemen

- 1. Klärung Therapieziele & -motivation*
- 2. Informationen über Internet- und Computersucht (Komorbiditäten, Suchtkriterien, Typologien d. „süchtigen“ Nutzung), weitere Arbeit an Abstinenzmotivation*
- 3. Entwicklung der Medienaffinität/zugrundeliegende psychische Bedürfnisse*
- 4. Selbstwerterleben (Dichotomie real/virtuell), Stärkung des Realitätsbezugs*
- 5. Umgang mit Suchtdruck/Abschied von der süchtigen Nutzung*
- 6. Impulskontrolle, Erarbeitung SORCK-Schema*
- 7. Prokrastination - Zeitmanagement*
- 8. Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag*

Die Gruppen beginnen zudem jeweils mit einer Befindlichkeitsrunde (Erfahrungen der Woche in der Anwendung der Ampelregelung, Rückfälle?, Craving), Neuvorstellungen, Verabschiedungen.

1. Sitzung: Therapieziele & Motivation

1. Vorstellung der Therapeuten, Aushändigung Schnellhefter
2. Festlegung des Ziels der Therapie: Adäquater, nicht-süchtiger Umgang mit PC/ Internet
3. Vorstellung der Teilnehmer: Was? Ausmaß? Wie lange bereits (Jahre)? Funktion?

Übung 1:

Vier-Felder-Schema Verankerung und Vertreibung bez. beider Welten (vgl. Bleckmann und Fenner)

	Was hält/zieht/verankert	Was vertreibt/schreckt ab?
Reale Lebenswelt	1.Verankerung im Leben: Sozialkontakte, sinnstiftende Tätigkeit, Flow	2. Vertreibung aus dem Leben: z.B. Mobbing, Mißbrauch..
Virtuelle Welt	3.Verankerung im Spiel: Erfolgserlebnisse im Spiel, Verabredung mit Gilde..	4. Vertreibung aus dem Spiel: gehackter Spielaccount

Ausgehend von einer Längsschnittanalyse von Gamerbiographien wurden **unterschiedliche Push und Pull-Faktoren im Lebensverlauf** identifiziert, welche die Befragten in die virtuelle(n) Welten gedrängt, oder aus ihnen heraus gezogen haben. Anhand dieses Modells soll nun in der Gruppe die persönliche Erfahrungen sichtbar gemacht werden.

Was hält/zieht/verankert? Reale Welt/virtuelle Welt

Was vertreibt/schreckt ab? Reale Welt/virtuelle Welt

1. Sitzung: Therapieziele & Motivation

Übung 2:

Als Resümee aus Übung 1 kann man die TeilnehmerInnen zunächst fragen, **wie sie sich persönlich die Nutzung ihrer Computer und/oder des Internets vorstellen**. Erfahrungsgemäß wird kaum jemand die totale Abstinenz vom Medium Computer oder Internet für erstrebenswert halten. Hier kommt nun die **verbesserte Medienkompetenz als Therapieziel** ins Spiel.

Austeilung und Besprechung des **Ampelmodells** als Beispiel für Medienkompetenz (Schuhler S. 102). Die roten, gelben und grünen Signale sind Metaphern für die Fähigkeit zur Selbststeuerung im Umgang mit Medieninhalten. Die ProbandInnen sollen lernen, dass auf verschiedene Medieninhalte verschieden zu reagieren ist (mit Abstinenz, Vorsicht bzw. unbedenklicher Nutzung). Die Probanden sollen neben den in der Abbildung angeführten Beispielen für unbedenkliche, potentiell bedenkliche und nicht mehr mögliche, da mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Rückfall führenden Nutzungen selber weitere Beispiele anführen.

1. Sitzung: Therapieziele & Motivation

Ampelmodell

Nach einer vorübergehenden Auszeit von jeglichen PC/Internet-Aktivitäten:

Ungefährlicher
Bereich:
Unproblematisches
zur Vermeidung
von unnötigen
Einschränkungen

Gefährlicher
Bereich
Onlinetätigkeiten
alleine zu Hause,
die länger dauern

Tabubereich
Völliger
Verzicht:
einschlägige
Games &
Chatrooms

2. Sitzung: Informationsvermittlung

Hintergrundwissen zum pathologischen PC- und Internetgebrauch: Krankheitsverständnis, komorbide Erkrankungen und deren Zusammenhang mit der exzessiven Computernutzung erfassen, Dichotomieerleben zwischen realer und der PC-/Internetwelt

Material: Arbeitsblätter zu Suchtkriterien, Nutzungstypen und Dichotomieerleben, Namensschilder für Diskussionsübung

1. Woran erkenne ich Internetabhängigkeit?

9 Suchtkriterien nach K. Young, übernommen in die DSM V Forschungssektion

- 1. Übermäßige Beschäftigung mit Computerspielen und Internet** (der Betroffene denkt über vorhergehende Spielaktivitäten nach oder beabsichtigt, das nächste Spiel zu spielen, das Spielen von Internetspielen oder Nutzung von div. Internetportalen wird zur Haupttätigkeit des Tages (wichtig: gemeint ist NICHT Glücksspiel im Internet)
- 2. Entzugssymptomatik**, wenn das Spielen von Internetspielen oder der Konsum von Interangeboten wegfällt (typischerweise Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Traurigkeit, keine körperlichen Symptome)
- 3. Toleranzentwicklung** – das Bedürfnis, zunehmend mehr Zeit mit dem Spielen von Internetspielen oder der Nutzung von Internetangeboten zu verbringen
- 4. Erfolgreiche Versuche, die Teilnahme an Internetspielen zu kontrollieren.** Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Dauer und der Beendigung der Computernutzung.
- 5. Interessensverlust an früheren Hobbies und Freizeitbeschäftigungen** als Ergebnis des exzessiven Spielens von Internetspielen und der Nutzung von Internetangeboten.
- 6. Fortgeführtes exzessives Spielen von Internetspielen und Nutzung von Internetangeboten trotz der Einsicht in die psychosozialen Folgen.**
- 7. Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des Umfangs des Spielens** von Internetspielen und der Nutzung von Internetangeboten.
- 8. Nutzen von Internetspielen und anderen Internetangeboten, um einer negative Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen** (z. B. Gefühl der Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ängstlichkeit)
- 9. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit** aufgrund der Teilnahme an Internetspielen und der Nutzung von Internangeboten.

2. Sitzung: Informationsvermittlung

2. Nutzungsformen/ Inhalte der exzessiven Nutzung: „Welche Inhalte haben Sie im Internet exzessiv genutzt?“

Computerspielsucht

60% der Jugendlichen von 13 und 18 (84% der männlichen, 29% der weiblichen Jugendlichen) sind regelmäßige Computerspieler (Spielen an mind. 2 Wochentagen) ca. 25% d. Jugendlichen haben Account für sog. MMORPG's (Massively Multiplayer Online Roleplay Game. wie z. B. World of Warcraft, MMORPG's, MOBA's (Multiple Online Battle Arena Game, z. B. League of Legends)) aber auch Ego-Shooter- und Strategiespiele besonders häufig bei exzessivem Gaming (Wölfling 2013, 2017)

Exzessive Nutzung von soz. Netzwerken, exzessives Chatten

Ca. 72% der Jugendlichen zwischen 13 und 18 nutzen Online-Communities. Mädchen unter 20 mit pathologischem Internetgebrauch nutzen fast nur Chats (Petersen & Thomasius 2010). Unter den suchartigen Chattern dominieren allerdings Frauen mittleren Alters (Petry 2010), Unter exzessives Chatten fällt auch exzessive Nutzung von sozialen Netzwerken wie z. B. Facebook).

Zwanghafte Nutzung von Netzinhalten, zwanghaftes Surfen

Unkontrollierbares Surfen auf verschiedenen Plattformen über das Maß des (auch für Betroffene) Sinnhaften (Nachrichtenportale, Videoplattformen, Onlinelexika, (z.B. Wikipedia), Suchmaschinen, Internetforen). Scheinbare Endlosigkeit der sofort verfügbaren Information durch Hypertext/Verlinkungen. Typischerweise betrifft es Männer mittleren und höheren Alters, entweder mit speziellen Interessen/Hobbies oder aus dem IT-Bereich. Attraktiv durch Anerkennung von Spezialistentum unter Spezialisten, Aufbau einer eigenen kleinen Welt. Epidemiologische Daten fehlen noch

2. Sitzung: Informationsvermittlung

2. Nutzungsformen/ Inhalte der exzessiven Nutzung: „Welche Inhalte haben Sie im Internet exzessiv genutzt?“

Onlinesexsucht

Einerseits exzessive Nutzung von Online-Pornographie, andererseits von Kontaktbörsen, speziellen Foren, Live-Streams etc.

Online-Glücksspiel

Casinosimulationen in sozialen Netzwerken: Slots, Bingo, Blackjack, Roulette etc. (können alleine oder gegen andere gespielt werden) Glücksspielelemente in virtuellen Welten bzw. Games (z. B. Roulettesequenz in GTA: San Andreas) Übungs- und Demospiele ohne Geldgewinn (angeboten durch Glücksspielanbieter, online Casinos etc.) Glücksspielsimulationen (u. B. Poker, Wetten), die nicht von den typischen Glücksspielanbietern angeboten werden.

“Generalisierte Internetsucht” (Müller & Wölfling 2017)

Verschiedene Aktivitäten im Internet werden gleichzeitig bzw. in einem raschen Wechsel betrieben, und zwar so, dass die Suchtkriterien (s. oben) nach wie vor gelten.

2. Sitzung: Informationsvermittlung

3. Begleitende psychische Probleme und Begleiterkrankungen:

Gab es einen Hintergrund/ ein Grundproblem, wo die Computernutzung kurzfristig geholfen hat (Begleiterkrankung)? Anschließend Input

Typische Komorbiditäten

*Bis zu 72% aller von pathologischem PC-/Internetgebrauch Betroffenen leiden **zusätzlich an einer psychischen Krankheit** (inkl. anderen Abhängigkeiten)*

- **Affektive Störungen** (Depression), 30-50%
- **Angsterkrankungen** (Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung), 30-50%
- **Stoffgebundene Abhängigkeiten** (Tabak, Alkohol, Cannabis, Kokain und Stimulantien). Tabak bis ca. 50%, Alkohol ca. 12%.
- **ADHS** < 10%
- **Persönlichkeitsstörungen** (z. B. Borderline PS, ängstlich-vermeidende PS, narzisstische PS), ca. 10%

2. Sitzung: Informationsvermittlung

4. Dichotomieerleben zwischen realer und PC-/Internetwelt u. Immersion in die PC-/Internetwelt als wichtige Hinweise dafür, dass ein problematisches PC-/Internetnutzungsverhalten vorliegen könnte (Schuhler S. 24):

Welche Unterschiede nehmen Sie wahr zwischen der Wahrnehmung Ihres realen Selbst und Ihrem Leben in der Internetwelt?

Reale Welt:

- *vermindertes Interesse, verminderte Aktivität*
- *wenig Selbstvertrauen, Unzulänglichkeit*
- *wenig kognitive und Verhaltensflexibilität*
- *wenig Problemlösefähigkeiten*
- *wenig Kontrollerleben, hohe Hilflosigkeit*
- *geringes Durchsetzungsvermögen*
- *wenig Ausdauer und Durchhaltevermögen*
- *geringes freudvolles Erleben*
- *sozialer Rückzug, wenig soziale Kompetenz*

- *aggressive Hemmung*
- *negative Gefühle (Angst, Neid, Eifersucht, Schuldgefühle, Gekränktheit)*

PC-/Internetwelt:

- großes Interesse, starke Aktivität*
- Selbstwertschätzung, Selbstzuschreibung von Erfolg*
- hohe kognitive und Verhaltensgeschicklichkeit*
- ausgeprägte Problemlösefähigkeiten*
- Erleben von Kontrolle, Zuversicht und Sicherheit*
- ausgeprägtes Durchsetzungsvermögen*
- ausgeprägte Ausdauer, hohes Durchhaltevermögen*
- deutlich „euthymes“ Erleben*
- Interesse und Freude an sozialen Kontakten, hohe soziale Kompetenz*

- wenig Aggressionshemmung*
- positive Gefühle (Freude, Stolz, Erfolgszuversicht, Scham, Gelassenheit, Geborgenheit, Zugehörigkeit, Sicherheit)*

2. Sitzung: Informationsvermittlung

5. Übung: Fernsehstudio:

Mit dieser Übung können widersprüchliche, strittige Sachverhalte nochmals aufgegriffen und diskutiert werden (z. B. die in manchen Selbsthilfeforen vertretene Meinung, so etwas wie Online- bzw. Internetspielsucht gebe es eigentlich gar nicht).

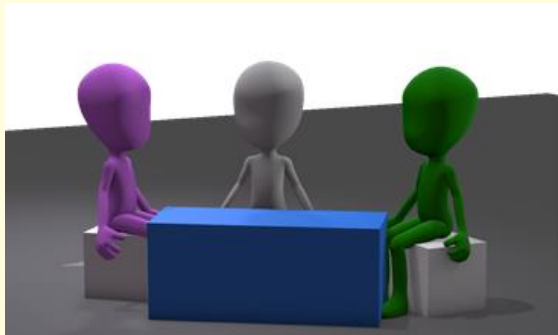
Gruppengröße: ab 8 Personen (1 Diskussionsleiter, 2 Diskutanten, 2 Coaches, mehrere Zuseher).

Materialien: Tisch, 3 Sessel, (evtl. Gong, Namensschilder).

Ablauf: Der Diskussionsleiter stellt das Thema und die beiden Diskutanten vor (hochrangige Phantasienamen: Prof. Dr. Dr. Meier...) Einer der Diskutanten nimmt dabei einen deutlichen Pro-Standpunkt zur vorgegebenen Frage ein, ein zweiter einen Contra-Standpunkt. Die eigenen Überzeugungen spielen dabei keine Rolle. Sie sollten eher sogar der eigenen Meinung gegenteilig sein.

Der Ablauf ist dabei in mehrere Runden a 3 Minuten unterteilt. Als Signal dient der Gong- die Analogie zu einem Boxkampf ist dabei bewusst gewählt. In den Pausen von ca. 2 Minuten können die Coaches ihre Diskutanten betreuen. Z.B. mit weiteren Argumenten versorgen. Nach der Pause geht's wieder weiter.

Bewährt hat sich eine Runde mit Publikumsfragen gegen Ende.



Fernsehstudio-Übung: 2 Diskussionsteilnehmer (pink und grün)

1 Moderator (grau)

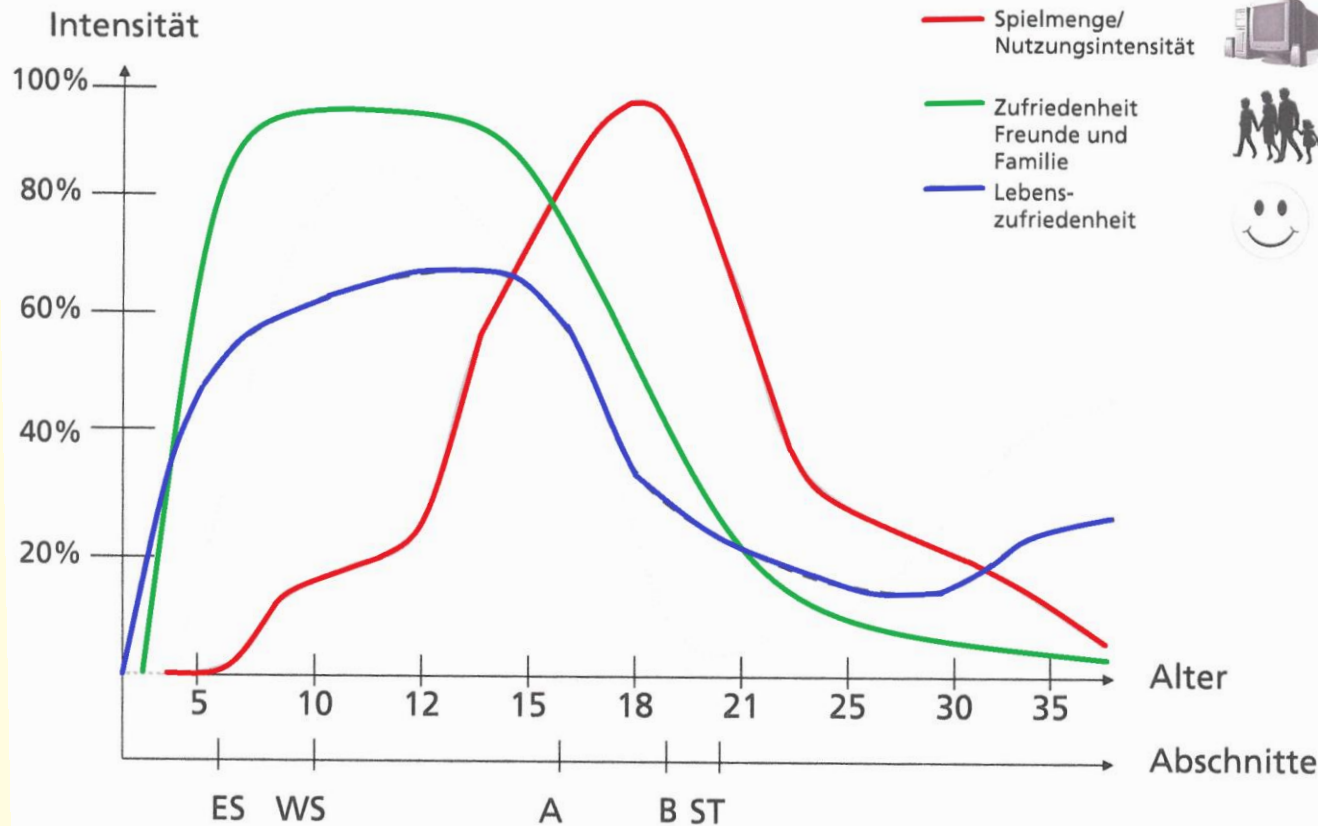
3. Sitzung: Biographiearbeit/ zugrundeliegende psychische Bedürfnisse

Ziele: In Zentrum dieser Therapieeinheit steht die Frage, welche Funktion(en) der Konsum digitaler-interaktiver Medien in der individuellen Biographie hat und hatte? Welche Bedürfnisse werden damit befriedigt? Wie sehr werden damit andere Bedürfnisse kompensiert? Wichtiger Anknüpfungspunkt ist dabei das in der vorherigen Sitzung aufgezeigte ***Dichotomieerleben zwischen realer Welt und Online-Welt.***

Material: Flipchart von Sitzung 2 zu Dichotomieerleben, Flipchartpapier eines für jeden Teilnehmer, Flipchartstifte in unterschiedlichen Farben, Arbeitsblatt „Medienaffinität“, Filzstifte (rot, grün, blau) für Patienten

- 1. Medienaffinität – Arbeitsblatt erklären***
- 2. Beispielblatt: Erklären der X-Achse: Alter und Abschnitte, Erklären der Y-Achse: Ausprägung der 3 Dimensionen Spielmenge/Nutzungsintensität, Zufriedenheit Freunde Familie, allgemeine Lebenszufriedenheit.***

3. Sitzung: Biographiearbeit/ zugrundeliegende psychische Bedürfnisse



ES: Einschulung

A: Ausbildung

WS: weiterführende Schule

B: Beruf/ST: Studium

3. Sitzung: Biographiearbeit/ zugrundeliegende psychische Bedürfnisse

*Innere Repräsentanz der Beziehungswelt/realen Welt durch assoziatives Material erkunden:
Vier bemalte Holzstelen – diese stellen ein Haus, einen Berg, einen See, einen Wald dar.
Patient soll sich zu der Stele stellen, die er am liebsten mag.*



„Sie haben sich zu dem Haus gestellt. Was verbinden Sie damit?“

Pat. erinnerte sich an schönes Städte-Reiseerlebnis mit seinen Eltern:

„Damals haben sie mir gesagt, dass ich eine angenehme Reisebegleitung bin.“

Solch positiv besetzte innere Repräsentationen der sozial-interaktiven Welt in der Realität werden so verstärkt!

„Was müsste denn geschehen, damit Sie und Ihre Eltern wieder so eine gute Zeit miteinander haben?“ „... mit anderen Menschen?“

4. Sitzung: Selbstwert: real/virtuell

Ziel der Sitzung: Selbstwertregulierung: adäquate Selbstreflexivität, die auf maladaptive narzisstische Zufuhr und affektive Regulation im virtuellen Raum verzichten kann.

Material: Blatt mit den beiden Stühlen (Bürosessel, Kinderstuhl), Arbeitsblatt A-B-C- Modell.

*In der Realität/ stofflichen Welt herrscht oft das Gefühl vor, missverstanden zu werden, angegriffen, unterlegen, entwertet oder bedroht zu werden. Die **wirkliche Welt wird als aversiv erlebt**, wird immer mehr zu einem Ort, aus dem es zu fliehen gilt (**Eskapismus**). Die **virtuelle Welt lockt mit Anerkennung, Bestätigung** der eigenen Person nach dem idealen Selbstbild. Die **PC-/Internet-Aktivität stabilisiert den Selbstwert nur für kurze Zeit**, und drängt deshalb immer nach neuer Zufuhr.*

4. Sitzung: Selbstwert: real/virtuell

1. Übung Reales und Virtuelles Selbst:

„Welche Unterschiede nehmen Sie wahr zwischen der Wahrnehmung Ihres realen Selbst und Ihrem Leben in der Internetwelt?“ Übung dazu

a. Zuerst Blatt mit den beiden Stühlen (ohne Bezeichnung) vorgeben- **„Wohin würden Sie die beiden unterschiedlichen Stühle zuordnen – zu Real und Virtuell.“**



b. **Welchen Namen hatten Sie in der Computerwelt?**
auf Zettel schreiben, zu Bürossessel

Welchen Namen würden Sie für sich in der Realität wählen?

zu Kindersessel schreiben

Wie haben Sie das virtuelle Selbst erlebt?
„Herrlich“,

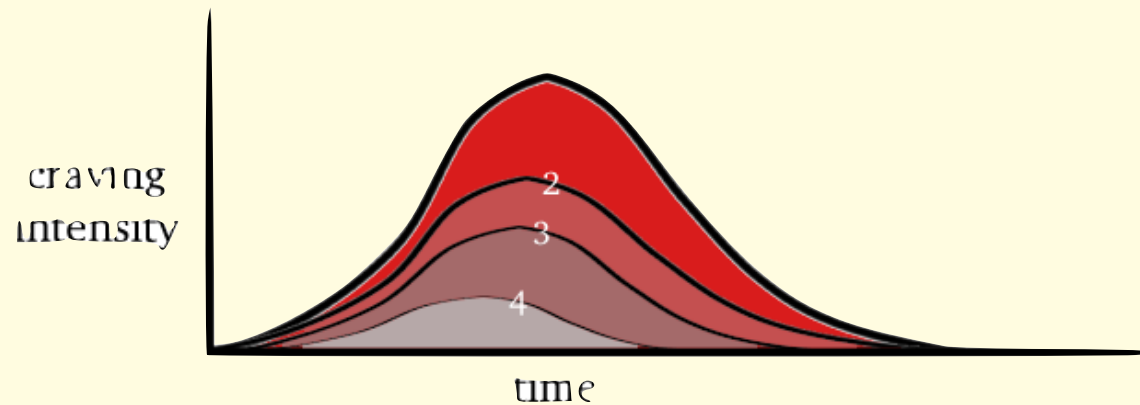
Das reale Selbst? „Gelangweilt, unterfordert“

Was hätte das Kind denn gebraucht?

Welchen Rat könnte (Name des virtuellen Selbsts) dem Kind hier gegenüber geben?

5. Sitzung: Umgang mit Suchtdruck/Abschied von der süchtigen Nutzung

Intensive Auseinandersetzung mit dem Konfrontationsrational. Ziel ist es die Patienten darüber aufzuklären, wie Situationen mit zunehmenden Suchtdruck umzugehen ist. Als Rahmen gilt hier das allgemeine Modell zum Craving:



„Wie äußert sich Verlangen? Wie kann ich dann damit umgehen?“

Dabei sollen hilfreiche Strategien im Umgang mit dem Suchtdruck diskutiert und gezeigt werden.

„Welche Strategien im Umgang mit Suchtdruck sind hilfreich? Welche kennen Sie?“

Vorschläge der Teilnehmer einholen, ergänzen: *„Dazu zählen Entspannungstechniken, die Gedankenstopp-Technik, Achtsamkeits-Übungen“* oder die Notfallkärtchen“

5. Sitzung: Umgang mit Suchtdruck/Abschied von der süchtigen Nutzung

Übung: Notfallkärtchen

Vorstellen der Notfallkärtchen, ausfüllen lassen und vorstellen lassen. Hierauf notieren die Patienten ihre individuellen Gründe, warum sie nicht mehr Spielen möchten.

Beispiel für ein Notfallkärtchen (Wölfling, S. 101):

Ich möchte nicht mehr spielen, weil

...mir das Spielen schon genug kaputt gemacht hat im Leben

...ich mein Studium beenden möchte

...mir meine Beziehung wichtig ist

In weiterer Folge kann auch eine entsprechende in-sensu-Exposition durchgeführt werden. Dies wird erreicht, indem Patienten das Spiel, den Avatar, das Chatverhalten und die damit verbundenen Erinnerungen, Gedanken und Gefühle der Gruppe genau beschreiben. Vor allem das Aushalten und das Erleben des allmählichen Absinkens des Spannungs- und Verlangenslevels ist ein zentraler Effekt und Erkenntnisgewinn für die Patienten. Dabei können die Patienten versuchen, die vorhin erlernten Strategien gegen den Suchtdruck anzuwenden. Sie erleben, dass sie bewusst Kontrolle über das vormals unstillbare Verlangen gegenüber der PC- und Internetnutzung ausüben können.

5. Sitzung: Umgang mit Suchtdruck/Abschied von der süchtigen Nutzung

Übung: Abschiedsbrief

Zur vertiefenden Verarbeitung der Exposition und als erweiterte Ausarbeitung der Notfallkarten bietet sich das Verfassen eines Abschiedsbriefes an.

Die Patienten erhalten hierbei frankierte Kuverts, die sie an sich selber adressieren. Diese werden nach Beendigung der Therapie vom API an den Patienten verschickt.

„Stellen Sie sich vor, dass Sie und der Computer/ das Internet/ das Tablet/ das Handy eine Beziehung haben. Zu Beginn ist meist alles toll, man sieht alles durch eine rosa Brille. Nach einiger Zeit kommt es zur Gewöhnung, man spürt keine Schmetterlinge mehr. Die Beziehung wird immer einengender, Sie werden gezwungen andere Aktivitäten zu reduzieren, Freunde zu vernachlässigen und nur noch auf den Computer, das Internet, das Handy zu konzentrieren.“

5. Sitzung: Umgang mit Suchtdruck und Exposition

Die Patienten werden gebeten, auf ein Blatt Papier einen Brief an sich selber zu schreiben. Sie sollen darin formulieren, warum sie mit ihrer Verhaltenssucht Schluss machen wollen. Die Inhalte der Notfallskärtchen können hier als Anregung dienen.

Der fertige Brief wird verschlossen und einstweilen vom Therapeuten verwahrt, um später verschickt zu werden.

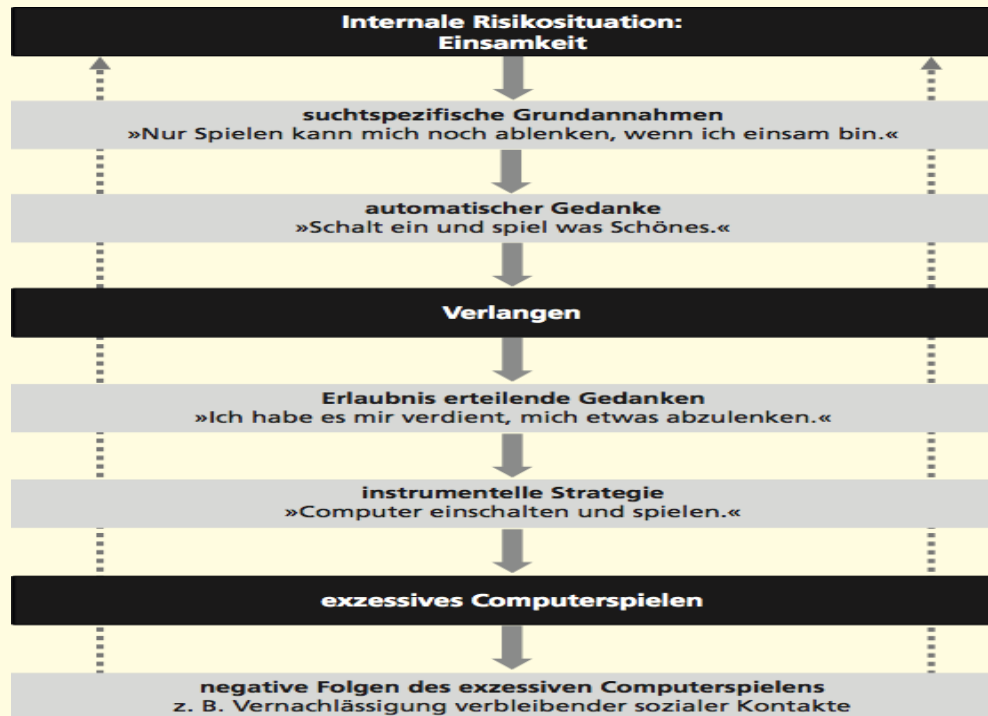


*Den Abschluss dieser Einheit kann eine **kurze Entspannungsübung** o.ä bilden.*

6. Sitzung: Impulskontrolle

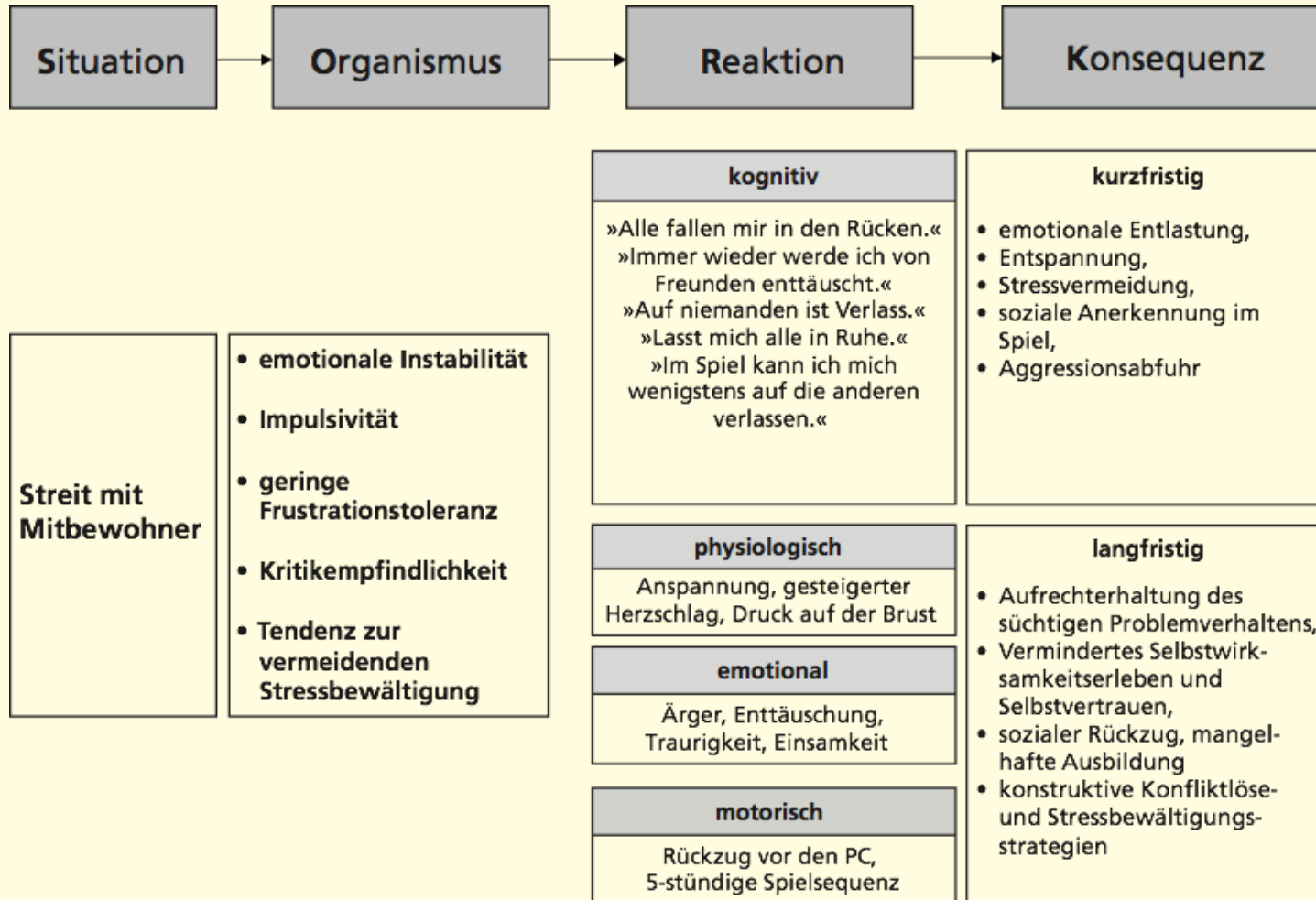
1. Auslöseschema des Suchtverhaltens

Zur Einführung der SORCK-Analyse erarbeitet und wiederholt der/die TherapeutIn gemeinsam mit den PatientInnen die Zusammenhänge zwischen internalen oder externalen Risikosituationen, suchtspezifischen Grundannahmen und automatischen Gedanken mit Aufforderungscharakter, die das Verlangen auslösen. Die Grundannahmen und die automatischen Gedanken stehen wiederum mit automatischen Erlaubnis erteilenden Gedanken in Zusammenhang. Das Zusammenwirken all dieser gedanklichen Prozesse wird als Voraussetzung für das PC-/Onlinenutzungsverhalten dargestellt und durch das Auslöseschema auf der Flip-Chart verdeutlicht.



6. Sitzung: Impulskontrolle

2. SORCK-Analyse





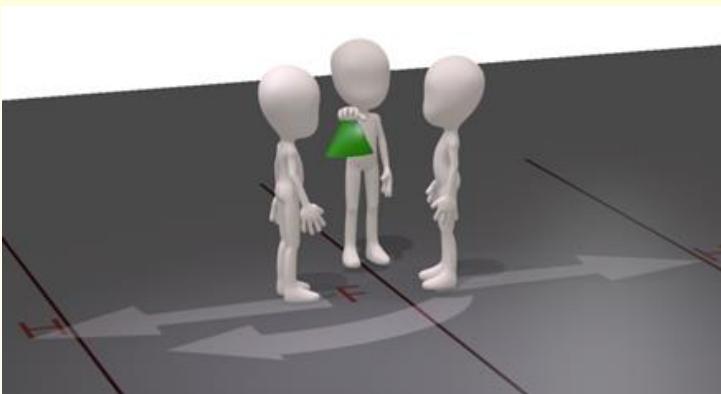
6. Sitzung: Impulskontrolle

Übung 1 zur Impulskontrolle: Das Tuchspiel

Materialien: Bodenmarkierungen, ein Geschirrtuch oder Haube.

Gruppengröße ab 2 Personen, besser wäre jedoch mindestens 8

Durchführungszeit: 10-20 Min



Quelle: Kampfes Spiele - Gewalt Akademie Villigst
(Herausgeber),? Kraftprotz Bildungsinstitut für Jungen und
Männer – Juni 2004

2-3 Meter von den am weitesten voneinander entfernten Enden eines Raumes werden parallel zueinander zwei „HomeLines“ mit gut sichtbarem Klebeband markiert. In der Mitte davon wird die „Feindeslinie“ gezogen. Auf dieser steht der/die TherapeutIn, mit dem Gesicht in den Raum und dem Rücken zur Wand hin. Er/sie hält in der vorgestreckten Hand ein Tuch locker in der Hand.

Hinter den HomeLines sind in einer Reihe die zwei gegnerischen Mannschaften A und B positioniert (etwa gleiche Anzahl).

Nachdem sich das erste Paar aus den Mannschaften A und B zum Duell gefunden hat, eröffnet der/die TherapeutIn mit dem Signal „Los“ das Spiel. Die zwei Gegenspieler treten zur Feindeslinie vor.

Ziel des Spiels ist es, das Tuch über die eigene HomeLine zu bringen, oder den Gegner abzuklatschen bevor dieser das Tuch über dessen eigene HomeLine bringt. Das Duell beginnt jedoch erst, wenn einer der beiden dem Spielleiter das Tuch aus der Hand genommen hat. Erst dann darf die Feindeslinie überschritten werden und der Gegner berührt (abgeklatscht) werden.

Eine gute Strategie ist dabei, den Gegner zu einem Fehler zu veranlassen. Der Gewinner nimmt den Verlierer mit in seine Mannschaft. Danach findet das nächste Duell statt.

6. Sitzung: Impulskontrolle

Übung 2: AutoBus

Materialien: pro Spieler 1 Sessel, 1 extra Sessel, ein Geldstück

Gruppengröße ab 8 Personen

Durchführungszeit: 20-30 Min

Ablauf:

Bei der Übung werden Sessel in 2 Reihen hintereinander aufgestellt. Die Spieler der eigenen Mannschaft halten sich dabei an den Händen. Dadurch kann ein Impuls (Händedruck von hinten nach vorne) weitergegeben werden. Der Spielleiter (in der Grafik rot) wirft eine Münze auf sein Handgelenk. Die letzten beiden Spieler können sehen ob Kopf oder Zahl. Bei Zahl wird nach vorne ein Druckimpuls weitergegeben. Sobald der Impuls vorne ankommt läuft der vorderste Mitspieler zum Sessel (hier gelb). Wenn der Impuls richtig war – kein falscher Alarm - rückt jeder dieser Gruppe um einen Stuhl nach vorne. Bei falschem Alarm müssen alle Spieler der Mannschaft um einen Sessel zurückrutschen.



6. Sitzung: Impulskontrolle

Übung 3: Count Down

Gruppengröße ab 8 Personen

Durchführungszeit 5-15 Min

Ablauf:

Beginnend mit der Zahl, die der Gruppengröße entspricht, soll schrittweise bis auf Null heruntergezählt werden. Bedingungen sind lediglich:

- *Alle MitspielerInnen müssen mit einer Zahl an diesem Count down beteiligt sein.*
- *Es darf keinerlei Verständigung (mit oder ohne Worte) über die Reihenfolge stattfinden*
- *Sobald zwei SpielerInnen gleichzeitig mit der selben Zahl ansetzen muss wieder von vorne begonnen werden.*

Variante: *Nach einem erfolgreichen Countdown kann die Gruppe herausgefordert werden, die Startzahl zu erhöhen, so dass nun einige MitspielerInnen – oder alle – mehrfach an der Reihe sind.*

Kommentar: *Insbesondere wenn die SpielerInnen im Kreis stehen, muss ausgeschlossen werden, dass die Zahlen in einer bestimmten, der räumlichen Anordnung entsprechenden Reihenfolge ausgerufen werden. Beim Spiel entsteht eine konzentrierte Atmosphäre und die Aufgabe stellt sich meist um einiges schwieriger heraus als zuerst angenommen.*

6. Sitzung: Impulskontrolle

Übung 4: Nein - Sagen, Schallplatte mit Sprung

In diesem kurzem Rollenspiel übt ein Patient dem aufdringliches Fragen und Nachfragen (des Therapeuten oder der Mitpatienten) zu widerstehen.

Beispiel: Therapeut erklärt kurz, nun einen Patienten nach etwas zu fragen, und dieser solle jedoch mit einem schlichten "Nein" antworten.

TH: "Herr Meier, könnten sie mir bitte 20 Euro borgen, weil ich muss dann unbedingt mit dem Taxi weg, habe aber kein Geld eingesteckt."

Es ist erstaunlich, dass Patienten hier selten direkt Nein sagen. Wenn doch, kann man ja noch aufdringlicher nachfragen.

TH: "Herr Meier, bitte, es ist dringend. Ich muss unbedingt in die Schule meiner Tochter fahren. Ich habe von dort einen Anruf bekommen. usw..."

7. Prokrastination, Zeitmanagement

Materialliste: Arbeitsblatt zum Eisenhower-Prinzip

(Ziel = 1. Prokrastinationstendenzen zu erkennen, zu problematisieren und 2. zu verändern: durch Planungsschritte wie Wochenplanung von Erledigungen/Aufgaben sowie durch Erkennen des Bedürfnisses, welches der Prokrastination zugrunde liegt)

1. Übung:

Beschreiben Sie einen Tagesablauf aus der Vergangenheit, mit dem Sie unzufrieden waren:

Wo und wann haben Sie Zeit „sinnlos“ verbracht?

Wodurch gab es Ablenkungen, Verzögerungen?

Beginne ich später als geplant?

Genehmige ich mir noch eine Tasse Kaffee, statt mit der Aufgabe zu beginnen?

Merke ich, dass ich die Aufgabe nur unter Druck erledigen kann, wenn die Zeit knapp wird?

Sage ich zu mir selbst: „Beginne jetzt!“, und fange dann doch nicht an?

Mache ich mir einen Plan, von dem ich genau weiß, dass ich ihn nicht einhalten kann?

7. Prokrastination, Zeitmanagement

Abhilfe schafft die Wochenplanung:

Sie können das Wochenende zur Übung des Zeitmanagements nutzen:

Stehen schon Termine fest/ gibt es schon Termine?

Welche Aufgaben müssen/sollen/wollen erledigt werden?

Wieviel Zeit werden Sie jeweils dafür benötigen?

Reflektieren Sie am Ende des Wochenendes das Gesamtergebnis und leiten Sie die Konsequenzen für ihre zukünftige Planung ab. Zum Beispiel Ablenkungen, die Sie regelmäßig aufhalten oder Ihre Arbeit verzögern.

2. *Gemeinsam in der Gruppe für den einzelnen Teilnehmer analysieren: Welches psychologische Grundbedürfnis erfüllt der Zeitfresser? (Kontakte mit Kollegen (Bindung), eigener Arbeitsrhythmus (Kontrolle))*

Drei Neigungen, die einem guten Zeitmanagement im Weg stehen:

→ *Die Tendenz zum Aufschieben (Prokrastination)*

→ *Die Tendenz, die Zeit, die für eine bestimmte Aufgabe gebraucht wird, nicht richtig einzuschätzen*

→ *Die Tendenz, Dringliches vor Wichtigem zu tun*

7. Prokrastination, Zeitmanagement

3. Das Eisenhower-Prinzip:

		Dringlichkeit	
		dringend	Nicht dringend
Wichtigkeit	wichtig	A-Aufgaben Sofort selbst erledigen	B-Aufgaben Terminieren und selbst erledigen
	Nicht wichtig	C-Aufgaben An kompetente Mitarbeiter delegieren	D-Aufgaben Nicht bearbeiten (anstatt Perfektionismus)

Anhand der Kriterien Wichtigkeit (wichtig/nicht wichtig) und Dringlichkeit (dringend/nicht dringend) werden Aufgaben vier Aufgabentypen zugeteilt:

Vorsatzbildung: „Morgens ordne ich zunächst meine Aufgaben ins Schema ein: erst wenn alle A-Aufgaben erledigt sind, mache ich die B-Aufgaben.“

8. Sitzung: Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag

Material: Arbeitsblatt Checkliste für schwierige Situationen, Arbeitsblatt Notfallplan

„Wir wollen heute mit Ihnen daran arbeiten, mögliche Rückfallrisiken sowie deren Auslöser besser zu erkennen, was in Zukunft einen Rückfall ins alte PC Nutzungsverhalten begünstigen könnte.“

1. Definition Rückfall / Vorfall:

„Was wird als Rückfall gezählt und was als Vorfall?“

2. Checkliste für schwierige Situationen und für Frühwarnhinweise:

Es wird gemeinsam mit den Patienten überlegt, welche Entwicklungen, Ereignisse oder Situationen einen Rückfall in alte Verhaltensmuster begünstigen oder auslösen könnten, z.B. Ärger mit Freunden, hohes Arbeitspensum, Einsamkeit, Langeweile, bagatellisieren („Ich hab` s im Griff, ich kann kontrolliert spielen“). Patienten können dies nun in die Checkliste eintragen.

„Welche Situationen haben schon einmal zu einem Rückfall geführt bzw. welche Ereignisse konnten einen Rückfall ins alte Verhaltensmuster begünstigen oder auslösen?“

(Wölfling, Arbeitsblatt 6.7)



8. Sitzung: *Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag*

Checkliste für schwierige Situationen und Frühwarnhinweise

8. Sitzung: Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag

3. „Das Drehbuch des Scheiterns mit Happy End“ (Schuhler)

Dem Patienten wird vermittelt, dass nicht Schicksal, Glück oder Pech den Fortgang seines Lebens und den zukünftigen Umgang mit dem PC und Internet entscheiden, sondern er selbst wesentlichen Einfluss darauf hat.

Der/die Patientin imaginiert unter therapeutischer Anleitung eine schwierige Situation, die früher wahrscheinlich dazu geführt hätte, dass er/sie seine/ihre typische PC-/Internet-Aktivität aufgenommen hätte.

Nun wird der Patient gebeten die Situation zu schildern. Es soll herausgearbeitet werden, für welche äußere wie innere, negativ besetzte Realität diese starken Bilder vermutlich den Gegenpart spielen.

Der/die Gruppenleiter/in erzählt das Narrativ „Umgang mit Risiken“, das den Patienten an einen adäquaten Umgang mit den Situationen heranführt, die Risiken für ein Wiederaufleben der Problematik darstellt.

8. Sitzung: Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag

4. Narrativ: „Umgang mit Risiken“ (Schuhler)

Thematischer Fokus: Antizipation schwieriger Situationen, die ein Wiederaufleben des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs auslösen könnten und Erarbeitung geeigneter kognitiver, emotionaler und behavioraler Bewältigungsstrategien

Der Patient war wegen ... *[hier die Erscheinungsform des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs nennen, die dem des Patienten, dem das Narrativ erzählt wird, entspricht]* in Behandlung und am selben Punkt in der Therapie wie Sie jetzt. Ich habe ihn gebeten, ein „Drehbuch“ seines Scheiterns in der Zukunft schreiben und sich genau vorstellen, in welcher Situation, unter welchen Umständen, zu welcher Tageszeit, in welcher Umgebung, nachdem was passiert ist, er wieder in sein altes Verhalten zurückfallen könnte.

Diese Abfolge lässt er, so wie Sie es getan haben, wie einen Film vor seinem geistigen Auge ablaufen und berichtet mir das dann. Sein Film spielte sich auf dem Weg zum Arbeit ab: Er rennt zur Bushaltestelle, ist spät dran, es regnet, er gleitet aus, fast fällt er hin. Der Bus fährt ihm vor der Nase weg, ein paar Mädchen an der Bushaltestelle kichern, er rappelt sich auf, dreht um und geht wieder nach Hause, dort macht er den PC an, geht ins Internet und fängt wieder an zu ... *[hier die Erscheinungsform von oben nennen]*.

Dass er den Bus verpasst hat, hat nur leichten Ärger ausgelöst, aber die kichernden Mädchen – da bekommt er Ärger und er schämt sich. Die Sehnsucht nach der PC-/Internet-Aktivität wird stark.

Ich habe ihn gefragt, was er tun könnte, um einer solchen Situation vorzubeugen? Ihm ist als erstes eingefallen: Nicht den Bus verpassen. Das ist ja auch richtig und so haben wir uns damit beschäftigt, wie verhindert werden kann, dass der Bus verpasst wird. Die Antwort war leicht gefunden: Er steht früher auf, sofort nach dem Klingeln des Weckers. Wiewohl auch das nicht immer einfach umzusetzen ist, war ihm doch klar, dass die kichernden Mädchen das eigentliche Problem sind. Wir mussten etwas finden, das ihm hilft damit fertig zu werden.

Er kam dann auf folgende Idee: „Ich sage mir, das Ausrutschen kann jedem passieren. Es ist so banal, dass niemand lange darüber nachdenken sollte. ‚Niemand‘ schließt meine eigene Person mit ein. Weniger grübeln, mehr leben. Und jetzt lebe ich ‚Busfahren‘. Wenn es auch winzig erscheint, so bringt es mich doch zu meiner Arbeit und macht eine Menge Gutes möglich.“

Das war sein großartiges Drehbuch mit Happy End. Die Hauptrolle hatte der Schlüsselsatz: „Weniger grübeln, mehr leben.“

8. Sitzung: Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag

5. Notfallkarte:

*Es ist wichtig, dass der Therapeut den Patienten verdeutlicht, dass **Rückfälle vorkommen können**.
Gemeinsam werden hilfreiche kognitive Bewertungen und positive Selbstinstruktionen erarbeitet:
z.B.: „Ich kann es schaffen, mein Verhalten schnell wieder zu ändern“.*

(Wölfling, Arbeitsblatt 6.10)

Wenn ich wieder anfangen sollte zu spielen, werde ich mich schnellstmöglich um Schadensbegrenzung für mich bemühen. Ich werde mich gut um mich kümmern, indem ich ...

... zunächst meinen besten Freund anrufe (Tel.: ...) und ihm von meinem Rückfall berichte.

... mit meinem Freund gemeinsam das Spiel entsorge bzw. meinen neu angelegten Account lösche.

... mich um eine aktive Tagesplanung nach dem Rückfall bemühe

... meine Therapeutin (Tel.: ...) kontaktiere, um mit ihr den Rückfall aufzuarbeiten.

Wenn ich wieder anfangen sollte zu spielen, werde ich mich schnellstmöglich um Schadensbegrenzung für mich bemühen. Ich werde mich gut um mich kümmern, indem ich

...

...

...

...

...

8. Sitzung: Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag

6. „Problemblasen“

Ziel dieser Intervention ist es, den Patienten darin zu unterstützen, für die ***Zeit nach der Therapie positiv formulierte Ziele festzulegen***, die in einen konkreten umsetzbaren Handlungsplan eingebunden sind.

Vorgehen:

Eine ***Glaskugel mit eingeschlossenen Luftblasen und ein Gegenstand*** (der die Therapie symbolisiert z.B. Flyer vom API/Fachbuch) werden im Abstand von ca. 1,5m auf den Boden gelegt. Der Patient wird gebeten sich vor das Therapie-Symbol zu stellen und auf die Kugel zu blicken.

Therapeut: ***“ Die 2 Gegenstände stehen symbolisch einmal für die Fortschritte, die Sie in der Therapie erreicht haben (API-Flyer) und für die Pläne, die Sie in Zukunft haben (Glaskugel). Diese Kugel hat Einschlüsse in der Form von unterschiedlich großen Blasen. Die Blasen trüben den klaren Blick in die Zukunft. Sie sind die Probleme. Die Ihnen im nächsten Jahr im Weg stehen könnten. Welche Problemblasen sehen sie da jetzt?“***

(Schuhler; Narrativ Problemblasen TE 5)

8. Sitzung: Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag

Therapieeinheit 5 – Intervention *Die Kristallkugel: Blick in die Zukunft*

Narrativ Problemblasen

Thematischer Fokus: Identifizierung potenzieller anspruchsvoller oder schwieriger Situationen in der Zeit nach der Therapie

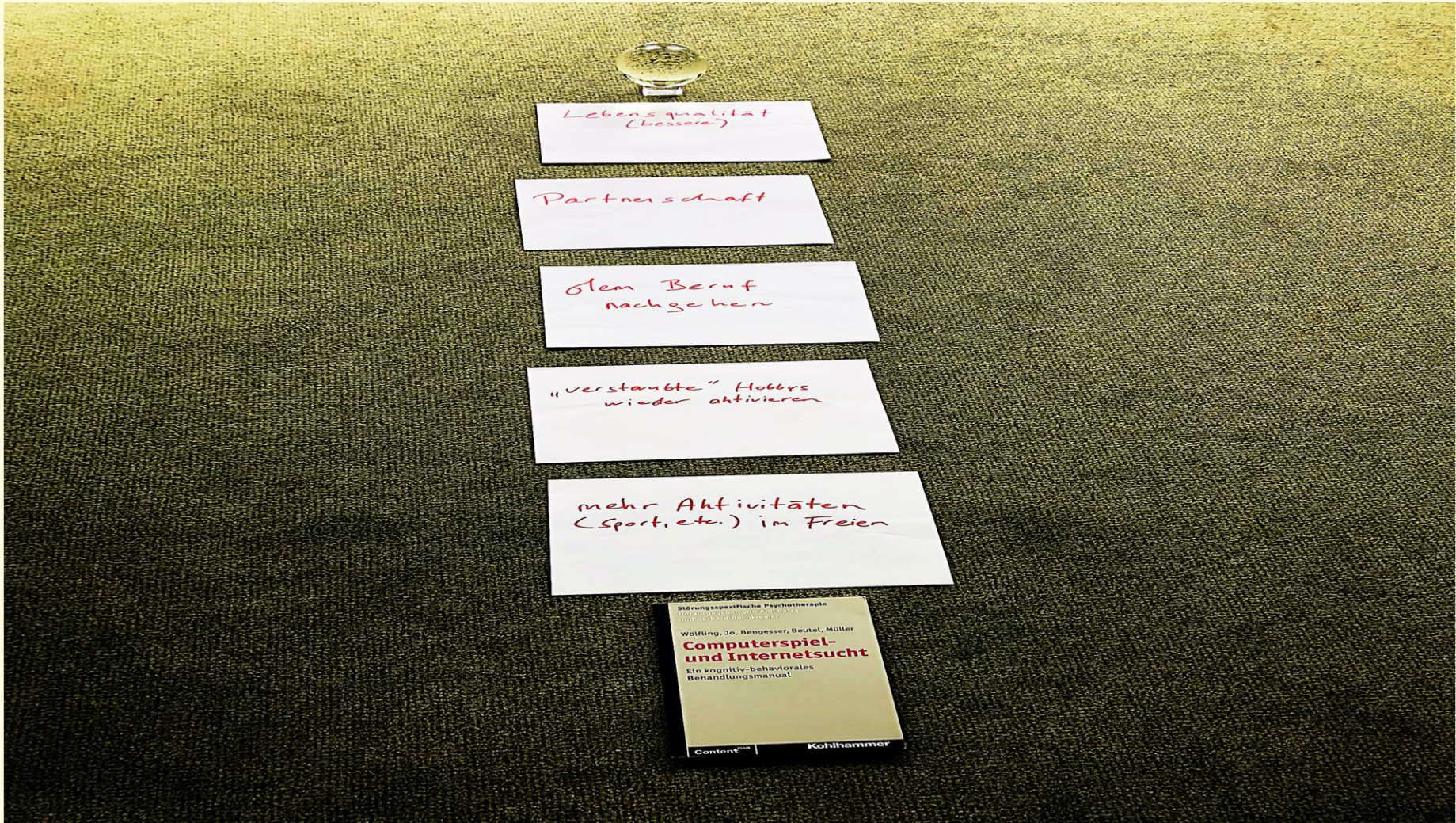
Der Patient hat gesagt: „Also, eine Problemblaste, das ist meine Arbeit. Was soll ich denn machen? Abitur nachholen will ich nicht.“ Ich habe dann „kein Abitur“ auf eine Karte geschrieben und gefragt: „Und sehen Sie noch andere Problemblasten im nächsten Jahr?“ Der Patient meinte nachdenklich: „Wo soll ich denn wohnen? Nach Hause gehe ich auf keinen Fall mehr.“ Ich habe dann notiert: „Nicht zu Hause wohnen.“ Nachdem ihm keine Probleme mehr eingefallen sind, haben wir die Karten ausgewertet. Zunächst habe ich ihn gebeten, nicht in dem Sinn zu formulieren „Das will ich nicht haben“, sondern „Das will ich haben“. Statt „kein Abitur“ soll gesagt werden „Am liebsten was Handwerkliches an der Luft“. Und so hat er sich dann statt „Ich will nicht mehr zu Hause wohnen“ entschieden für „Ich will ein eigene kleine Wohnung, die ich auch selbst sauber mache“.

Th: „Also: Die eingeschlossenen Blasen, das sind die Aufgaben, die sich Ihnen stellen und die Sie lösen müssen, wenn Sie Ihre Ziele erreichen wollen.“

Die Ziele werden im Einzelnen dahingehend untersucht, auf welchen Wegen sie erreicht werden können, welche Möglichkeiten offen stehen, wer dabei helfen kann, usw.

*Das Narrativ kann helfen die entsprechenden Assoziationen zu entwickeln. Die Aufgaben werden auf eine Karteikarte geschrieben und danach zwischen Therapiesymbol und Kugel gelegt. Dann wird nächstes Ziel aufgeschrieben, usw. bis **8-10 Zielkarten** am Boden liegen, dies kann **fotografiert** werden und dem Patienten mitgegeben werden.*

8. Sitzung: Rückfall-Prävention und Transfer in den Alltag



Orpheusmodule

„ ... denn wenn ein Leben reich und sinnerfüllt ist, hat Sucht keine Chance!“

(Scheibenbogen, 2014)



*Quelle: Altes Museum, Berlin, 5.
Jhdt. v. Chr.*

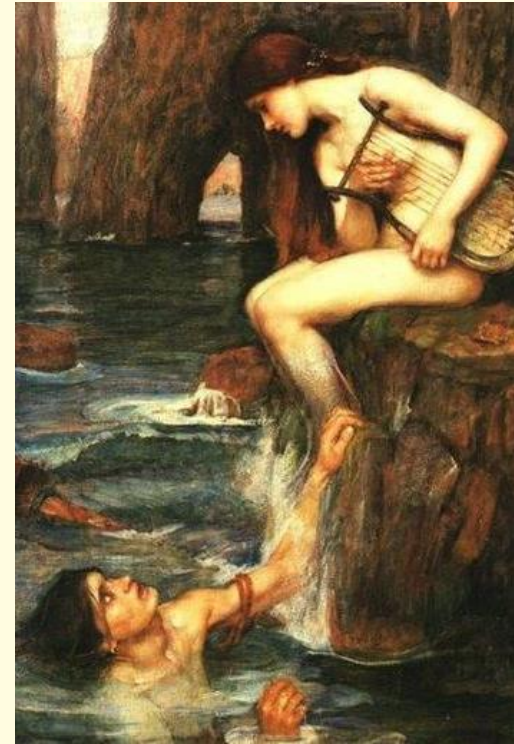
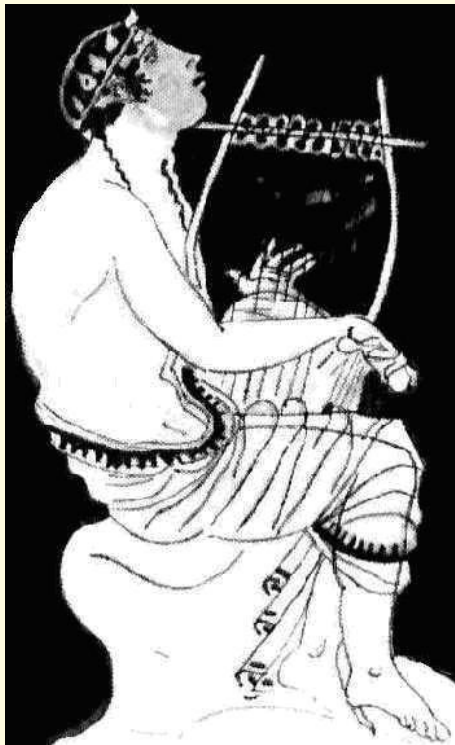
Odysseus und die Sirenen





*Auguste Hirsch:
Kalliope
unterrichtet
den jungen
Orpheus
in der Musik, 1863*

Orpheus, die Argonauten und die Sirenen



Theoretische Fundierung

Multidisziplinärer Ansatz

- *Ressourcenorientierung*
- *Salutogenese (Kaluza 2011)*
- *Euthyme Therapie (Koppenhöfer 2014)*
- *Achtsamkeitsbasierende Psychologie (Huppertz 2011)*



Merkmale von Genuss	Merkmale von Sucht
Genuss-Verhalten lebe ich, um alles zu erleben, mich mit allen Gefühlen zu erleben	Suchtverhalten lebe ich, um bestimmte Gefühle nicht wahrzunehmen
Genuss schöpft aus der Fülle	Sucht versucht, die Leere gierig zu füllen
Im Genuss gibt es Steigerung	In der Sucht herrscht Stillstand und Rückschritt
Genuss verursacht keine Reue	Sucht bringt Reue mit sich
Genuss genügt sich selbst	Sucht giert nach mehr
Genuss geschieht in der Freiheit	Sucht geschieht in der Abhängigkeit
Genuss bereichert, stärkt, macht langfristig satt	Süchtiges Verhalten macht hungriger und schwächer
Genuss hat mit wirklicher Befriedigung zu tun	Sucht hat mit Betäubung zu tun
Genuss braucht keinen Kick	Sucht sucht den Kick
Genuss kennt das Maßhalten	Sucht neigt zu Maßlosigkeit
Genussmittel: bewusster Gebrauch	Genussmittel: (bewusster) Missbrauch
Genuss heißt: ICH hab's unter Kontrolle	Sucht heißt: ES hat mich unter Kontrolle
Genuss setzt Freiwilligkeit voraus	Sucht bedeutet Zwang
Genuss ist etwas Neues	Sucht ist etwas Altes und Bekanntes
Genuss ist nachhaltige Zufriedenheit	Sucht ist kurzfristige Flucht
Genuss hat mit Qualität zu tun	Sucht braucht nur Quantität
Genuss induziert Entspannung	Sucht entsteht aus Anspannung

Was ist Genuss?

*Eine positive Sinnesempfindung, die mit körperlichen und/oder **geistigem** Wohlbehagen verbunden ist.*

- *nicht „nur“ gustatorisch (sinnlich)*
- *intellektuell und ästhetisch*
- *sozial*

Genuss ist ...

*Erst durch differenzierte **Wahrnehmung** mit allen Sinnen ist ein genussvolles (Er)Leben möglich.*



sinnlich

*Genuss ist immer mit positiven **Empfindungen/ Emotionen** verbunden (Freude, Spaß, Entspannung, Aufregung, ...)*



freudvoll

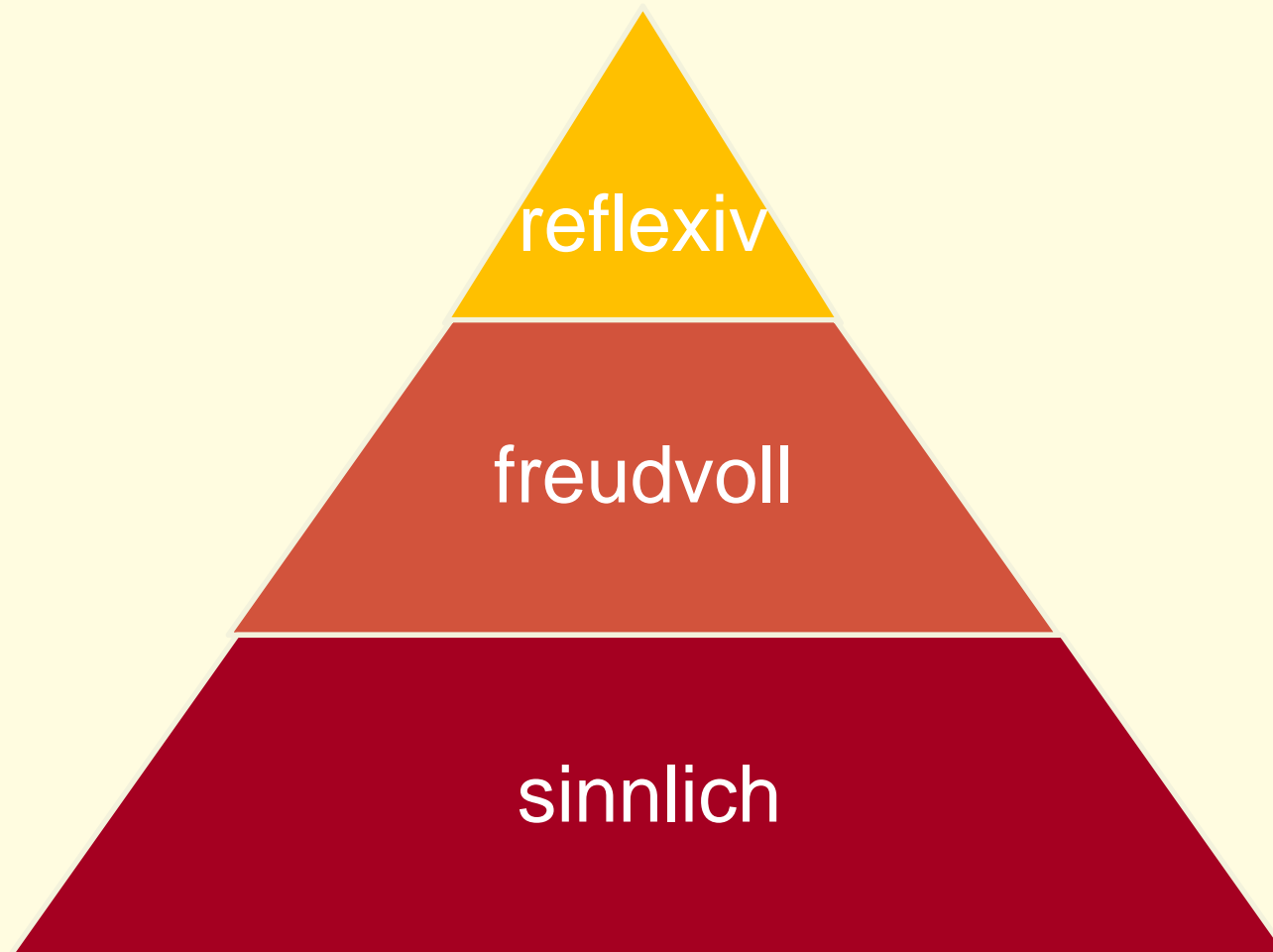
*Erst durch die bewusste **Verarbeitung** der genussvollen Empfindungen entsteht ein ganzheitliches Erleben.*

- *Wie komme ich zu dieser Empfindung?*



reflexiv

Genuss ist ...



Gruppe zum Genusserleben

Schaffen von Atmosphären

Zusammenführen von:

- *Menschen*
- *Räumen*
- *Inhalten*

Ziel:

- *Angstfreies Ausprobieren (Experimentieren)*
- *Hinterfragen eigener Motive, Normen und Wertvorstellungen*
- *Genuss als Antagonist der Sucht begreifen*

Rahmenbedingung und Setting:

- *Zielgruppe: alle PatientInnen mit Therapieziel: Lebens (neu-) bzw. Umgestaltung*
- *Zuweisung durch fallführende TherapeutInnen*
- *zweimal wöchentlich á 1,5 h*
- *Halbstandardisiertes Gruppenkonzept mit Einstiegsmöglichkeit alle 1,5 Wochen*
- *4 Module á 3 Einheiten => gesamtes Programm 6 Wochen*
- *Gruppengröße: max. 12 Personen*

Basismodule Genuss erleben

1. *Modul A: Mit allen Sinnen (er)leben*
2. *Modul B: Selbstfürsorge und Wohlbefinden*
3. *Modul C: Beziehungen leben*
4. *Modul D: Sinnorientierung und Selbstwirksamkeit*

Modul A

Mit allen Sinnen (er)leben



A1) Sehen, Schmecken

A2) Tasten, Hören

A3) Riechen

Modul B

Wege zum Genuss

- *Gönne Dir Genuss*
- *Genuss braucht Zeit*
- *Genieße bewusst*
- *Schule Deine Sinne*
- *Genieße auf Deine eigene Art*
- *Weniger ist mehr*
- *Plane Deinen Genuss*
- *Genieße die kleinen Dinge des Alltag*

vgl. Kaluza 2011

Modul B

Selbstfürsorge und Wohlbefinden



- B1) Wohlbefinden im Alltag wahrnehmen*
- B2) Wohlbefinden bewusst herstellen*
- B3) Mein Wohlfühl-Ort/mein Zukunftstraum*

Modul C

soziale Netzwerke - soziale Unterstützung:



- C1) Wer gehört dazu?*
- C2) Qualität sozialer Beziehungen genau betrachten?*
- C3) Was tue ich bereits? Was werde ich zukünftig tun?*

Modul D

Sinnorientierung und Selbstwirksamkeit



- D1) Idole/Ideale – Welche Werte leiten mich?*
- D2) Selbstlob – Wofür verdiene ich Anerkennung?*
- D3) Mutmacher – Wie stärke ich meinen Optimismus?*

Weitere Angebote des Orpheusprogramms I

Aktivgruppe

Individuelle, unterstützende Förderung und Reaktivierung verborgener, kreativer Anlagen im geschützten Rahmen der Kleingruppe mit unterschiedlichsten Medien. U.a.: Förderung der Konzentration, Geschicklichkeit, Feinmotorik, Ausdauer, Kommunikationsfähigkeit, sozialer Kompetenz, Kreativitätsparameter etc.

***Zielgruppe:** Pat. mit Hirnorganischem Psychosyndrom, kognitiven und/oder feinmotorischen Defiziten, depressive PatientInnen mit Mangel an Eigeninitiative und Strukturiertheit.*

***max. TN-Zahl:** 12 Personen (2 Termine pro Woche wahlweise zu 2 verschiedenen Zeiten)*

Musikprojekt

Rhythmus und Takt, Stimme und Melodie, Tonaufnahmen zur Produktion einer gemeinsamen CD; (Vorkenntnisse sind nicht erforderlich)

***Zielgruppe:** Steigerung des Selbstwerts und des Gemeinschaftserlebens der PatientInnen durch Umsetzung der persönlichen Problematik in musikalischer Form*

***max. TN-Zahl:** 12 Personen (1 Einzeltermin)*

Chorsingen:

Ein- und mehrstimmige Gesänge, Kanons, Volkslieder, Jazz, klassische Literatur etc.

***Zielgruppe:** Niederschwellige Gruppe zur Förderung der sozialen Interaktionsfähigkeit; für musikalisch Interessierte, Vorkenntnisse sind nicht erforderlich; Förderung von Atemtechniken zur Spannungsregulation*

***max. TN-Zahl:** 20 Personen (1 Termin pro Woche)*

Weitere Angebote des Orpheusprogramms II

Kinotherapie:

Gute Filme sind wie Balsam für die Seele, denn in jedem Zelluloid-Streifen steckt ein Stück Lebenshilfe. Deshalb werden einmal pro Woche die Seminarräume des Anton Proksch Instituts zu einem Kino umfunktioniert, in dem über Großbildprojektion Ausschnitte aus einem Kinofilm gezeigt werden. Im Anschluss an die ca. 30 Minuten dauernde Filmvorführung folgt das Nachbesprechungsseminar zu den gezeigten Szenen. Im Seminar wird über den Inhalt des Filmes gesprochen und die therapeutisch-lebensphilosophische Botschaft des Filmes diskutiert.

Zielgruppe:

max. TN-Zahl: 35 Personen (1 Termin pro Woche)

Kulturausflug:

Im Rahmen der begleiteten Ausflüge wie z.B. Kino, Kabarett, Theater, Museen und vieles mehr entsteht in einer ungezwungenen Atmosphäre ein freudvolles Erlebnis, das zur Wiederaufnahme eines gesundheitsförderlichen Freizeitverhaltens beiträgt.

Zielgruppe:

PatientInnen mit wenig Initiative bei ihrem eigenen Freizeitverhalten, das durch die Suchterkrankung verstärkt oder verursacht wurde sowie Bedarf an Aktivierung verborgener Interessen.

Weitere Angebote des Orpheusprogramms III

Waldwandern:

Aufenthalte im Wald und in der Natur wirken sich positiv auf unser Gemüt und unser Wohlbefinden aus. Das spüren und erleben nicht nur viele Menschen, dies ist mittlerweile auch durch viele Studien belegt und wird verstärkt von Therapeuten, Pädagogen, u.a. in ihren Arbeitsbereichen genutzt. Es wurde unter anderem nachgewiesen, dass sich bei Waldbesuchen die Pulsrate verringert, sich eine Senkung des Blutdrucks einstellt und eine Abnahme des Cortisolspiegels festzustellen ist. Dies sind physische Indikatoren, die auf eine anspannungsreduzierende Wirkung des Aufenthalts im Wald hinweisen. Erforscht sind auch positive Effekte z.B. bei Schlafstörungen, stressbedingten Erkrankungen und Depressionen, um hier nur einige wenige Beispiele zu nennen. Solche Effekte zu nutzen ist unter Anderem das Ziel dieses Naturangebots.

Aktivitäten / Methoden

- *Wanderungen*
- *Wahrnehmungs- und Sinnesschulung durch Achtsamkeitsübungen*
- *Wissensvermittlung über den Wald und das Ökosystem, zu Geschichte, Geografie*
- *Kreatives Gestalten mit Naturmaterialien (LandArt)*
- *Partner-, Koordinations- und Kooperationsübungen*
- *Essbares in der Natur finden, verkosten und ggf. zubereiten*

Die Methoden und Übungen werden niederschwellig aufgebaut und auf die jeweilige Gruppe abgestimmt durchgeführt und eventuell in Gruppen- oder Einzelgesprächen reflektiert.

Ziel:

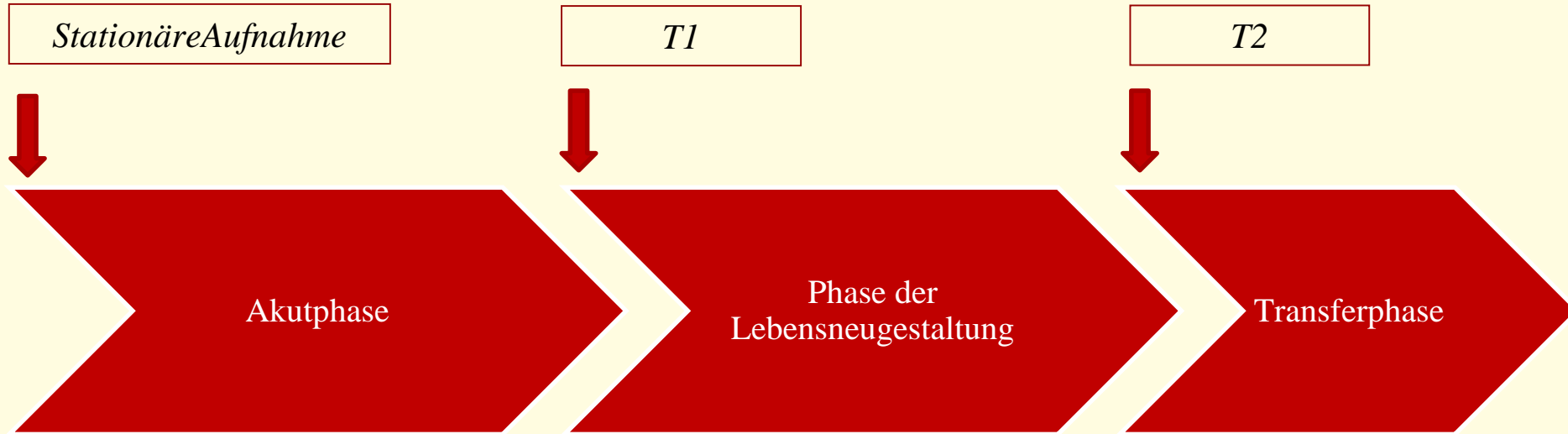
- *Stressabbau und Entspannung einerseits, Aktivierung und Belebung andererseits*
- *Vertraut werden mit der Natur - den Wald als Ressource für eigene Bedürfnisse entdecken*
- *Gesundheitsförderung (s.o.): 'Frische Waldluft', Bewegung, Motorische Schulung, Muskelaufbau*
- *Körperbewusstsein steigern durch die Aktivitäten im Freien und mit angeleiteten Übungen*
- *Entspannte Atmosphäre für Gespräche*
- *Natur als Abbild eigener innerer Prozesse, als Projektionsfläche und Reflexionsmöglichkeit*
- *Motivation und Durchhaltevermögen entwickeln*
- *Freude, Genuss und Vergnügen im Freien zu sein*

Orpheus-II-Studie 2014/15

Wirkfaktoren zum Übertönen der Sirenen!



Messzeitpunkte sowie Ein- und Ausschlusskriterien



Einschlusskriterien

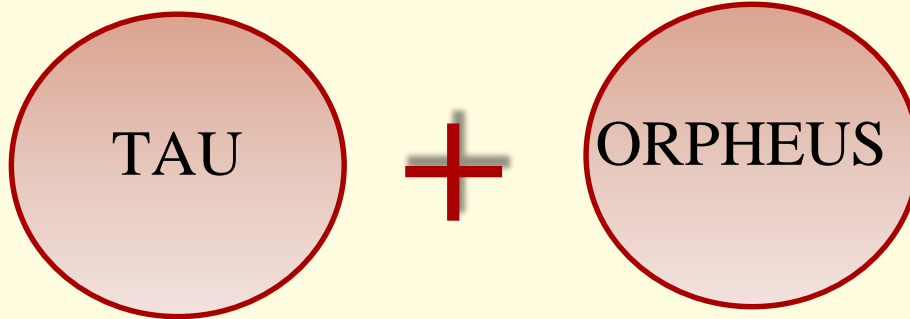
- diagnostizierte: Alkoholabhängigkeit F10.2 oder Medikamentenabhängigkeit F13.2 oder Pathologisches Glücksspiel F63.0
- Abgeschlossener Entzug
- Alter: 18 bis 65 Jahre

Ausschlusskriterien

- PatientInnen mit Demenz bzw. kognitiver Beeinträchtigung
- Akute Psychose

Studiendesign

KG



Δ 4 Wst.

VG



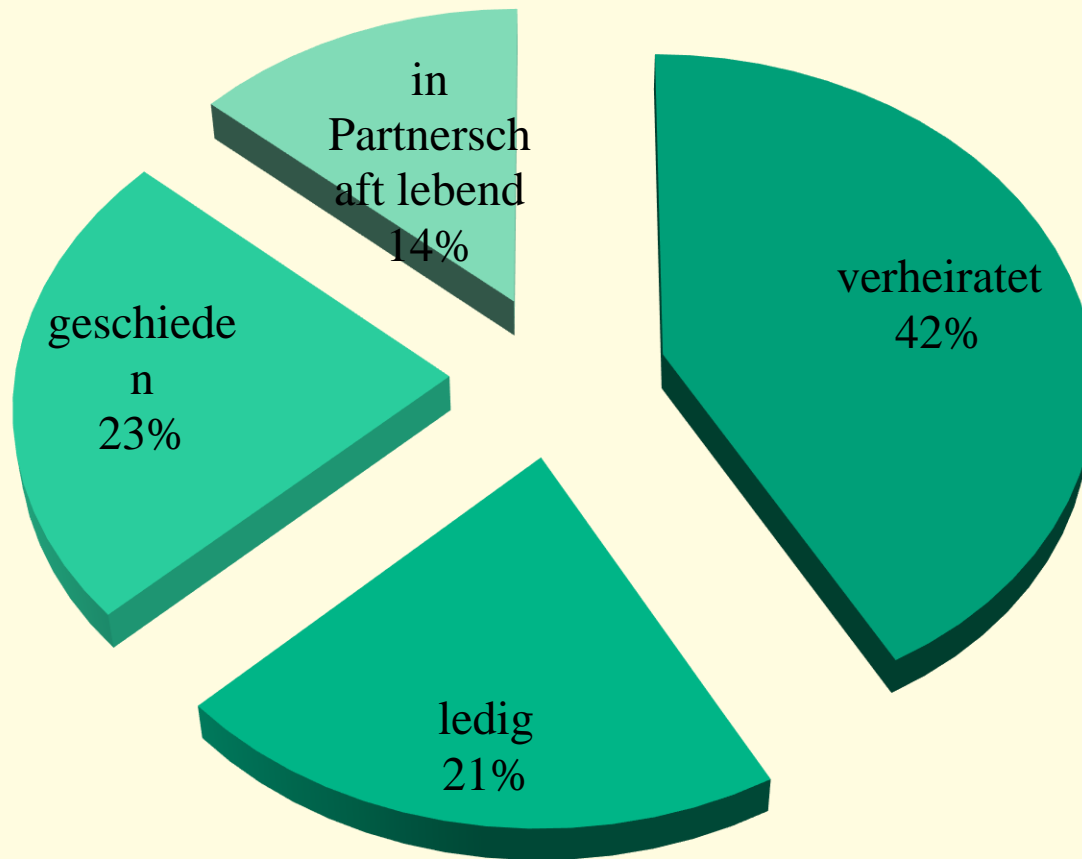
Orpheus-I-Studie
2010

Orpheus-II-Studie
2014/21015

Soziodemographische Daten

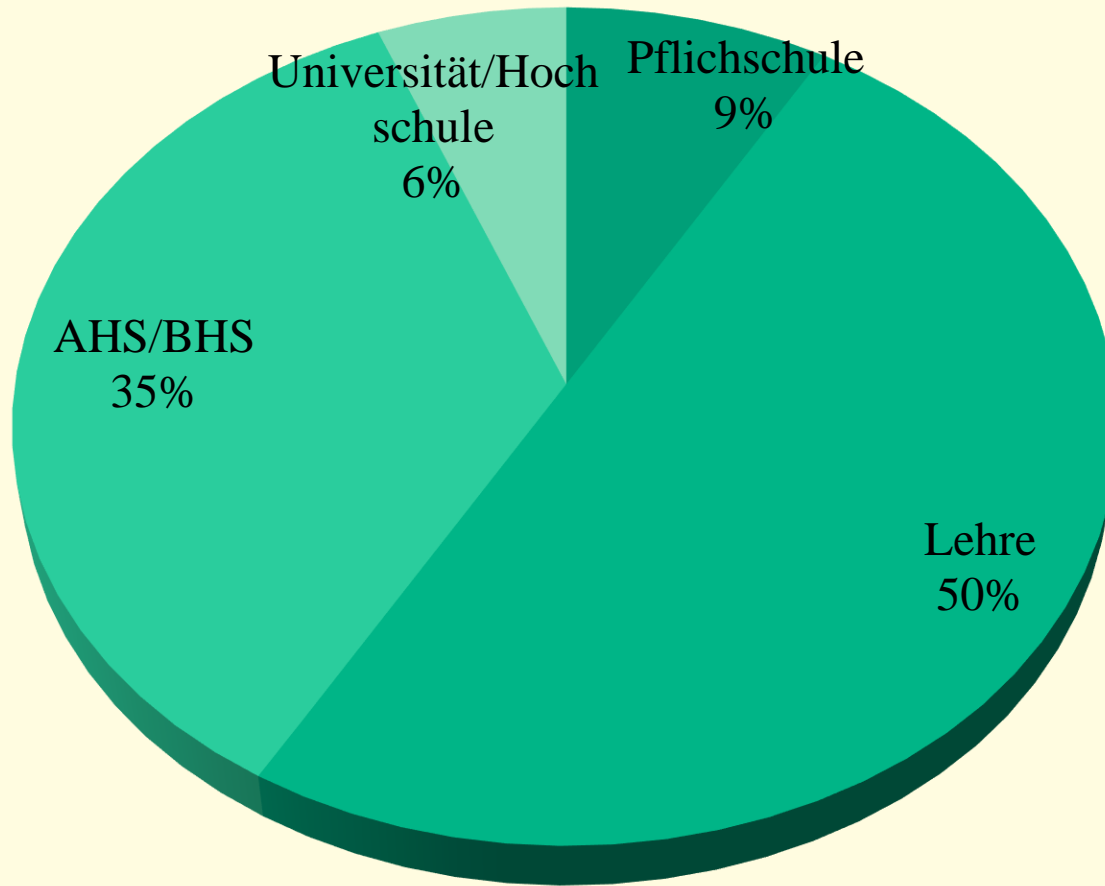
	MW	Min	Max	SD	p	
Zeitspanne Aufnahme - T1	15	5	37	8	,872	n.s.
Zeitspanne T1 – T2	39	12	79	11	,287	n.s.
Alter	49	27	73	10	,711	n.s.
Anzahl stat. Aufenthalte	1,65	1	10	1,6	,495	n.s.
Dauer der al [Monate]	6,8	1	30	6,7	,301	n.s.
	Prozent				p	
	KG	VG	Gesamt			
Geschlecht	w/m 25/75	w/m 45/55	w/m 35/65		,06	n.s.
erwerbstätig	54	38	46		,475	n.s.

Familienstatus



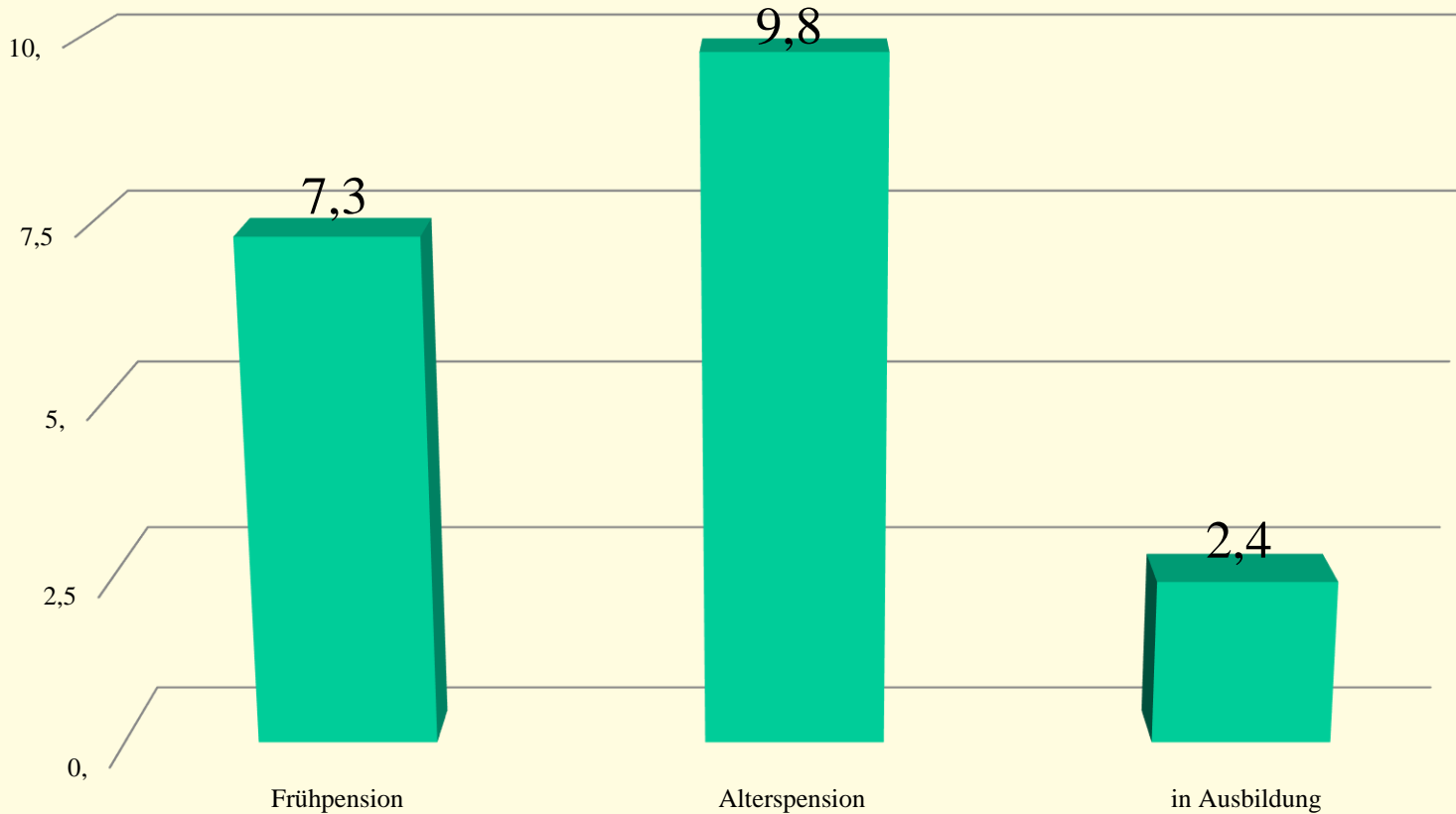
($p = ,555$ n.s.)

Schulbildung



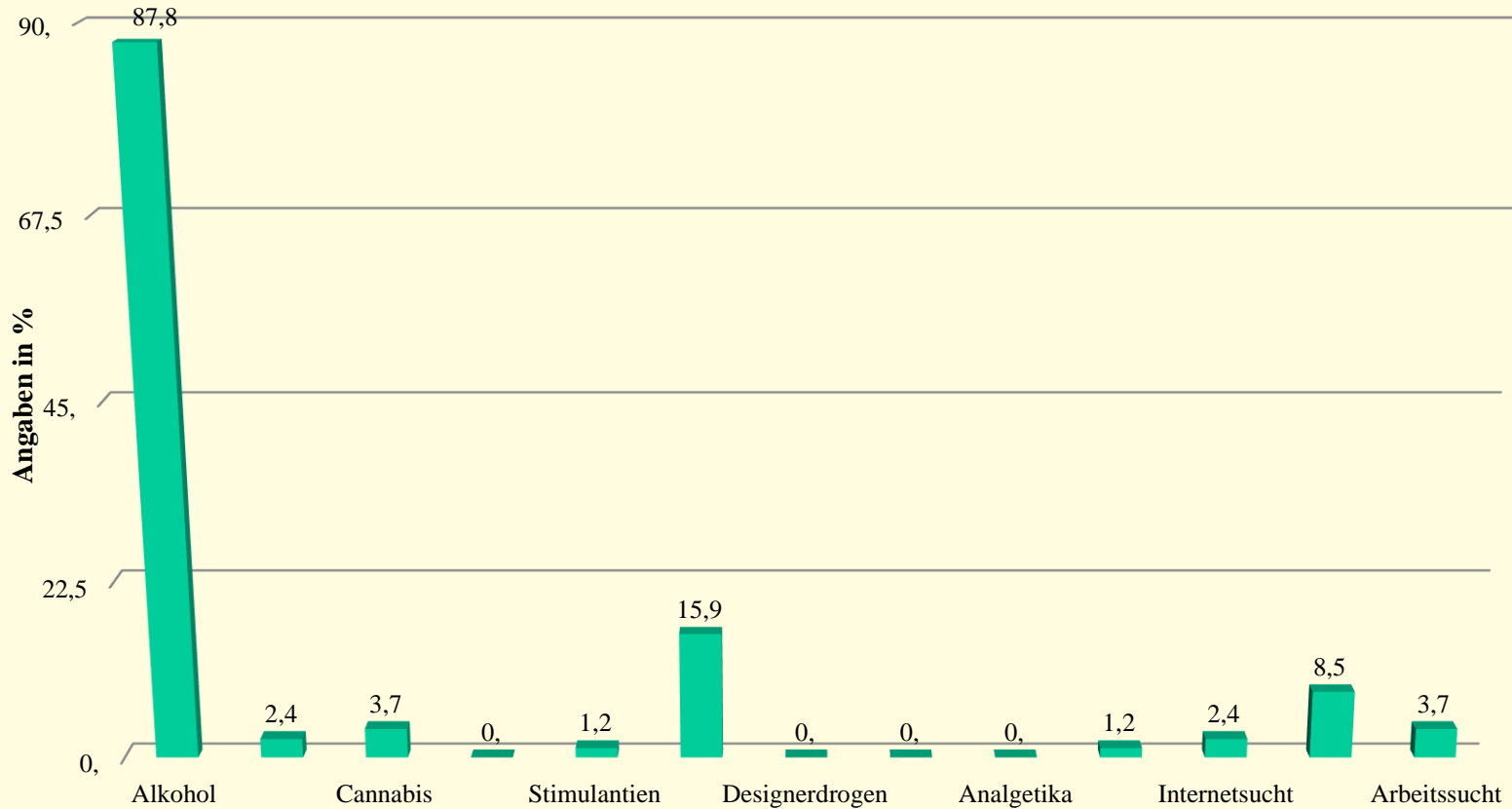
P =, 908 n.s.

Außerhalb der Erwerbstätigkeit [%]



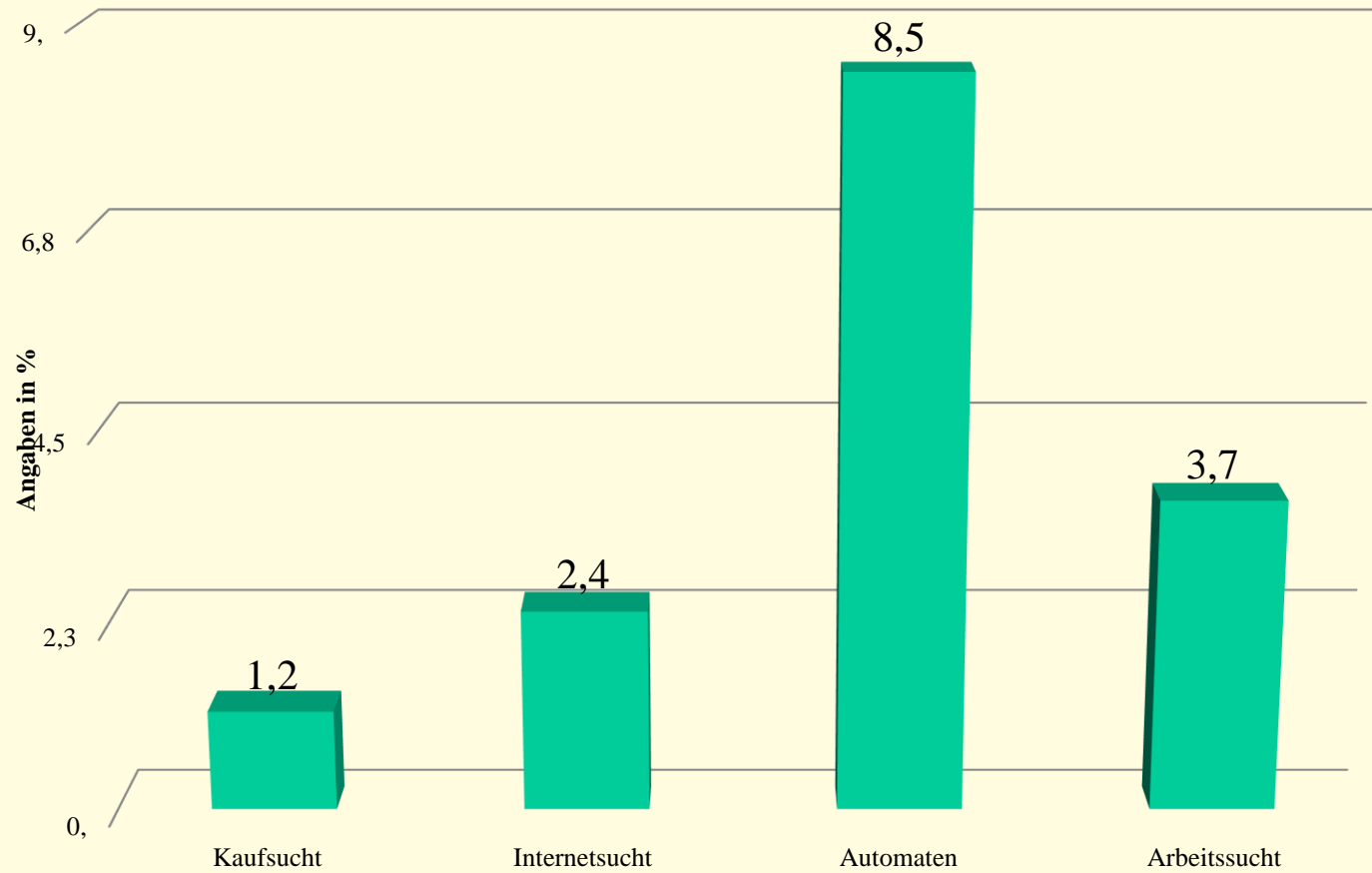
P =, 507 n.s.

Art der Abhängigkeitserkrankung

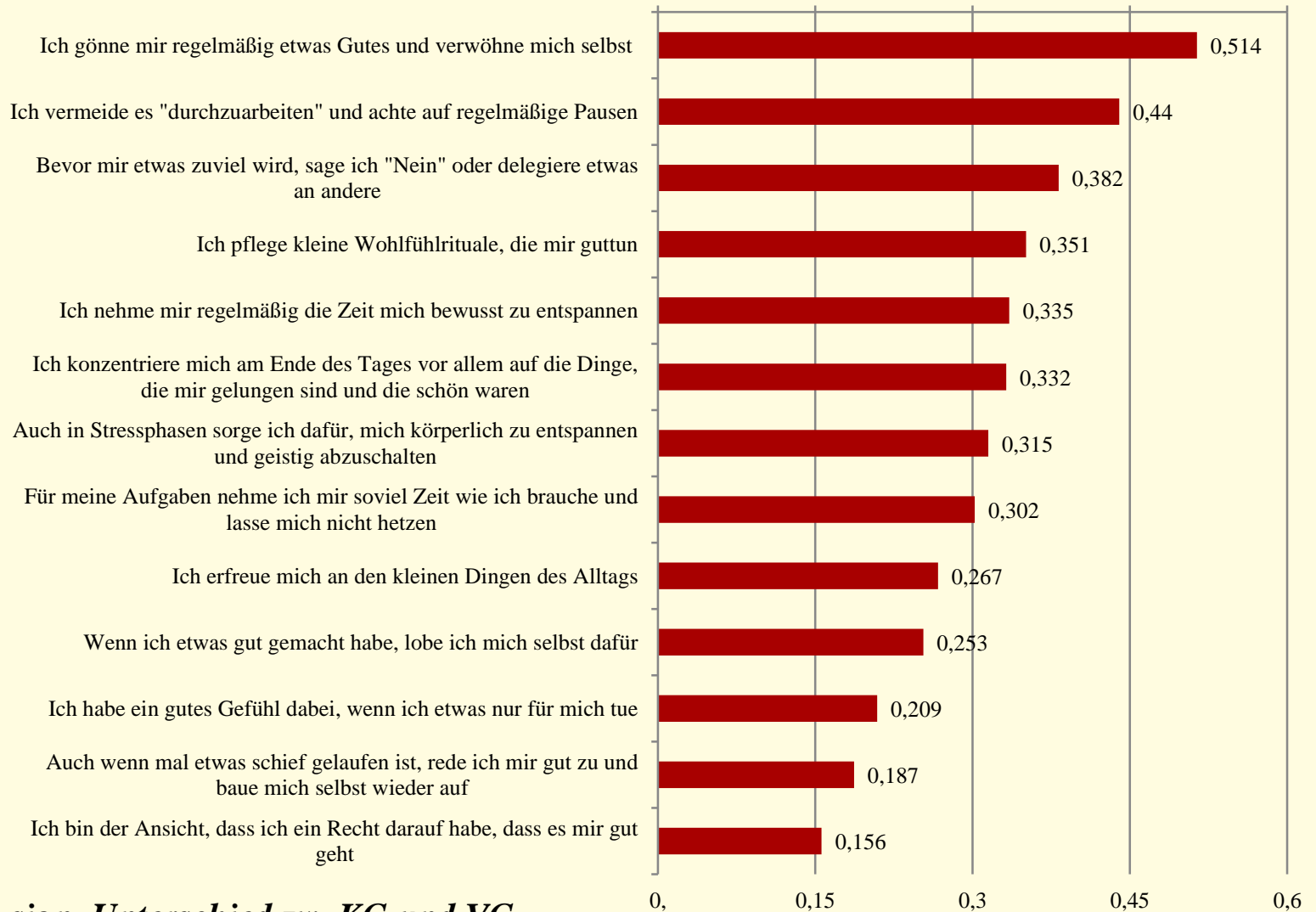


Kein sign. Unterschied zw. KG und VG

Verhaltenssüchte



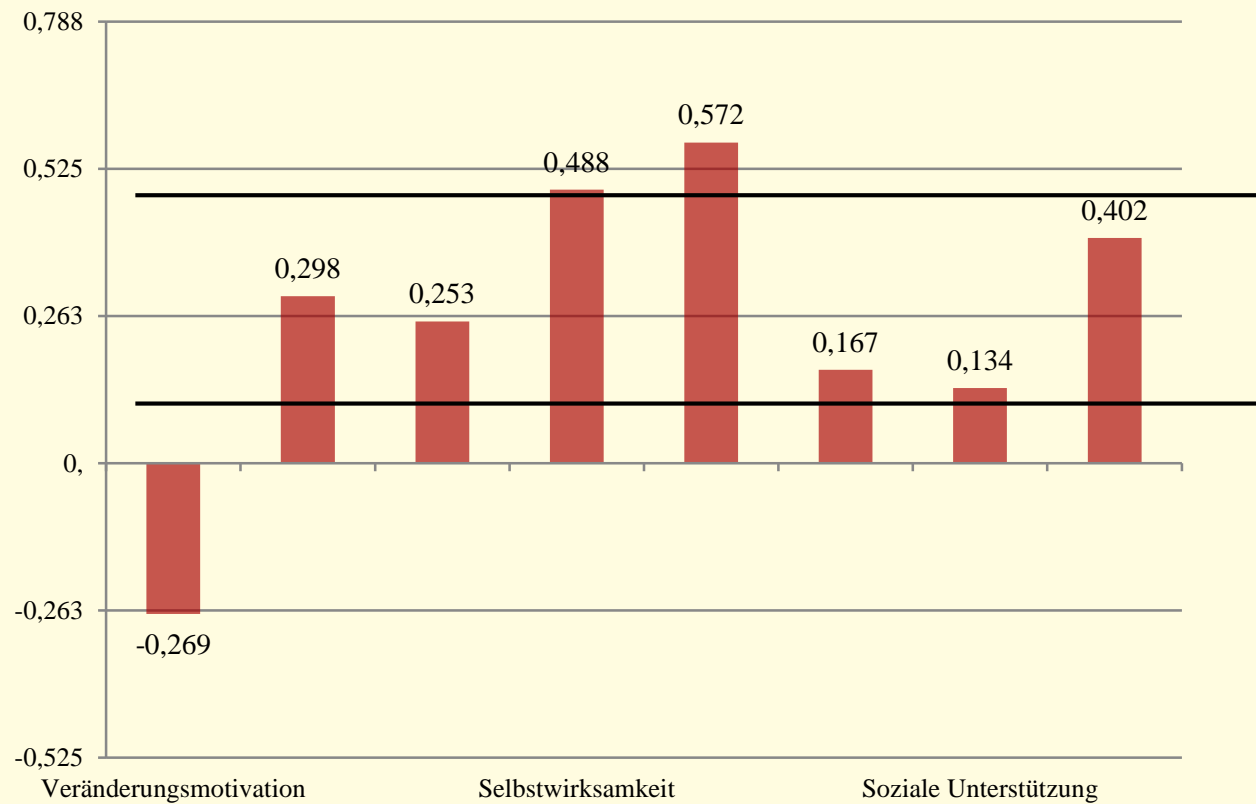
Effektstärken des Orpheusprogramms



Kein sign. Unterschied zw. KG und VG

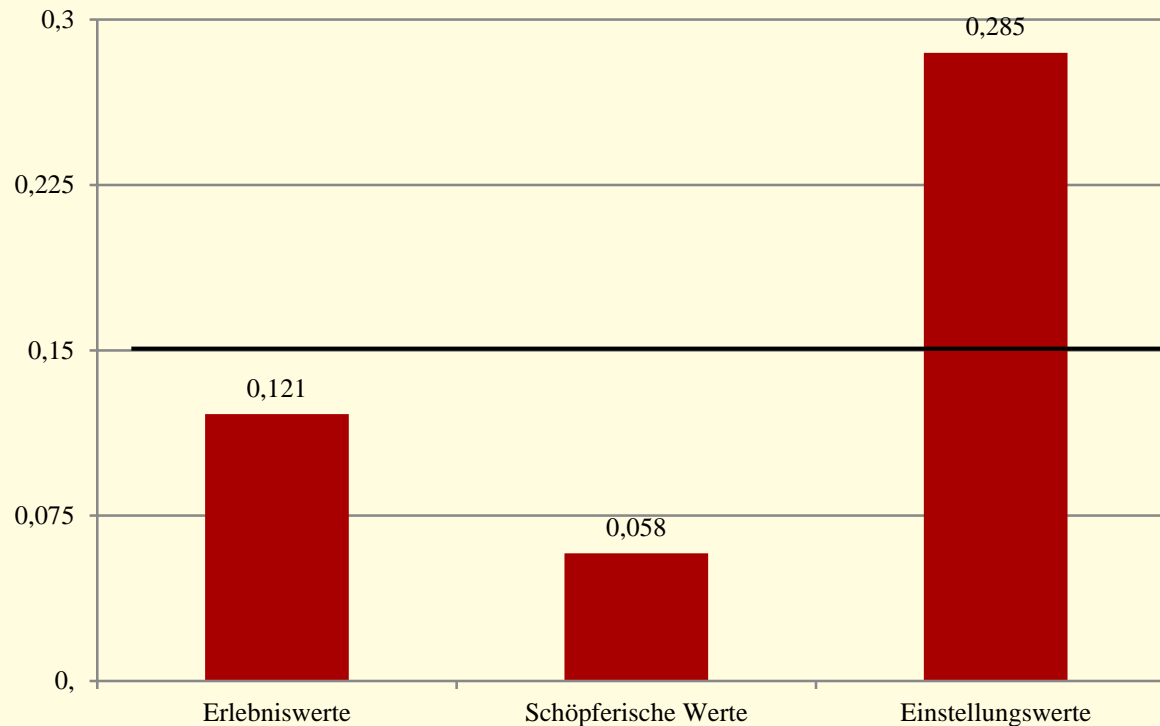
Effektstärken des Orpheusprogramms

(**FERUS** Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, Mary Jack 2007)



Kein sign. Unterschied zw. KG und VG

Effektstärken des Orpheusprogramms (Werterleben nach Victor Frankl)



Kein sign. Unterschied zw. KG und VG

Selbstwirksamkeitserwartung

... ist die optimistische Überzeugung einer Person, selbst über die notwendigen personalen Ressourcen zur Bewältigung schwieriger Anforderungen zu verfügen.

„Perceived self-efficacy is concerned not with the number of skills you have, but with what you believe you can do with what you have under a variety of circumstances.“ (Bandura, 1997)

„Effective functioning requires both skills and the efficacy beliefs to use them“ (Bandura, 1997)

3 Dimensionen:

1. Schwierigkeitsgrad (einfach <-> komplex)
2. Allgemeinheit (spezifisch <-> allgemein)
3. Überzeugungsstärke (gering <-> hohe)

Warum Selbstwirksamkeitserwartung?

„Surprisingly, general self-Efficacy turned out to be an even better predictor of abstinence than self–efficacy measured with the SCQ.“ (Ludwig, Tadayon-Manssuri, Strikt and Moggi, 2013)

„In numerous studies of substance abuse treatment, self-efficacy has emerged as an important predictor of outcome, or as a mediator of treatment effects. Despite these repeated positive findings, the self-efficacy concept has had little impact on the design of treatments.“ (Kadden & Little, 2011)

Die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), als Basis für ein autonomes und freudvolles Leben, scheint gerade durch das Orpheusprogramm, insbesondere jedoch durch die Fokussierung auf das Genusserleben positiv beeinflussbar zu sein.

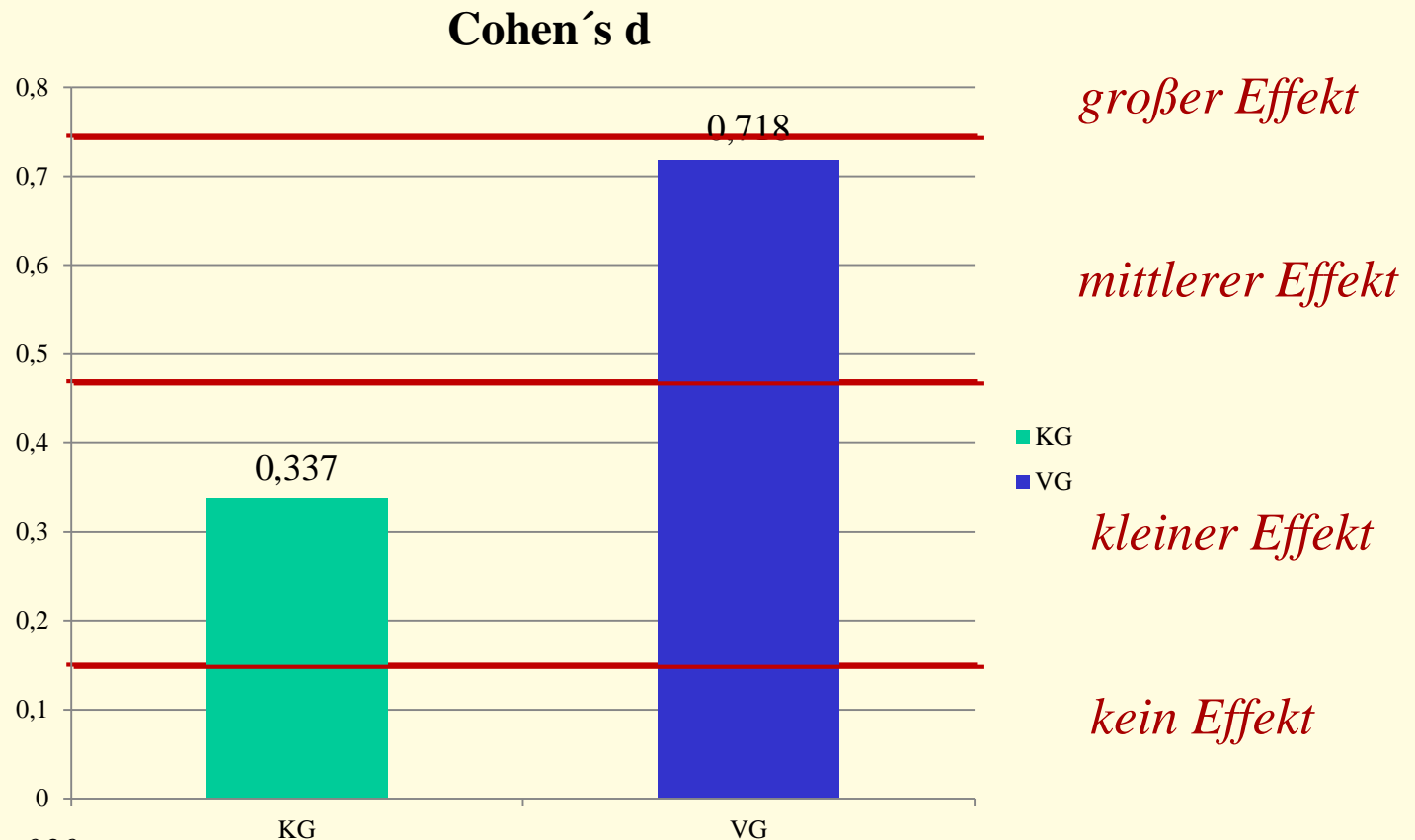
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

- 1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.*
- 2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.*
- 3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.*
- 4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.*
- 5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.*
- 6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.*
- 7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.*
- 8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.*
- 9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.*
- 10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.*

(1) stimmt nicht, (2) stimmt kaum, (3) stimmt eher, (4) stimmt genau

(Schwarzer & Jerusalem, 1999)

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung



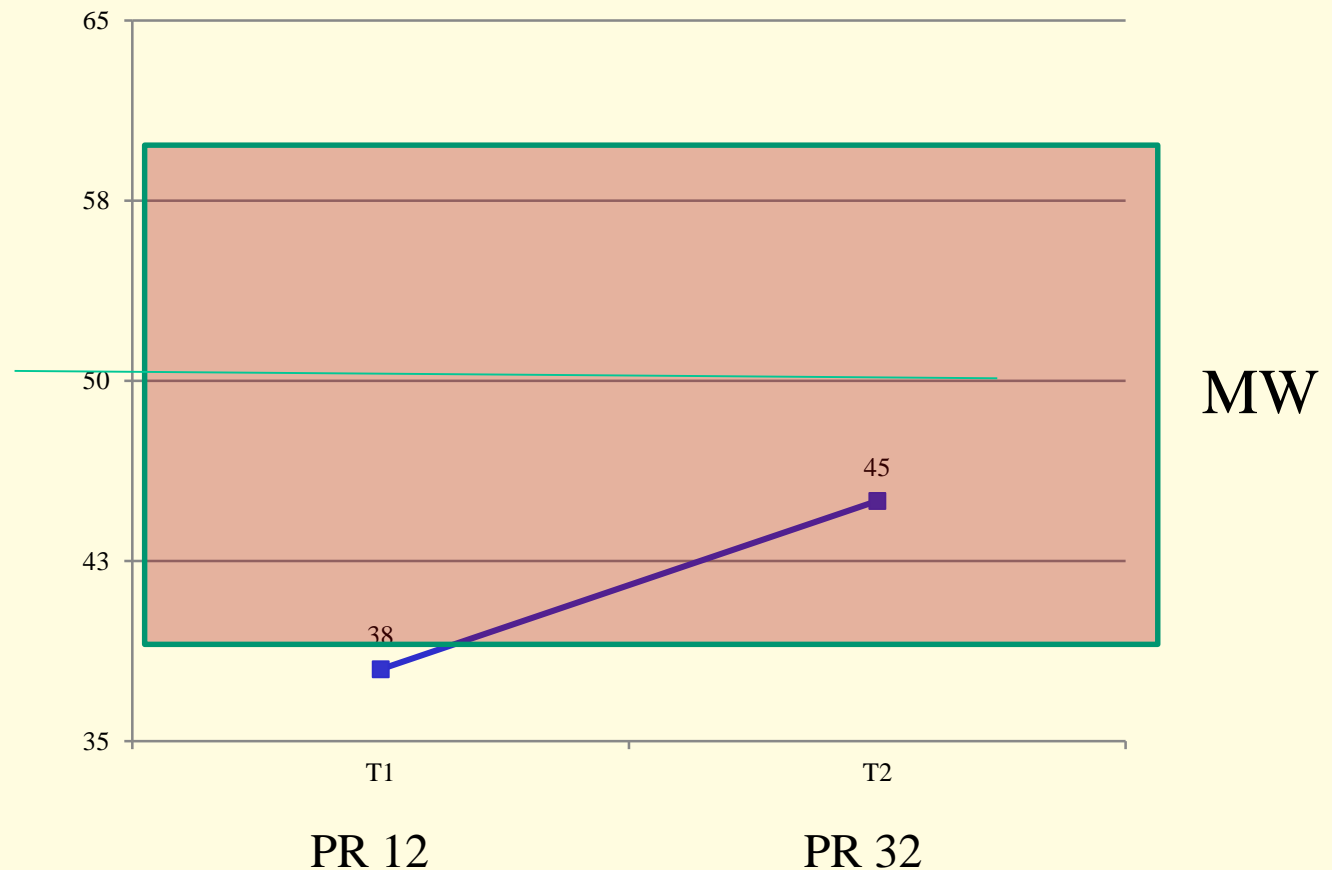
Faktor Zeit $p=,000$

Faktor Zeit*Gruppe $p=,030$

Faktor Gruppe $p=,030$

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung [T-Werte]

- weibl. Pat. weisen sign. schlechtere SWE auf
- kein Unterschied bzgl. Altersgruppen
- kein Unterschied bzgl. Erwerbstätigkeit
- Keine Unterschiede bzgl. Funktion des Suchtmittels



Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung

- 1. Aufgabenstellung muss herausfordernd sein*
- 2. Moderater Schwierigkeitsgrad zwischen Unter- und Überforderung*
- 3. Ohne fremde Hilfe bewerkstelligbar sein*
- 4. Die Ursache für Erfolg soll auf das eigene Leistungsvermögen zurückgeführt werden (internale Attribution)*
- 5. Die Erhöhung der Wahrnehmung persönlicher Kontrolle bei gleichzeitiger Verminderung der Abhängigkeit von externen Faktoren*
- 6. Aufgaben müssen von Relevanz für den Problembereich des Patienten sein (Risikosituationen)*

(frei nach Bandura, 1986)