

Personzentriertes Verständnis und Behandlungskonzepte bei Glücksspiel- und Computerspielsucht

Frank Gauls

Zusammenfassung

ICD-10 und DSM-IV verstehen das pathologische Glücksspiel als Impulskontrollstörung. Im DSM-5 und in der ICD-11 wurden die Glücksspielstörung und die Computerspielstörung als nicht substanzbezogene Störungen klassifiziert, die Computerspielstörung im DSM-5 und im DSM-5-TR als klinische Erscheinung mit weiterem Forschungsbedarf.

Viele Betroffene berichten über Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend als Teilursachen und über erhebliche psychosoziale Probleme als Folgen der Sucht. Die Computerspielstörung geht meist mit ausgeprägtem sozialem Rückzug einher, der oft schon vor dem Spielen beginnt und sich im Verlauf der Computerspielstörung verstärkt.

Diese Teilursachen und Folgen führen zu internalisierten Widersprüchen, die im personzentrierten Ansatz als Inkongruenzen und im Motivational Interviewing als Diskrepanzen bezeichnet werden.

Vor allem zu Beginn der Beratung und Therapie steht die Unterstützung Betroffener bei der Auseinandersetzung mit der Suchtentwicklung und den psychosozialen Folgen der Sucht im Vordergrund. Wichtige Themen sind Schulden, Schuld- und Schamgefühle, familiäre Konflikte, das Scheitern in Ausbildung oder Beruf und die Ambivalenz der Betroffenen in Hinblick auf die Beendigung des Glücksspiels bzw. des Computer- oder Videospiegels.

In Studien erwiesen sich Kognitive Verhaltenstherapie und Motivational Interviewing als wirksame psychotherapeutische Verfahren.

Schlüsselwörter: DSM-5, ICD-11, Glücksspielsucht, Computerspielsucht, Personzentriertes Suchtverständnis, störungsspezifische Psychotherapie

Summary

In ICD-10 and DSM-IV, pathological gambling is classified as an impulse control disorder. In DSM-5 and ICD-11, gambling disorder and gaming disorder are classified as non-substance-related disorders. In DSM-5 and DSM-5-TR, Internet gaming disorder has been included in the category of conditions for further study. Computer gaming disorder is usually associated with severe social withdrawal, which often begins before gaming and intensifies during the course of the disorder.

These partial causes and consequences lead to internalized contradictions, which are referred to as incongruences in person-centered counseling and psychotherapy, and as discrepancies in motivational interviewing.

Particularly at the beginning of counselling and therapy, the focus is on helping people to cope with the development of addiction and the psychosocial consequences of gambling and gaming disorders. Important topics include debts, feelings of guilt and shame, family conflicts, failure in education or work and the ambivalence of those affected with regard to stopping gaming or gambling.

Studies have shown that cognitive behavioral therapy and motivational interviewing are effective psychotherapeutic methods.

Keywords: DSM-5, ICD-11, gambling disorder, gaming disorder, Person-centered understanding of disorders due to substance use or addictive behavior, disorder-specific person-centered counseling and psychotherapy

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.6>

Frank Gauls ist Diplom-Sozialarbeiter und Gesprächspsychotherapeut und seit 1987 in der Arbeit mit Glücksspieler*innen und Angehörigen tätig. Seit ca. 16 Jahren arbeitet er mit PC-Usern und deren Angehörigen, sowie mit kauf- und sexsüchtigen Klient:innen.

Er ist Gründungs- und Vorstandsmitglied des Fachverbandes Glücksspielsucht e. V. sowie Vorsitzender des Fachverbandes Sucht des Diakonischen Werkes, Rheinland-Westfalen-Lippe. 1999 hat er die Fachstelle

Glücksspielsucht aufgebaut und ist seit 2012 Leiter der Ambulanten Suchthilfe Bethel. Frank Gauls ist Ausbilder für personzentrierte Beratung und Therapie.

Anmerkung: Der Artikel basiert auf den Kapiteln 3, 4 und 7 des Buches „Gauls, F. (2024). Verhaltenssuchte personzentriert verstehen und behandeln.

1. Einführung

1.1. Glücksspiel- und Computerspielstörung als Verhaltenssüchte

Pathologisches Glücksspiel wird in der 10. Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO (ICD-10) im Kapitel „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63) aufgeführt (Dilling & Freyberger, 2013, S. 255 f). Auch im DSM-IV gehört das pathologische Glücksspiel zu den Impulskontrollstörungen. Bei der Beschreibung der Symptome wurden auch damals schon die typischen Merkmale einer Suchtkrankheit wie z. B. intensiver Drang, zu spielen, Spielen trotz negativer Konsequenzen und ständige gedankliche Beschäftigung mit Glücksspiel aufgeführt.

Im DSM-5 (APA, 2013) wurde Glücksspiel als erste nicht stoffgebundene Sucht unter dem Begriff der „Gambling Disorder“ (Glücksspielstörung) in das Kapitel der „Substance-Related and Addictive Disorders“ aufgenommen. In der ICD-11 (WHO, 2018) finden sich im Suchtkapitel zwei „Störungen durch Verhaltenssüchte“, die Glücksspielstörung und die Computerspielstörung.

Im DSM-5 (APA, 2013) und im DSM-5-TR (APA, 2022, S. 914–917) wird die „Internet gaming disorder“ in die Gruppe der „Conditions for further Study“ aufgenommen, mit vorläufigen Diagnosekriterien und mit dem Hinweis auf den vorläufigen Charakter der Informationen zu Symptomen, Ursachen und Verlauf.

Für die Restkategorie „Sonstige näher bezeichnete Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“ wurden Störungsbilder wie z. B. die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, die Kauf-Shoppping-Störung und die Pornografie-Nutzungsstörung diskutiert (Lindenberg & Sonnenschein, 2024; Brand et al., 2020; Gauls, 2024). Kauf-Shopping-Störung und Pornografie-Nutzungsstörung sind derzeit im ICD-11-Kapitel „Impulskontrollstörungen“ eingeordnet.

Die Einordnung von Glücksspielstörung und Computerspielstörung in die Suchtkapitel von DSM-5 und ICD-11 ist mit einem anderen Verständnis dieser Störungen verbunden: Nicht der Drang, irgendetwas zu tun und es nicht lassen zu können, steht im Vordergrund sondern das Hineingeraten und Gefangensein in einer Spirale von Verhaltensweisen und deren Folgen. Glücksspiel- und Computerspielsucht werden als Konsumstörungen gesehen, bei denen Verhaltensweisen an die Stelle von Substanzen treten. Diese Sichtweise beeinflusst auch die Störungsmodelle und Therapiekonzepte.

1.2. Personenzentriertes Verständnis von Suchterkrankungen

1.2.1. Der Inkongruenzbegriff

Rogers (1959) ging bekanntlich davon aus, dass Menschen psychische Probleme entwickeln, wenn wichtige Bezugspersonen sie nicht so akzeptieren, wie sie sind. Die Erfahrung mangelnder Akzeptanz durch Andere führt zu mangelnder Selbstakzeptanz. Die betroffenen Personen versuchen dann, die nicht akzeptierten Teile der eigenen Person aus ihrer Wahrnehmung auszublenden, was oft nur teilweise gelingt. Dadurch entstehen innere Widersprüche, die mit dem unangenehmen Gefühl einhergehen, dass irgendetwas in der eigenen Person nicht zusammenpasst. Dieses Nicht-Zusammenpassen bezeichnete Rogers (1959) als Inkongruenz.

Süchte entstehen oft, wenn Personen versuchen, diese unangenehmen Gefühle durch Substanzkonsum oder Spielen abzuschwächen (Feselmayer & Heinzl, 1985; Swildens, 1991; Speierer, 1994, 2012; Finke, 2004), positive Gefühle zu verstärken (Weiss et al., 2022) und dadurch das Erleben von Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen zu unterdrücken.

1.2.2. Suchtdynamik und der Begriff der sekundären Inkongruenz

Substanzgebrauch und süchtiges Verhalten können das Selbstkonzept vorübergehend stabilisieren, so dass eine Schein-Kongruenz entsteht. Nach einer gewissen Zeit wird jedoch die Inkongruenz wieder spürbar, was zur Folge hat, dass wieder der Drang entsteht, zu konsumieren oder das süchtige Verhalten zu wiederholen. Hierdurch entsteht eine suchttypische Eigendynamik, die letzten Endes in die Abhängigkeit führt sowie psychosoziale und bei Substanzkonsum auch körperliche Folgen nach sich zieht. Diese führen zu inneren Widersprüchen, die Bense (2003, 2012), Bense et al. (2007), Behr et al. (2020) und Luderer (2020) als sekundäre Inkongruenzen bezeichnen.¹

1.2.3. Der Begriff der Diskrepanz im Motivational Interviewing

Das Motivational Interviewing (MI) ist ein personenzentriertes Verfahren, das in den 1980er-Jahren im Rahmen der Beratung und Therapie suchtkranker Personen entstand (Miller & Rose, 2009; Miller & Moyers, 2017). Es verwendet an Stelle des Inkongruenzbegriffs die Bezeichnung „Diskrepanzen“. Das MI sieht es als wichtige therapeutische Aufgabe, Diskrepanzen zu

¹ Swildens (1991) hatte die Begriffe der primären und sekundären Inkongruenz erstmals verwendet, allerdings in einer völlig anderen Bedeutung. Primäre Inkongruenzen sind bei ihm internalisierte Widersprüche, die als Folge von Belastungen und Traumata in der frühen Kindheit auftreten, sekundäre Inkongruenzen entstehen in späteren Lebensabschnitten.

erkennen, sie gemeinsam mit der betroffenen Person anzusprechen und sie dann herauszuarbeiten „develop discrepancies“ (Miller & Rose, 2009). Miller und Rollnick (2015, S. 285 ff.) nennen eine Reihe von Beispielen für typische Diskrepanzen bei suchtkranken Personen, die sich inhaltlich fast ausschließlich auf Folgen des Substanzkonsums beziehen. Insofern sind Diskrepanzen bei der Gruppe der Personen mit substanzbezogenen und nicht substanzbezogenen Störungen überwiegend sekundäre Inkongruenzen.

1.2.4. Der Begriff der Ambivalenz im Motivational Interviewing

Menschen finden sich in ihrem Leben immer wieder in Situationen, in denen sie vor der Wahl stehen, weiterzuleben wie bisher oder etwas zu verändern. Das gilt in besonderer Weise für Personen mit Substanzkonsumstörungen oder Verhaltenssüchten. Auf der einen Seite wollen sie den Substanzkonsum oder das Spielen beenden, auf der anderen Seite möchten sie ungern auf die Wirkung des Suchtmittels verzichten.

Das Motivational Interviewing hat eine spezifische Form des sprachlichen Umgangs mit diesen Ambivalenzen entwickelt, die empathische Begleitung des Wechsels zwischen change talk und sustain talk. In Bezug auf die Glücksspielstörung bedeutet change talk, dass die betroffene Person die Beendigung des Glücksspiels anspricht, und sustain talk, dass sie das Weiterspielen thematisiert. Aufgabe der helfenden Person ist es dabei, Empathie für beide Möglichkeiten zu entwickeln, diese sprachlich zum Ausdruck zu bringen, aber die betroffene Person nicht in eine bestimmte Richtung zu drängen und ihr zu sagen, wie sie sich entscheiden soll. Die Aufgabe der helfenden Person ist es vielmehr, die betroffene Person bei der Suche nach Argumenten und bei der Bewertung der Argumente zu unterstützen. Das bewusste Erleben von Diskrepanzen spielt bei dieser Entscheidung eine wichtige Rolle. (Miller & Moyers, 2017; Miller & Rollnick, 2024, s. hierzu auch Bensel & Luderer, 2025).

1.2.5. Reduktion des Glücks- bzw. Computerspiels, personzentriertes Arbeiten mit betroffenen Personen und Abstinenzorientierung

Ein erstes Ziel der personzentrierten Arbeit mit den Betroffenen ist die Auseinandersetzung mit den Folgen und den Ursachen des Spielens, d. h. mit den sekundären und den primären Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen.

Wenn diese durch Substanzkonsum oder Spielen überdeckt werden, sind die Betroffenen weniger in der Lage, sie genau wahrzunehmen und zu beurteilen. Verschiedene Autor:innen weisen in Zusammenhang mit stoffgebundenen Süchten darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit Diskrepanzen und

Ambivalenzen bei klarem Kopf, d. h. ohne den Einfluss von Alkohol und anderen Substanzen besser gelingt. Das ist einer der Gründe für die Regel, dass Personen, die eine Entwöhnungsbehandlung, vorher einen körperlichen Entzug abschließen und auf diese Weise nüchtern zur Behandlung kommen (Felsmayer & Heinzl, 1985; Swildens, 1991; Finke, 2004; Bensel, 2012; Speierer, 2012).

Diese auf substanzbezogene Süchte bezogenen Grundregeln gelten auch für Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten. Wenn die Betroffenen sich ständig durch Glücks- oder Computerspiel ablenken, fällt es ihnen wesentlich schwerer, sich mit Diskrepanzen und Ambivalenzen auseinanderzusetzen.

Die meisten Personen mit Glücksspielstörung, die Hilfe suchen, akzeptieren das grundsätzliche Ziel einer vollständigen Beendigung des Glücksspiels. Personen mit Computerspielstörung sind, wie praktische Erfahrungen bei den Behandlungen zeigen, in der Regel zu Beginn der Behandlung nicht bereit, dauerhaft auf das Computerspielen zu verzichten. Deshalb ist es nicht sinnvoll, die Bereitschaft zur langfristigen oder gar lebenslangen Abstinenz als Voraussetzung für den Beginn einer Behandlung vorzugeben. Das gilt für viele Substanzkonsumstörungen, z. B. die Alkoholabhängigkeit (Bensel & Luderer, 2025). Auf der anderen Seite ist es nicht hilfreich, bei der Behandlung der Computerspielstörung jede Form und Intensität des Spielens während der Behandlung kommentarlos hinzunehmen.

Eine Möglichkeit der Begrenzung des Spielens ohne rigide Abstinenzvorgabe ist das Ampelmodell. In diesem (Petry, 2009; Schuhler & Vogelgesang, 2011) wird festgelegt, welches Ausmaß des Computerspiels eine Auseinandersetzung mit Diskrepanzen und Ambivalenzen unmöglich macht (rot), erschwert (gelb) und welches unproblematisch ist (grün). Ziel dieses Modells ist es, möglichst viele Betroffene im therapeutischen Prozess zu halten, aber trotzdem gewisse Grenzen zu setzen. Praktische Erfahrungen bei der Behandlung von Personen mit Computerspielstörung zeigen zudem, dass es vielen von einer Computerspielstörung Betroffenen im Unterschied zu den meisten von einer Glücksspielstörung Betroffenen gelingt, das Computer- oder Videospielen dauerhaft zu reduzieren.

2. Nicht stoffgebundene Süchte

2.1. Glücksspielstörung (Gambling disorder)

2.1.1. Definitionen

Glücksspiele zeichnen sich dadurch aus, dass man – um an ihnen teilnehmen zu können – bereit sein muss, Geld einzusetzen. Mit dem Geldeinsatz ergibt sich die Option, einen Gewinn zu erzielen (also das Geld zu vermehren) oder aber, den

Einsatz zu verlieren. Über den Ausgang des Spiels entscheidet überwiegend bzw. ausschließlich der Zufall.

Bei Lotto, Rubbellosen und Roulette ist der Ausgang des Glücksspiels **ausschließlich** vom Zufall abhängig, auch wenn im Spielcasino ständig die Permanenzen, d.h. die Reihen gefallener Zahlen beim Roulette, angezeigt und damit suggeriert wird, das nächste Ereignis voraussehen zu können. Doch leider hat die Kugel kein Gedächtnis: auch nach zehn Runden Rot bleibt die Wahrscheinlichkeit 50/50. Heutige Geldspielautomaten suggerieren durch Start- und Stopptasten ebenfalls, Einfluss auf den Spielverlauf nehmen zu können. Doch die Ausschüttungsquote ist in der Software hinterlegt und ist von Spieler*innen nicht beeinflussbar.

Auch Kartenspiele wie z. B. Poker zählen zu den Glücksspielen, deren Ausgang **überwiegend** vom Zufall bestimmt ist. Zwar können Spieler*innen durch Beobachtung und Wissen um die Wahrscheinlichkeiten in gewissem Umfang Einfluss nehmen, dieser Vorteil verliert sich allerdings, wenn gleichstarke Spieler*innen am Tisch sitzen.

Glücksspiele lassen sich in zwei Kategorien unterteilen: Zum einen in das sogenannte *soft-gambling*, also das weiche Glücksspiel. Dazu gehören Spiele um kleine Einsätze, die mit geringer Intensität und Häufigkeit gespielt werden, wie einfaches Lottotippen, Skat mit geringen Einsätzen oder Würfelspiele um die nächste Runde Getränke, Rubbellose oder die Teilnahme an Lotterien.

Daneben steht das harte Glücksspiel. Hierzu zählen Zufalls- und Geschicklichkeitsspiele um größere Geldbeträge wie das Lottosystemspiel, das Spielen an Geldspielautomaten, Casino-spiele (Roulette, Poker, Black Jack, Baccara u. ä.), Pferde- und Sportwetten, sowie alle Formen des illegalen Glücksspiels.

Durch das Internet hat sich der Glücksspielmarkt verändert. Glücksspiele sind nun an allen Tagen rund um die Uhr verfügbar, so dass bundesweit ein Anstieg der Online-Spieler*innen zu beobachten ist (vgl. Meyer, 2023). Die Glücksspielindustrie wächst rasant und wird bis 2028 voraussichtlich Nettoverluste von fast 700 Milliarden US-Dollar bei den Verbrauchern verursachen. Dieses Wachstum wird durch das Aufkommen von Online-Glücksspielen, die weit verbreitete Zugänglichkeit über Mobiltelefone, die zunehmende Legalisierung und die Einführung von kommerziellem Glücksspiel in neuen Gebieten vorangetrieben. Schätzungen zufolge haben 46,2 % der Erwachsenen und 17,9 % der Jugendlichen im vergangenen Jahr weltweit in irgendeiner Form gespielt (Wardle et al., 2024).

2.1.2. Epidemiologie

In Deutschland werden im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 2007 regelmäßige Glücksspiel-surveys durchgeführt, 2021 erstmals in Form von Telefon- und

Onlinebefragungen unter Verwendung von DSM-5 Diagnosekriterien (Buth et al., 2022, S. 4.) Es wurden 12.303 Personen befragt, 61 % telefonisch und 39 % online. Insgesamt waren 2,3 % der Bevölkerung, 3,5 % Männer, 1,1 % Frauen zwischen 18 und 70 Jahren von einer Glücksspielstörung betroffen, davon 1,1 % leicht (4–5 Kriterien), 0,7 % mittelschwer (6–7 Kriterien) und 0,5 % schwer (8–9 Kriterien). 5,7 % der Bevölkerung zeigten riskantes Glücksspielverhalten. Insgesamt ist bundesweit von etwa 1,3 Millionen Personen mit einer Glücksspielstörung sowie 3,25 Millionen Personen mit riskantem Glücksspielverhalten auszugehen (Buth et al., 2022; Meyer et al., 2023; Übersicht bei Schütze et al., 2023, S. 70 f.).

Tran et al. (2024) führten eine Metaanalyse von Publikationen mit 366 repräsentativen Stichproben aus 68 Ländern durch. Die meisten der identifizierten Stichproben stammten aus Ländern mit hohem Einkommen. Insgesamt hatten 46,2 % der Erwachsenen und 17,9 % der Jugendlichen in den letzten 12 Monaten gespielt. Die Glücksspielrate war bei Männern mit 49,1 % *höher als bei Frauen* (37,4 %). Unter den Erwachsenen wurden 8,7 % als risikoreiches und 1,41 % als problematisches Glücksspiel eingestuft.

Loo et al. (2019) fassten glücksspielbezogene Daten des US National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) zusammen und fanden Lebenszeitprävalenzen für eine Glücksspielstörung von 0,42 % (0,64 % bei Männern, 0,23 % bei Frauen). Insgesamt unterscheiden sich die epidemiologischen Zahlen, wobei die Prävalenzen der Glücksspielstörung in den internationalen Metaanalysen etwa denen der schweren Verläufe im deutschen Glücksspielsurvey 2022 (Buth et al., 2022) entspricht. Möglicherweise sind die niedrigen Prävalenzen für eine Glücksspielstörung in den internationalen Metaanalysen aber in Hinblick auf psychosoziale Folgen irreführend. Abbott (2020) wies mehrfach darauf hin, dass auch Glücksspiel unterhalb der Schwelle eine Glücksspielstörung nach DSM-5 erhebliche soziale, v. a. finanzielle Folgen nach sich ziehen kann.

2.1.3. Verlauf und Folgen

Im Zentrum des Glücksspiels steht der in Aussicht stehende Gewinn. Erste Gewinnerfahrungen motivieren zur weiteren Teilnahme, doch stellen sich bei fortgesetzter Teilnahme zunehmend Verluste ein. Diese erzeugen das Gefühl, sie wieder ausgleichen zu wollen, was als „chasing“ (dem Verlust hinterherjagen) bezeichnet wird. Bei einem chronischen Verlauf, geht es immer weniger um den Gewinn bzw. Verlust von Geld, sondern mehr und mehr um das Spielen selbst, meist um negative Gefühle nicht spüren zu müssen (vgl. Suchtdynamik). Finanzielle Nöte, oft in Form von Schulden, können aber auch im fortgeschrittenen Stadium zur Teilnahme am Glücksspiel

motivieren, da ein Geldgewinn oft als einziger Ausweg aus den Schulden gesehen wird.

In Verlauf des Glücksspiels kommt es zur den o.a. psychosozialen Folgen.

2.1.4. Diagnostische Kriterien nach ICD 11 und DSM-5

Glücksspielsucht (6C50) wird in der ICD 11 dem Kapitel der Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte zugeordnet und folgendermaßen beschrieben:

Die Glücksspielsucht ist durch ein anhaltendes oder wiederkehrendes Glücksspielverhalten gekennzeichnet, das online (d.h. über das Internet) oder offline auftreten kann und sich durch Folgendes äußern:

1. Beeinträchtigung der Kontrolle über das Glücksspiel (z. B. Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext);
2. Zunehmende Priorität des Glücksspiels in dem Maße, dass das Glücksspiel Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten hat; und
3. Fortsetzung oder Eskalation des Glücksspiels trotz des Auftretens negativer Konsequenzen.

Das Glücksspielverhalten kann kontinuierlich oder episodisch und wiederkehrend sein. Das Spielverhalten führt zu erheblichem Leidensdruck oder zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das Glücksspielverhalten und andere Merkmale sind in der Regel über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten zu beobachten, damit eine Diagnose gestellt werden kann, obwohl die erforderliche Dauer verkürzt werden kann, wenn alle diagnostischen Anforderungen erfüllt sind und die Symptome schwerwiegend sind (WHO, 2018).

In klinischen und epidemiologischen Studien werden Diagnosen meist nach DSM-5 (APA, 2013) gestellt. Die insgesamt neun Kriterien (Toleranzentwicklung, entzugsähnliche Symptome, Kontrollverlust und Unfähigkeit zur Abstinenz, kognitive Vereinnahmung durch das Glücksspiel, Spielen in belasteten Situationen, Spielen, um Verluste auszugleichen, Disimulation, negative soziale Folgen, Verlassen auf die finanzielle Hilfe Anderer) erlauben die Diagnose einer Glücksspielsucht ab vier erfüllten Kriterien und zusätzlich eine Einschätzung des Schweregrads der Störung.

2.1.5. Komorbidität

Premper und Schulz (2010) untersuchten 101 stationär behandelte Patient:innen mit Glücksspielsucht. Bei 51,5 % bestand eine komorbide affektive Störung, bei 47,5 % eine Angststörung, bei 27,7 % eine Persönlichkeitsstörung und bei 25,7 % eine substanzbezogene Störung. 76,9 % der Angststörungen begannen vor der Glücksspielsucht, während etwas mehr als die Hälfte

der depressiven Störungen (60,6 %) nach der Glücksspielsucht auftraten.

In der Studie „Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie“ (PAGE, Meyer et al., 2015) wurden epidemiologische und klinische Daten zur Glücksspielsucht erhoben. Zunächst wurde ein Zufallsstichprobe aus der deutschen Allgemeinbevölkerung gebildet (N=15023). Mit diesen Personen wurden diagnostische Telefoninterviews geführt. Zusätzlich wurden Hochrisikopopulationen an Glücksspielstandorten angesprochen. Daran schloss sich ein ausführliches klinisches Interview wurde mit 594 Teilnehmenden an, die über Glücksspielprobleme berichteten und aus der allgemeinen oder der Hochrisikopopulation rekrutiert wurden (Bischof et al., 2013). Eine Gruppe von 164 erwachsenen Glücksspielenden wurde mit einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe verglichen. Bei fast allen (93,6 %) Personen mit pathologischem Spielen (fünf bis zehn DSM-IV-Kriterien), bei 83,5 % der Personen mit problematischem Spielen (drei oder vier Kriterien) bestand wenigstens eine komorbide psychische Störung. Selbst Risikospieler mit riskantem Spielen (ein oder zwei Kriterien) weisen mit 81,0 % eine hohe Rate psychischer Störungen auf.

Bei Personen mit pathologischem Glücksspiel bestand bei 54,9 % eine Störung durch Alkoholkonsum, bei 57,2 % eine affektive Störung, bei 37,1 % eine Angststörung und bei 35,3 % eine Persönlichkeitsstörung.

Dowling et al. (2015) fanden in ihrer Metaanalyse mit 36 Primärstudien hohe, unterschiedliche Komorbiditäten. Die Gesamtkomorbidität betrug etwa 75 %, d.h. bei drei Viertel der Personen mit einer Glücksspielsucht bestand wenigstens eine zusätzliche psychische Störung. Über 55 % der Befragten rauchten, die Prävalenzen für Alkoholkonsumstörungen und depressiven Störungen lagen zwischen 20 und 30 %, bei ADHS, bipolaren Störungen und Zwangsstörungen zwischen 6 und 10 %.

2.1.6. Personenzentriertes Krankheitsverständnis

Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend sind bei Personen mit Glücksspielsucht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (Loo et al., 2019). Diese Erfahrungen ziehen primäre Inkongruenzen nach sich.

Potenza et al. (2019) wiesen in ihrer Übersichtsarbeit darauf hin, dass emotional verletzte Personen spielen, um negative Stimmungszustände zu vermeiden, während antisoziale, impulsive Personen wegen des „Kicks“ spielen. Im Vordergrund des Inkongruenzerlebens stehen zunächst die inneren Widersprüche, die sich als Folge des Glücksspiels entwickeln. Glücksspieler*innen zeigen sich freundlich, strebsam und fleißig, zuvor kommend, hilfsbereit, was dem Selbstkonzept, und vor allem dem Selbstideal entspricht. Sie verspielen aber auf der anderen

Seite große Summen und schaden damit anderen, v. a. nahe-
stehenden Personen.

Hieraus resultieren nicht nur Schuld- und Schamgefühle,
sondern es kommt auch zu einer Vermeidung von Konflikten,
da ständig die Angst vorherrscht, auf das eigene Fehlverhal-
ten angesprochen zu werden. Aus Schuldgefühlen und Angst
werden dann Zugeständnisse gemacht, zu denen die Betroffe-
nen innerlich häufig nicht stehen. So zeigen sie sich häufig von
ihrer hilfsbereiten Seite. Ein Teil der Hilfsbereitschaft und der
Zugeständnisse resultieren aus Schuldgefühlen und dem Ge-
fühl, etwas wiedergutmachen zu wollen bzw. zu müssen. Hier-
durch stabilisiert sich das Selbstbild und durch Anerkennung
und Wertschätzung auch das Selbstwerterleben.

Auch im Beruf zeigen Glücksspieler*innen einen hohen Ein-
satz und tendieren zu exzessivem Arbeitsverhalten, da dies in
hohem Maße mit Anerkennung verbunden ist. Hierbei findet
aber auch eine Selbstentfremdung statt, da organismische Be-
dürfnisse wie Ruhe, sich abgrenzen, Nein sagen, etwas für sich
selbst tun, den Schuld- und Schamgefühlen und dem Bedürfnis
nach Anerkennung untergeordnet werden (siehe Gauls, 2012).

Je länger die Sucht besteht, desto ausgeprägter werden sekun-
däre Inkongruenzen. Wer ein guter Vater oder eine gute Mutter
sein will, dieses Ziel aufgrund der finanziellen Probleme aber
immer weniger erreicht, da das verlorene fehlende Geld fehlt,
entwickelt Schuld- und Schamgefühle. Durch die Selbstabwer-
tung steigt der Spieldruck. Was die spielende Person zerstört
hat, möchte sie wieder ausgleichen, und so beginnt immer wie-
der die Jagd nach dem großen Gewinn, mit dem alle vorheri-
gen Verfehlungen gegenstandslos werden sollen.

Es lassen sich folgende störungsspezifische Themen ableiten:

- ausgeprägte Selbstwertproblematik
- Bindungs- und Beziehungsstörungen
- Störung in der Gefühlswahrnehmung und -regulation
- überhöhte Leistungsorientierung
- mangelnde bzw. fehlende Beziehung zu Geld
- problematischer Umgang mit Geld (z. B. Geiz oder Ver-
schwendung)
- Wahrnehmungsverzerrung im Hinblick auf Gewinn- und
Verlusterwartung
- Kontrollillusion

Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend

In vielen Biografien ist die frühkindliche Beziehungserfahrung
von emotionaler Distanziertheit, mangelnder Wertschätzung
oder körperlicher Gewalt gekennzeichnet (Petry, 1996). Diese
praktischen Erfahrungen werden durch die Ergebnisse empiri-
scher Studien bestätigt. Belastungen und Traumata in der
Kindheit, v. a. in Form von emotionaler und körperlicher Ver-
nachlässigung, sind bei Personen mit Glücksspielsucht häufiger

und schwerer ausgeprägt als bei Kontrollpersonen (Horak et
al., 2021) und zeigen sich häufig in dissoziativen Symptomen
(Imperator et al., 2017).

Im Selbstkonzept der betroffenen Personen ist häufig die Er-
wartung verankert, nur dann liebens- und anerkennenswert zu
sein, wenn sie die Leistungen erbringen, die von ihnen erwar-
tet werden. Sie neigen dazu, emotionale Bedürfnisse weniger
wichtig zu nehmen als Rationalität und Funktionalität (Gauls,
2012, 2024), und unangenehme Gefühle durch Leistung und
Anpassung zu unterdrücken.

Die ursprüngliche Inkongruenz wird bei Lebensereignis-
sen spürbar, in denen das beschriebene Anpassungsverhalten
nicht funktioniert, z. B. wenn Leistung nicht ausreichend er-
bracht werden kann oder wenn die erhoffte Zuwendung und
Anerkennung in einer Beziehung ausbleiben.

2.1.7. Personenzentrierte Behandlung der Glücksspielsucht

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Folgen sowie der stö-
rungsspezifischen Merkmale lassen sich folgende Notwendig-
keiten in der Behandlung sozusagen als übergeordnete Thera-
pieziele ableiten:

- Festigung der Veränderungsmotivation und Bearbeitung
suchttypischer Ambivalenzen
- Erreichen einer dauerhaften Abstinenz
- Rückfallprophylaxe
- Geld- und Schuldenmanagement (Wiederherstellung der
Beziehung zum Geld, damit verbundene Verantwortungs-
übernahme für die notwendigen Geldgeschäfte)
- Bearbeitung der Bindungs- und Beziehungsstörungen
- Bearbeitung der Inkongruenzen und der kognitiven Ver-
zerrungen
- Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen
- Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und -regulation

Der Anfang der Behandlung ist geprägt durch eine Ambivalenz
zwischen dem Wunsch, mit dem Glücksspiel aufzuhören und
den Drang, immer wieder zu spielen. Deshalb kommt der Rück-
fallprophylaxe und dem Abbau der Ambivalenzen sowie der
Stärkung der Eigenmotivation eine besondere Bedeutung zu.

Des Weiteren besteht eine Belastung aufgrund der zuneh-
menden Verschuldung. Zusammen mit der Wahrnehmungs-
verzerrung („Wenn ich jetzt spiele, kann ich meine finanzielle
Situation entlasten.“) entsteht so eine Rückfallgefährdung. Die
bedingungsfreie Akzeptanz der daraus resultierenden Überle-
gungen und Handlungsstrategien ist ebenso notwendig wie ein
aus dem eigenen Wissen und Krankheitsverständnis abgeleite-
tes Selbsteinbringen. Ergänzt werden sollte diese Phase durch
ein noch „schonendes“ Konfrontieren (Gauls, 2024).

Aufgrund des brüchigen Selbstkonzeptes sowie der ausge-
prägten Selbstwertproblematik kommt der bedingungsreifen

Akzeptanz eine besondere Bedeutung zu, denn sie unterstützt dabei, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Sie ermöglicht das Bearbeiten der Schuld- und Schamgefühle, aber auch das Bearbeiten von Gefühlen wie Wut, Ärger und Aggression, so dass diese zunehmend in das Selbstkonzept integriert werden können. Bedingungsfreie Akzeptanz trägt darüber hinaus zur Steigerung des Selbstwertgefühls und der Beziehungsfähigkeit bei.

Gemeinsam mit der bedingungsfreien Akzeptanz unterstützt Kongruenz die Begegnung von Person-zu-Person (also auf Augenhöhe) und ermöglicht so u. a. die Bearbeitung der Beziehungsgestaltung und -fähigkeit sowie den Abbau der spieler:innentypischen Fassade. Hierdurch werden Selbstwidersprüche aufgehoben, was zu einer Verbesserung der Selbstkongruenz beiträgt.

Im Zusammenspiel mit dem einführenden Verstehen fördert Kongruenz den Aufbau einer eigenen Identität, die Fixierung auf Geld und Leistung kann zunehmend in Frage gestellt und neue Werte in das Selbstkonzept integriert werden.

Empathie unterstützt bei der Differenzierung der diffusen Gefühlswahrnehmung sowie ihrer Bedeutungszusammenhänge.

Begleitet werden sollte die Behandlung durch ein Geld- und Schuldenmanagement sowie – gerade zu Beginn – durch entsprechende Schutzmaßnahmen wie beispielsweise die vorübergehende Einschränkung oder Abgabe der Geldverwaltung und -geschäfte oder eine Selbstsperrung. Die Geldverwaltung sollte innerhalb der Behandlung stufenweise wieder übernommen werden.

2.1.8. Studien zur Behandlung der Glücksspielsucht.

Die ersten Studien zur Behandlung des pathologischen Glücksspiels wurden in den 1990er-Jahren und zu Beginn des 21. Jahrhunderts publiziert. Inzwischen konzentriert sich die empirische Forschung in diesem Bereich auf zwei psychotherapeutische Verfahren, die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und das Motivational Interviewing (MI).

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) geht von der Überlegung aus, dass Betroffene infolge kognitiver Verzerrungen Probleme haben, persönliche Entscheidungen aufgrund rationaler Überlegungen zu treffen. Wenn sie lernen, diese kognitiven Verzerrungen infrage zu stellen, kann das ein wirksamer Weg sein, um das Spielen zu reduzieren oder zu beenden (Fortune & Goodie, 2012; Rossini-Dib et al., 2015).

Motivational Interviewing ist eine personenzentrierte Methode, die, wie in Abschnitt 1.2.3 beschrieben, vom Erleben der Betroffenen ausgeht, auf dessen Schilderung die helfende Person empathisch und akzeptierend reagiert und dabei wahrgenommene Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen aufgreift. Durch das

Herausarbeiten der Diskrepanzen verstärken sie das Bedürfnis der Betroffenen nach einer selbstgesteuerten Veränderung.

In frühen MI-Studien (z. B. Hodgins et al., 2001) arbeiteten die Untersucher mit kurzen Interventionen in Form von zwei MI-Gesprächen, verbunden mit einem Arbeitsbuch. Diese kurze Intervention führte zu einer signifikanten Symptombesserung im Vergleich zu Personen auf einer Warteliste, wobei diese Effekte oft nicht lange anhielten.

Carlbring und Smit (2008) untersuchten die Wirkung eines internetbasierten Selbsthilfeprogramms für Personen mit Glücksspielproblemen und fanden sechs, zwölf und vierundzwanzig Monate nach der Intervention eine signifikante Symptomreduktion im Vergleich mit einer Wartegruppe. Carlbring et al. (2009) verglichen eine Gruppe mit acht KVT-Sitzungen, eine mit vier MI-Interventionen sowie eine Wartegruppe und konnten nachweisen, dass sich bei beiden Therapiegruppen sowohl die glücksspielbezogenen Symptome als auch die Depression und die Angstsymptome in vergleichbarem Umfang besserten. Ein Cochrane Review (Cowlshaw et al., 2012) kam zum Ergebnis, dass die Wirkung der KVT bei Glücksspielproblemen besser abgesichert ist als der Effekt des MI, v. a. hinsichtlich der Anzahl der untersuchten Personen und der Schwere der Symptome. Neuere Übersichtsarbeiten bestätigten, dass KVT und MI die beiden am besten untersuchten und wirksamsten psychotherapeutischen Interventionen bei der Behandlung der Glücksspielsucht sind (Petry et al., 2017; Eriksen et al., 2023; Bodor et al., 2021). Personen, die zusätzlich zur Glücksspielsucht vermehrt Alkohol tranken, profitierten mehr von MI (Josephson et al., 2016). Bei allen Übersichtsarbeiten waren Therapien mit unmittelbarem Kontakt zwischen helfender und hilfesuchender Person wirksamer als Therapien mit Kontakten über Telefon, E-Mail oder Textnachrichten.

2.2. Computerspielstörung (Gaming disorder)

2.2.1. Definitionen

1991 legt der Engländer Tim Berners-Lee in Genf den Grundstein für das World-Wide-Web. Doch erst mit Einführung des Mosaik- (später Netscape-) Browsers im Jahr 1993 wurde das Internet für alle nutzbar. Nur wenige Jahre später, nämlich 1996, beschreiben die amerikanische Psychologin Kimberly Young sowie der Engländer Marc Griffiths (Rumpf et al., 2021) das Phänomen der Internetsucht. Zwei Jahre später veröffentlicht Young das Buch „Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction – And a winning strategy for recovery“ (Brand & Potenza, 2019) und präsentiert im Jahr 2000 eine erste Typisierung (Young, 2000).

Cybersexual addiction	Suche und Sammeln von pornografischen Materialien
Cyber relationship addiction	Kommunikation mit Anderen in Online-communities Eingehen rein virtueller Beziehungen
NET Compulsions	Auktionen und Shopping (z. B. Ebay)
Information overload	Sinnloses und oft auch zielloses Suchen nach Informationen

Abbildung 1: Typisierung des PC- und Internetgebrauchs nach Young (1999)

Hieraus wird bereits deutlich, dass nicht das Internet an sich „süchtig“ macht, sondern ein bestimmtes Nutzungsverhalten, das dort ausgeübt wird.

Durch die Einführung des ersten Smartphones (dem iPhone von Apple), das am 9.01.2007 vorgestellt wurde (SPIEGEL Netzwerk, 2007) ist es möglich jederzeit und an nahezu jedem Ort auf das Internet zuzugreifen.

Inzwischen werden neben dem Begriff der Internetsucht viele Begriffe verwendet, die einen problematischen bzw. pathologischen Umgang mit dem Internet oder Medien beschreiben, so z. B.: Mediensucht, internetbezogene Störungen, Porno- oder Sexsucht, Spielsucht, Soziale-Netzwerk-Störung, dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch.

Da alle Begriffe zu ungenau seien, empfahlen Rumpf et al. (2021) einen Bezug zum eigentlichen Nutzungsverhalten herzustellen und schlagen dementsprechend unter dem Oberbegriff „Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“ vor, wie die ICD-11 zwischen Glücksspielstörung und Computerspielstörung zu unterscheiden und die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, die Shoppingstörung und die Pornographie-Nutzungsstörung in die Gruppe der nicht stoffgebundenen Süchte aufzunehmen. Die diesbezügliche wissenschaftliche Diskussion ist jedoch nicht abgeschlossen, sodass derzeit nur die Möglichkeit bleibt, die ICD-10- bzw. später die ICD-11-Diagnosen zu verwenden und den Suchtcharakter der Symptome im Einzelfall zu beschreiben.

Die Phänomene finden sich in der Beratung und Behandlung sehr häufig, insbesondere bei Studierenden, und sie werden auch in unterschiedlichen Publikationen aus der therapeutischen Praxis (vgl. Schuhler & Vogelgesang 2011; Müller et al. 2018) oder auch epidemiologische Studien (DAK, 2023) beschrieben.

Als häufigste Erscheinungsform des spielerischen Umgangs mit dem PC/Internet nennt Petry (2010) das Gamen, Surfen und Chatten, worüber die Stimmungs- und Emotionsregulation, die Aufnahme von sozialen Beziehungen und die Identitätsbildung erfolgen kann. Dabei versteht Petry die PC-/Internetnutzung als ein „universelles Spielzeug“, in der alle Formen

des Spiels „um ihrer selbst willen (Zweckfreiheit)“ ausgelebt werden können (Petry, 2010).

2.2.2. Epidemiologie

Die PINTA Studie zur Prävalenz der Internetabhängigkeit und auch die nachfolgende PINTA-DIARI-Studie (2013, Bischoff et al.) kamen zu dem Ergebnis, dass 1,5 % (Frauen 1,3 %, Männer 1,7 %) der Internetnutzer*innen, eine Internetbezogene Störung entwickeln. Dabei ist die jüngere Bevölkerungsgruppe stärker betroffen. Hier steigt die Prävalenz bei den 14- bis 24-Jährigen auf 2,4 % (Frauen 2,3 %, Männer 2,5 %), bei den 14- bis 16-Jährigen auf 4,0 % (Frauen 4,9 %, Männer 3,1 %) an. Der hohe Anteil der jungen Mädchen hängt mit deren Affinität zu sozialen Netzwerken (77,1 %) und seltener zu Online-Spielen (7,2 %) zusammen. Im Gegensatz dazu nutzen Männer soziale Netzwerke in geringerem Ausmaß (64,8 %), dafür jedoch häufiger Online-spiele (33,6 %). Problematischen Internetgebrauch zeigten der Studie zufolge insgesamt 4,6 % der Befragten (Frauen 4,4 %, Männer 4,9 %).

Dem Forschungsbericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Teilband Computerspiele und Internet (Orth & Merkel, 2020) und der DAK durchgeführte Längsschnittstudie „Mediensucht in Zeiten der Pandemie“ ist zu entnehmen, dass bei 6,3 % der Kinder und Jugendlichen eine Computerspielstörung besteht. Weitere 6,7 % zeigen eine pathologische Nutzung sozialer Medien. Der Anteil der betroffenen Mädchen ist demnach ebenso angestiegen wie die Nutzungszeiten, die deutlich über dem Vorpandemieniveau liegen (DAK Gesundheit, 2023).

2.2.3. Verlauf und Folgen

Verlauf: Viele der Betroffenen haben mit ihrem Nutzungsverhalten bereits im Alter von ca. 11–12 Jahren begonnen. Ab diesem Alter haben die meisten Kinder ein eigenes Smartphone und auch sonst Zugang zu internetfähigen Geräten, während Spielekonsolen zum Teil sogar schon deutlich früher zur

Verfügung stehen (Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest, 2023).

Nutzungsverhalten: Das Gaming stellt sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen das Hauptnutzungsverhalten dar (Bitkom, 2021; DAK, 2023; Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest (mpfs), 2023). Aber auch Social Media sowie Streamingdienste haben an Bedeutung gewonnen (ARD Media, 2024; DAK Gesundheit, 2023; Bitkom, 2023).

In 2022 spielten weltweit rund 3,2 Milliarden Menschen, davon 430 Millionen in Europa. In Deutschland spielt mittlerweile die Hälfte der Bevölkerung Computer- und Videospiele. Gaming ist somit in allen Altersgruppen angekommen, bei Männern (52 %) und Frauen (48 %) gleich häufig, das aktuelle Durchschnittsalter liegt bei 37,4 Jahren. Die meisten Spiele werden am Smartphone (22,6 Mio.) gespielt, gefolgt von Spielkonsolen (17 Mio.), PC (15,2 Mio.) und Tablet (9,9 Mio.) (Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland, EVZ, 2023; Bitkom, 2021; Bitkom, 2023). Ein großer Markt sind sogenannte Free-to-Play, kurz: Free2Play Spiele. F2P ist, wie der Name sagt, kostenlos, Geld verdienen die Anbietenden mit Werbung oder mit kostenpflichtigen Zusatzangeboten, z. B. mit In-APP- und In-Game-Käufen, etwa mit Lootboxen (EVZ, 2023). Für In-App Käufe werden oft eigene „Währungen“ (Diamanten, Credits etc.) eingesetzt, die wiederum mit echtem Geld gekauft werden. Dadurch wird der Betrag für In-App-Käufe verschleiert.

Spieler*innen ist der Wert einer Lootbox im Vorfeld unbekannt, denn Lootboxen (Schatzkisten) können wertvolle, aber auch wertlose Gegenstände enthalten. Da es sich hier um ein Zufallsprinzip oder eventuell um einen kaum zu durchschauenden Algorithmus handelt, gibt es eine Verbindung zum Glücksspiel. Dies wird mit dem Begriff Gamebling, einer Kreuzung aus Gaming und Gambling (engl. Glücksspiel), beschrieben. In-APP-Käufe können aufgrund von Mikrotransaktionen harmlos erscheinen, bergen aber ein erhebliches Risiko, da sie sich in nahezu beliebiger Höhe und unbegrenzt tätigen lassen. So können binnen weniger Wochen hunderte von Euro ausgegeben und binnen einen Jahres Schulden von 50.000 Euro und mehr entstehen.

Unterschiedliche Nutzungsformen wie Gaming, Streaming und Surfen werden in der Praxis häufig parallel ausgeübt und weisen deshalb weitgehend dieselbe Funktionalität auf. Beim Gaming gibt es einfache Spielprinzipien in denen man – genügend Zeit vorausgesetzt – sehr erfolgreich sein kann. In einigen Spielen wie z. B. bei World of Warcraft (Wow), werden Spieler*innen für das Erkunden von unbekannten Welten belohnt. Die Spiele erhalten regelmäßig Erweiterungen, so dass sie über Jahre hinweg attraktiv bleiben.

Die Spielewelt hat häufig Bezug zur Realität, da z. B. Mitschüler*innen mit im Clan oder der Gilde spielen, kann aber auch ein Ersatz für „echte“ peer-groups sein.

(Online)-Videospiele sind rund um die Uhr verfügbar und man kann sie weltweit vernetzt spielen. In Folge der nicht unerheblichen Zeitunterschiede kann es dazu kommen, dass Spieler*innen die Nacht zum Tag machen. Sie spielen in der Regel 8–10 Stunden und mehr pro Tag und mindestens 30 Stunden pro Woche, oft ohne während dieser Zeit zu essen oder zu trinken.

Insgesamt entwickeln männliche Jugendliche besonders häufig eine Computerspielstörung. Bei ihnen liegt die Prävalenzrate bei 6,8 %, bei weiblichen Jugendlichen bei 1,3 %. Das mag an der Art der bevorzugten Spiele liegen. Während Mädchen Puzzles oder soziale Spiele bevorzugen, wählen 12- bis 15-jährige Jungen meist Spiele mit viel Action, bei denen die Suchtfahrer als besonders hoch eingeschätzt wird (APA, 2022, S. 916).

Folgen: Das exzessive Computerspielen, Streamen oder Surfen, v. a. bei Vorliegen einer Computerspielstörung, führt zu körperlichen und psychosozialen Folgen:

- Überanstrengung der Augen
- Schlechte Körperwahrnehmung, Ausbleiben von Müdigkeits- und Hungerempfinden trotz Übermüdung und ungenügender Nahrungszufuhr
- Kein Bedürfnis nach menschlicher Nähe (zunehmende soziale Isolation)
- Schlafmangel und in der Folge erhebliche Konzentrationschwächen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Haltungsschäden
- Vernachlässigung von schulischen oder beruflichen Verpflichtungen

2.2.4. Diagnostische Kriterien der Computerspielstörung nach ICD 11 und DSM-5-TR

Die Computerspielstörung ist gekennzeichnet durch ein anhaltendes oder wiederkehrendes Spielverhalten („digitales Spielen“ oder „Videospiele“), das online (d. h. über das Internet) oder offline stattfinden kann und sich durch folgende Merkmale äußert:

1. Eingeschränkte Kontrolle über das Spielen (z. B. Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext),
2. Zunehmende Priorität des Spielens in dem Maße, dass das Spielen Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten hat; und
3. Fortsetzung oder Eskalation des Spielens trotz negativer Konsequenzen.

Das Muster des Spielverhaltens kann kontinuierlich oder episodisch und wiederkehrend sein. Das Spielverhalten führt zu einem ausgeprägten Leidensdruck oder einer erheblichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen,

schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das Spielverhalten und andere Merkmale sind normalerweise über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten zu beobachten, damit eine Diagnose gestellt werden kann, obwohl die erforderliche Dauer verkürzt werden kann, wenn alle diagnostischen Anforderungen erfüllt sind und die Symptome schwerwiegend sind (WHO, 2022).

Das DSM-5-TR (APA, 2022, S. 914) definiert die Computerspielsucht als anhaltende und wiederholte Nutzung des Internets zur Teilnahme an Spielen, häufig mit anderen Spielern. Charakteristika sind u. a. ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Spielen, unangenehme Gefühle, wenn das Spielen eingestellt wird, das Bedürfnis, immer mehr Zeit mit Internetspielen zu verbringen, erfolglose Versuche, die Zeit des Spielens zu beschränken, Täuschung anderer Menschen über den Umfang des Spielens und Spielen trotz gravierender psychosozialer Folgen.

2.2.5. Komorbidität

Zu den häufigsten Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen gehören Depressionen, Angststörungen, das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-) Syndrom (ADHS), Autismus-Spektrum-Störungen sowie Schlafstörungen (Kaess & Klar, 2024).

Erwachsene haben am häufigsten depressive Symptome sowie Angststörungen und bei substanzbezogenen Süchten ist die Abhängigkeit von Nikotin, aber auch – vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Cannabis zu nennen (siehe te Wildt, 2019). Neben den depressiven und (sozialen) Angststörungen werden auch die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, ADHS sowie Ess-Störungen und Adipositas beschrieben (Petry, 2010). Bei Schuhler et al. wiesen 57 % der Teilnehmenden eine depressive Störung, 28 % eine Persönlichkeitsstörung, 15 % eine soziale Phobie, 10 % eine Ess-Störung und 4 % ADHS auf (Schuhler et al., 2013). Petry und Schuhler beziehen den dysfunktionalen PC-/Internetgebrauch ausschließlich auf das Computerspielen, Chatten und Surfen, da alle anderen Nutzungsformen (Glücksspielen, Pornokonsum, Kaufen) anders klassifiziert werden.

2.2.6. Personenzentriertes Krankheitsverständnis

Personen, bei denen eine Computerspielsucht besteht, erleben sich in der Realität häufig als gescheitert, überfordert, uninteressant und unattraktiv, während sie sich im Spiel als erfolgreich, kommunikativ, kreativ, beliebt, clever, ausdauernd, vital und zufrieden empfinden.

Das Spielen im Rahmen der Computerspielsucht hat somit folgende Funktionalität:

Es ermöglicht eine ungefährliche Beziehungsgestaltung und das Selbst wird als ideal erlebt, steht im Mittelpunkt, verfügt über Anerkennung, Kontrolle, Macht, Erfolg und Attraktivität. Spielen ermöglicht darüber hinaus ein Gemeinschaftserleben (Teilhabe / Zugehörigkeit) sowie das Erleben von Freude, Glück, Stolz, Schaffensrausch, Wärme und Geborgenheit. Gaming bietet somit einen (weitgehend) sicheren Ort.

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund sind die **Identitätsdiffusion** und das **Immersionserleben** die beiden Hauptmerkmale des Störungsbildes (Petry, 2010; Schuhler & Vogelgesang, 2011). Die Betroffenen identifizieren sich im Verlauf ihres Spielens zunehmend mehr mit dem erfolgreichen Avatar, statt mit sich selbst, da die eigene Person in der Realität scheitert. So wird das Gaming zunehmend bedeutsamer und interessanter als die Realität (Immersionserleben).

Auch bei Personen mit Computerspielsucht sind Belastungen durch negative Beziehungserfahrungen und emotionale Traumata in Kindheit und Jugend besonders häufig und führen zu primären Inkongruenzen.

Von außen betrachtet, ist der soziale Rückzug bis hin zur völligen Isolation besonders auffällig. Hintergrund ist zunächst fehlendes Vertrauen in Beziehungen und die Angst davor, anderen nicht genügen zu können und diese zu enttäuschen. Die frühkindlichen Beziehungserfahrungen von Personen mit Computerspielsucht sind oft durch Eltern mit psychischen oder auch Suchterkrankungen oder auch Eltern, die zu wenig Unterstützung haben geben können, geprägt. Die Eltern sind oft wenig verlässlich, nehmen die kindlichen Bedürfnisse nur unzureichend wahr und können diese auch nur unzureichend befriedigen. Häufig findet sich in der Biographie eine emotionale Vernachlässigung sowie Ausgrenzungs- und Mobbing Erfahrungen, so dass die Beziehungserfahrungen von Gamer*innen insgesamt eher negativ sind und sich auch in negativen Beziehungserwartungen widerspiegeln und zu Beziehungsstörungen führen.

Gamer*innen sind extrem kritisch mit sich selbst und haben perfektionistische, oft unerreichbare Ansprüche an sich selbst (überhöhtes Selbstideal). Das Selbstideal ist sehr auf Harmonie und Selbstlosigkeit, aber auch auf absolute Verlässlichkeit und Solidarität ausgerichtet und damit dem von depressiven Menschen vergleichbar – wobei Depressionen oft komorbid auftreten. Um befürchteter Kritik und Ablehnung zu entgehen, passen sich Betroffene entweder bis zur Selbstaufgabe an oder gehen Situationen, in denen es zu Konflikten und befürchteter Kritik kommen könnte, aus dem Weg.

Es besteht eine Inkongruenz zwischen dem Wunsch nach Sicherheit, Geborgenheit und Anerkennung einerseits und nach Autonomie und Individualität andererseits, so dass Gefühle von Wut, Aggression, Ablehnung, Ärger und eigene Bedürfnisse

abgewehrt werden. Vor dem Hintergrund der häufig sehr negativen Beziehungserfahrungen und -erwartungen sowie des frühen Einstiegs in das Computerspiel (bei dem die Bedürfnisse autark befriedigt werden können), werden Wünsche nach Zuwendung, Geborgenheit und Anerkennung in realen Beziehungen häufig nur verzerrt symbolisiert. Aufgrund des überhöhten Selbstideals und daraus resultierender Angst zu scheitern, lehnen die Betroffenen oft die Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit ab und bleiben so häufig abhängig von anderen. Das Selbstkonzept lässt sich folgendermaßen beschreiben: „Ich muss die Erwartungen anderer 120 % erfüllen, um anerkannt und nicht verlassen zu werden.“, oder: „Ich werde andere enttäuschen, deren Erwartungen nicht erfüllen.“

Zudem entwickeln sich Probleme und Symptome als Folge des Computerspiels: Sozialer Rückzug von Seiten der betroffenen Person und Verlust von Interesse an anderen Aktivitäten führen zu negativen Reaktionen anderer Personen und zu sozialem Rückzug anderer Personen. Verschieben und Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Pflichten ziehen negative Konsequenzen in Schule, Studium oder bei der Arbeit nach sich. Diese Folgen des exzessiven Spielens geraten immer mehr in Widerspruch zu den Gründen, das Spielen fortzusetzen. Der Drang zum Computerspiel und die Freude oder wenigstens die Erleichterung beim Spielen selbst führen zu sekundären Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen. Das exzessive Spielen, das zunächst eine Lösung der psychosozialen Probleme zu sein schien, verschlimmert diese. Der Wunsch, irgendetwas am eigenen Leben zu ändern, bleibt trotzdem ambivalent.

Störungsspezifische Themen:

- Drang zum Gamen
 - Gamen wird als äußerst befriedigend erlebt
 - ambivalente Abstinenzmotivation
 - Prokrastination
 - negatives Menschenbild
 - eingeschränkte Leistungsmotivation
 - Entwicklungsdefizite
 - eingeschränkte Beziehungsfähigkeit
 - Selbstwertzweifel und Kränkbarkeit
 - fehlende soziale Kontakte und Hobbys
 - Identitätsdiffusion
 - perfektionistische Selbstansprüche (erhöhtes Selbstideal)
- (Gauls, 2024)

Störungsspezifisches Vorgehen:

Es ergeben sich folgende übergeordnete Therapieziele:

- Stärkung der Veränderungsmotivation
- Rückfallprophylaxe
- Bearbeiten von Selbstzweifeln

- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
 - Stärkung der Selbstverantwortung und der Selbstbestimmung
 - Stärkung der Selbstakzeptanz („sich selbst annehmen können, Aufgabe des erhöhten Selbstideals“)
 - Stärkung der Selbstempathie (Gefühle zulassen, aushalten und ausdrücken können)
 - Stärkung der Selbstkongruenz (sich zeigen wie man ist)
- (Gauls, 2024)

In der Behandlung wünschen sich die Patient*innen ein hohes Maß an Sicherheit und befürchten gleichzeitig, dass auch der*die Therapeut*in sie ablehnen und alleine lassen wird. In Bezug auf das Gaming erwarten sie ebenfalls, dass der*die Therapeut*in dies ablehnt. Der*die Therapeut*in soll auf keinen Fall das Liebste wegnehmen.

Auch wenn sich die Patient*innen zunächst gut auf die therapeutische Beziehung einlassen, so handelt es sich häufig um eine Anpassungsleistung, die darin besteht, den Erwartungen des*der Therapeut*in zu entsprechen, um die erwartete Kritik und Ablehnung zu vermeiden. Gefühle von Wut und Ärger auf den*die Therapeut*in können (zunächst) nicht symbolisiert werden.

Da die Entwicklungsaufgaben meist nicht ausreichend bewältigt wurden, ist der therapeutische Prozess langwierig und kleinschrittig. Er kann durch Stagnation und Rückfälle gekennzeichnet sein und erfordert ein hohes Maß an Geduld.

Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit. Dabei geht es im Wesentlichen darum, wieder Interesse an Beziehungen zu wecken und die negativen Beziehungserwartungen abzubauen. Dies geschieht ganz wesentlich über Beziehungsarbeit und dementsprechend über die therapeutische Beziehung, die durch ein hohes Maß an Kongruenz, aber auch bedingungsfreier Akzeptanz geprägt sein sollte. Hierzu gehört auch, die positiven Aspekte des Gamings und das nahezu krampfhaft daran festhalten wollen, wertzuschätzend zu begleiten. Auch hier müssen Ambivalenzen bearbeitet und die Eigenmotivation gestärkt werden, was jedoch im Gegensatz zur Glücksspielsucht deutlich schwieriger ist, da – wie erwähnt – das Gaming ausgesprochen positiv besetzt ist und dementsprechend oft nur ein geringer Leidensdruck besteht. Die Grundregel des Motivational Interviewing – die Ambivalenz akzeptieren und die Diskrepanzen bzw. Inkongruenzen herausarbeiten – gilt deshalb bei der Computerspielerkrankung in besonderer Weise.

Vor diesem Hintergrund arbeiten wir in unserer Einrichtung mit dem weiter oben beschriebenen Ampelmodell, welches immer wieder überprüft und ggf. angepasst wird. So kann aus der ursprünglichen Idee, das Gaming wieder kontrolliert

und ohne negative Folgen ausüben zu können, die Erkenntnis wachsen, dass eine Abstinenz die sinnvollere Alternative ist. Im Gegensatz zu anderen Süchten gelingt es beim Gaming aber einem Großteil der Betroffenen tatsächlich, ein kontrolliertes Nutzungsverhalten zu erreichen, das den anderen Zielen nicht im Weg steht und keine negativen Folgen nach sich zieht.

2.2.7. Computerspielstörung und Glücksspielstörung – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Computer- und Videospielstörung und die Glücksspielstörung haben Gemeinsamkeiten wie z. B. das erlebte Craving („Suchtdruck“) oder die fehlende Kontrolle über das eigene Verhalten. Beide Störungsbilder führen zu negativen Folgen, die jedoch unterschiedlich gelagert sind. Die wesentlichen Unterschiede sind durch das unterschiedliche Alter beim Beginn des Spielens und den Verlust der Kontrolle über das Spielen bedingt.

Personen mit Computerspielstörung weisen ein sehr niedriges Einstiegsalter auf, sodass Entwicklungsaufgaben oft nicht ausreichend bewältigt werden konnten. Die meisten waren schon vor Beginn des Spielens sozial isoliert. Hieraus resultiert eine mangelnde Beziehungsfähigkeit, aber auch eine häufig fehlende schulische und berufliche Ausbildung und der Hang, Verpflichtungen immer mehr zu verschieben (Prokrastination).

Personen mit Glücksspielstörung verfügen in der Regel über deutlich mehr Ressourcen. Dies hängt mit dem höheren Einstiegsalter, aber auch der unterschiedlichen Persönlichkeitsstruktur zusammen. Personen mit Glücksspielstörung sind zielstrebig und fleißig, haben in der Regel eine abgeschlossene Schulbildung und eine berufliche Ausbildung, sind berufstätig und definieren sich über Leistung und Geld. Demgegenüber sind Personen mit Computerspielstörung eher ziellos und in ihrem Handeln eher langsam. Hieraus resultieren unterschiedliche störungsspezifische Themen sowie ein unterschiedlicher Behandlungsansatz.

Die Arbeit mit sekundären Inkongruenzen nimmt bei Personen mit Glücksspielstörung wesentlich mehr Raum ein, da die Betroffenen unter den Folgen des Spielens leiden, unter anderem unter den finanziellen. Meist können sie gut zwischen Folgen des Glücksspiels und Problemen, die schon vor Beginn des Glücksspiels bestanden, unterscheiden. Bei der Computerspielstörung verstärken sich, wie oben angedeutet, die schon lange bestehenden Probleme durch das exzessive Spielen. Die scheinbare Lösung – das Spielen – wird zum zusätzlichen Problem.

Eine Gruppentherapie kann helfen, die genannten Therapieziele zu erreichen. Getrennte Gruppen sind vorzuziehen. Wenn Personen mit beiden Störungsbildern in einer Gruppe behandelt werden, können die beschriebenen Unterschiede die gegenseitige Empathie beträchtlich erschweren. Hierzu kann

auch der Umstand beitragen, dass sich bei der Glücksspielstörung in der Regel ein abstinenzorientiertes Vorgehen empfiehlt.

Zusammenfassend helfen personenzentrierte Ansätze bei beiden Störungen den Betroffenen, Ambivalenzen zu erkennen und sie abzubauen, sowie Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen wahrzunehmen und herauszuarbeiten. Die Betroffenen lernen, sich und ihre Gefühle zu akzeptieren, diese zu regulieren sowie soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen.

Personen mit Computerspielstörung stehen gerade dabei vor ungleich schwereren Aufgaben, da viele von ihnen vor Beginn des Spielens wenig Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen konnten und sozial zurückgezogen lebten.

Bei der Glücksspielstörung ist der Leidensdruck durch das Erleben der Folgen des Glücksspiels meist ausgeprägter, als bei den Computerspieler*innen, die sich mit dem Gaming mehr identifizieren und mit deutlich weniger Leidensdruck in die Beratung kommen.

Glücksspieler*innen benötigen zusätzlich Beratung beim Geld- und Schuldenmanagement, aber auch Unterstützung beim Umgang mit den sekundären Inkongruenzen, allen voran Schuld- und Schamgefühlen, während Computerspieler*innen deutlich mehr Unterstützung in der Erledigung von Alltagsaufgaben, aber auch dem Aufbau von Freizeitgestaltung und sozialen Beziehungen benötigen.

Literatur

- Abbott M. W. (2020). The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public health*, 184, 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.04.003>
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.), (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe.
- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- ARD Media (2024). *ARD/ZDF-Medienstudie 2024*. <https://www.ard-media.de/media-perspektiven/studien/ard/zdf-medienstudie#c119924>, abgerufen am 22.02.2025.
- Banz, M. (2019). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Doi: 10.17623/BZGA:225-GS-SY19-1.0
- Bensel, W. & Gauls, F. (2001). Die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie bei pathologischen Glücksspieler:innen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 32, 145–150.
- Bensel, W. & Luderer, H. J. (2025). Störungen durch Konsum von Alkohol aus personenzentrierter Sicht. *Person* 29, 41–57.
- Bensel, W. (2012). Die vielfältigen Potenziale personenzentrierter Gruppentherapie. In: Bensel, W. & Fiedler, D. (Hrsg.) (2012): *Personenzentrierte Beratung von Suchtstörungen*. GWG-Verlag.

- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U., & Rumpf, H. J. (2013). Comorbid Axis I-disorders among subjects with pathological, problem, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: results of the PAGE study. *Psychiatry research*, 210(3), 1065–1070. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.026>
- Bischof, G., Bischof, A., Meyer, C., John, U. & Rumpf, H.-J. (2013). *Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PIN-TA-DIARI), Kompaktbericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/PIN-TA-DIARI-2013-Kompaktbericht.pdf, abgerufen am 06.07.2024
- Bitkom (2021): *Gaming Trends 2021*. <https://www.bitkom.org/sites/default/files/2021-08/bitkom-charts-gaming-trends-23-08-2021.pdf>. Abgerufen 06.10.2023.
- Bitkom (2023): *Die Zukunft der Consumer Technology – 2023*. <https://www.bitkom.org/sites/main/files/2023-08/bitkom-studie-die-zukunft-des-consumer-technology-2023.pdf>. Abgerufen am 06.10.2023.
- Bodor, D., Ricijaš, N., & Filipčić, I. (2021). Treatment of gambling disorder: review of evidence-based aspects for best practice. *Current opinion in psychiatry*, 34(5), 508–513. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000728>
- Brand, M. & Potenza, N. P. (2019). In memory of Dr. Kimberly S. Young: The story of a pioneer. *Journal of behavioral addictions*, 8(1), 1–2. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.14>.
- Brand, M., Rumpf, H. J., Demetrovics, Z., Müller, A., Stark, R., King, D. L., Goudriaan, A. E., Mann, K., Trotzke, P., Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Kraus, S. W., Wegmann, E., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of “other specified disorders due to addictive behaviors? *Journal of behavioral addictions*, 11(2), 150–159. Advance online publication. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00035>
- Buth, S., Meyer, G. & Kalke, J. (2022). *Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2021*. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., & Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 39(2), 92–103. <https://doi.org/10.1080/16506070903190245>
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11, CD008937.
- DAK Gesundheit (2023). *Mediensucht in Zeiten der Pandemie*. Hamburg. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/studie-mediensucht-2022-23_33242 Abgerufen am 27.01.2024.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2013). *Taschenführer zur ICD-Klassifikation psychischer Störungen*. Huber.
- Eriksen, J. W., Fiskaali, A., Zachariae, R., Wellnitz, K. B., Oernboel, E., Stenbro, A. W., Marcussen, T., & Petersen, M. W. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, 12(3), 613–630. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00034>
- Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland (EVZ)(2023). *Gaming und digitale Inhalte*. <https://www.evz.de/einkaufen-internet/gaming.html>. Abgerufen am 06.10.2023.
- Feselmayer, S. & Heinzl, K. (1985). Die klientenzentrierte Psychotherapie mit Suchtkranken. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 8, 39–49.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Thieme.
- Fortune, E. E. & Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: A review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26 (2), 298–310. <https://doi.org/10.1037/a0026422>.
- Gauls, F. (2012). Der Personenzentrierte Ansatz in der Behandlung des pathologischen Glücksspiels. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.), (2012). *Personenzentrierte Beratung von Suchtstörungen*. GWG-Verlag.
- Gauls, F. (2024). *Verhaltenssüchte personenzentriert verstehen und behandeln*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 50–57. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.1.50>
- Horak, N. S., Eagle, G., Stein, D. J., & Lochner, C. (2021). Gambling Disorder and Childhood Trauma: A Complex Association. *Journal of gambling studies*, 37(2), 515–528. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09983-w>
- Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2016). *Lebensphase Jugend*. Beltz Juventa. 13. überarbeitete Auflage.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Bersani, F. S., Imbimbo, F., Pompili, M., Contardi, A., & Farina, B. (2017). The Association among Childhood Trauma, Pathological Dissociation and Gambling Severity in Casino Gamblers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 203–211. <https://doi.org/10.1002/cpp.1997>
- Josephson, H., Carlbring, P., Forsberg, L., & Rosendahl, I. (2016). People with gambling disorder and risky alcohol habits benefit more from motivational interviewing than from cognitive behavioral group therapy. *PeerJ*, 4, e1899. <https://doi.org/10.7717/peerj.1899>
- Kaess, M. & Klar, J. (2022). Internet- und Computersucht bei Kindern und Jugendlichen. In: Fegert, J., Resch, F., Plener P., Kaess, M., Döpfner, M., Konrad, K. & Legenbauer, T. (2022). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer Reference Medizin. https://www.springermedizin.de/emedpedia/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/internet-und-computersucht-bei-kindern-und-jugendlichen?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_98. Abgerufen am 16.10.2024.
- Lindenberg, K. & Sonnenschein, A. R. (2024). Verhaltenssüchte als neue ICD11-Diagnosen. *Psychotherapie* 69, 158–164. <https://doi.org/10.1007/s00278-024-00716>
- Loo, J. M. Y., Kraus, S. W., & Potenza, M. N. (2019). A systematic review of gambling-related findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of behavioral addictions*, 8(4), 625–648. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.64>
- Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest (mpfs)(2023). *JIM Studie 2023. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger*. https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2022/JIM_2023_web_final_kor.pdf. Abgerufen am 06.07.2024.
- Meyer, C., Bischof, A., Westram, A., Jeske, C., de Brito, S., Glorius, S., Schön, D., Porz, S., Gürtler, D., Kastirke, N., Hayer, T., Jacobi, F., Lucht, M., Premper, V., Gilberg, R., Hess, D., Bischof, G., John, U., & Rumpf, H. J. (2015). The “Pathological Gambling and Epidemiology” (PAGE) study program: design and fieldwork. *International journal of methods in psychiatric research*, 24(1), 11–31.
- Meyer, G. (2023). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) *DHS Jahrbuch Sucht 2023*. Pabst Science Publishers.
- Meyer, G., Kalke, J., & Butz, S. (2023). Problem gambling in Germany: results of a mixed-mode population survey in 2021. *International Gambling Studies*, 24(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/14459795.2023.2182337>
- Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2017). Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757–766. <https://doi.org/10.1037/ccp0000179>
- Miller, W. R. & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist* 64, 527–537.

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung*, 3. Auflage. Lambertus.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2024). Why Motivational Interviewing Is a Person-Centered Approach. *Sucht* 70, Nr. 2, Published Online: 9 Apr 2024, Doi: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000862>
- Müller, A., Wölfling, K. & Müller, K.W. (2018) *Verhaltenssüchte. Pathologisches Kaufen, Spielsucht und Internetsucht*. Hogrefe.
- Orth, B. & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Teilband Computerspiele und Internet*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:225-DAS19-INT-DE-1.0
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Beltz.
- Petry, J. (2003): *Glücksspielsucht*. Hogrefe.
- Petry, J. (2010): *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch*. Hogrefe.
- Petry, N.M., Ginley, M.K., & Rash, C.J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of addictive behaviors. Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(8), 951–961. <https://doi.org/10.1037/adbo000290>
- Potenza, M.N., Balodis, I.M., Derevensky, J., Grant, J.E., Petry, N.M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S.W. (2019). Gambling disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
- Premper, V. & Schulz, W. (2010). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht* 54 (3) 131–140. <https://doi.org/10.1024/2008.03.03>
- Rossini-Dib, D., Fuentes, D. & Tavares, H (2015). A naturalistic study of recovering gamblers: What gets better and when they get better. *Psychiatry Research*, 227 (1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.003>
- Rumpf, H.-J., Batra, A., Bischof, A., Hoch, E., Lindenberg, K., Mann, K., Montag, C., Müller, A. Müller, K.W., Rehbein, F. Stark, R. te Wildt, B. Thomasius, R. Wölfling, K. & Brand, M. (2021): Vereinheitlichung der Bezeichnungen für Verhaltenssüchte. *Sucht* 67 (4), 181–185. <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/0939-5911/a000720>.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)*. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Lübeck.
- Schuhler, P. & Vogelsang, M. (2011). *Abschalten statt Abdriften*. Beltz.
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M., Fischer, T., Flatau, M., Schwarz, S.; Bommundt, A. & Beyer, L. (2013). *Pathologischer PC-/Internetgebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Pabst.
- Schütze, C., Kalke, J., Möller, V., Turowski, T. & Hayer T. (2023). *Glücksspielatlas Deutschland 2023: Zahlen, Daten, Fakten*. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Arbeitseinheit Glücksspielforschung der Universität Bremen: Hamburg/Hamm/Bremen.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Asanger.
- Speierer, G.-W. (2012). *Das differenzielle Inkongruenzmodell in der Suchtbehandlung*. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.), (2012). *Personenzentrierte Beratung von Suchtstörungen*. GWG-Verlag.
- SPIEGEL Netzwelt (2007). *Apple enthüllt das magische iPhone*. <https://www.spiegel.de/netzwelt/mobil/revolutionaeres-handy-apple-enthuehlt-das-magische-iphone-a-458725.html>. Abgerufen am 23.09.23
- Suchtkooperation NRW (Hrsg.), (2021). *Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2021*. Köln. https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Monitoringbericht_2021_bf.pdf. Abgerufen am 26.10.2023.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. GWG Verlag.
- te Wildt, B. (2019). Diagnostik und Therapie der Internetsucht. *Psychiatrie und Neurologie* 4, 22–25. <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2019/04/Diagnostik-und-Therapie-der-Internetsucht.pdf>. Abgerufen am 07.10.2023.
- Tran, L. T., Wardle, H., Colledge-Frisby, S., Taylor, S., Lynch, M., Rehm, J., Volberg, R., Marionneau, V., Saxena, S., Bunn, C., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2024). The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health* 9(8), e594–e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9)
- Wanke, K. (1985). *Normal-abhängig-süchtig. Zur Klärung des Suchtbegriffes*. In: DHS (Hrsg.): *Süchtiges Verhalten*. Hoheneck.
- Wardle, H., Degenhardt, L., Marionneau, V., Reith, G., Livingstone, C., Sparrow, M., Tran, L. T., Biggar, B., Bunn, C., Farrell, M., Kesaite, V., Poznyak, V., Quan, J., Rehm, J., Rintoul, A., Sharma, M., Shiffman, J., Siste, K., Ukhova, D., Volberg, R., Yendork, J. S. & Saxena, S. (2024). The Lancet Public Health Commission on gambling. *Lancet Public Health* 9, e950–e994.
- Weiss, N.H., Kiefer, R., Goncharenko, S., Raudales, A.M., Forkus, S.R., Schick, M.R., & Contractor, A.A. (2022). Emotion regulation and substance use: A meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 230, 109131. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109131>
- World Health Organization (WHO) (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#499894965>, retrieved October 16, 2024. Deutsch: Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2022): 11. Revision der ICD der WHO (ICD-11). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html. Abgerufen am 26.10.2023
- Young, K. (1999). *Caught in the net. Suchtgefahr Internet*. Kösel-Verlag.
- Young, K., Pistner, M., O'Mara, J. & Buchanan, J. (2000). Cyber-Disorders-The Mental Health Concern for the New Millennium. *Cyber Psychology & Behavior*, 3(5), 475–479.