

# Der Mensch im Zeitalter der neuen Medien aus Sicht der stationären Rehabilitation: Der pathologische Computer-/Internet-Gebrauch

Petra Schuhler, Monika Vogelgesang und Marco Flatau

## Problemstellung

Die Erarbeitung diagnostischer Kriterien und therapeutischer Methoden war in der Rehabilitation des neuen Krankheitsbilds (Petry, 2010) dringend geboten. Vor diesem Hintergrund informiert der Beitrag über die klinische und psychotherapeutische Vorgehensweise in der Münchwieser Reha-Klinik, die seit 1998 Patienten und Patientinnen mit pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch behandelt. Auf dieser entsprechend relativ breiten klinischen Grundlage werden der diagnostische Ansatz und die therapeutische Herangehensweise (Schuhler & Vogelgesang, 2012; in diesem Heft) umrissen und Ergebnisse zur Komorbidität (Sobottka, 2010) sowie zur empirischen Wirksamkeitsprüfung berichtet.

Ausgangspunkt ist die Unterscheidung zwischen normalem, problematischem und pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch in den Bereichen Gaming (Mehrpersonenrollenspiele Ego-shooter, Browser-spiele), Chatting (vornehmlich in sozialen Netzwerken) und Surfing (dem ausufernden, letztlich ziellosen Sammeln von Musikdateien, Reisezielen oder Filmen). Im Zentrum steht die klinisch relevante Form des pathologischen Computer-/Internet-Gebrauchs, der eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durch die Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Gefolge der psychischen und somatischen Erkrankungen indiziert, wobei die Leitdiagnose die Computer-/Internet-Pathologie ist. Im aktuellen Glossar des ICD-10, das den pathologischen Computer-/Internet-Gebrauch noch nicht als eigenständige Störung aufweist, scheint die ICD-10 F 68.8 Klassifikation ‚sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen‘ am besten für eine diagnostische Einordnung geeignet zu sein. Der pathologische Computer-/Internet-Gebrauch ist differenzialdiagnostisch abzugrenzen von Hypersexualität oder Paraphilie, von pathologischem Glücksspielen bzw. pathologischem Kaufverhalten. Falls sich diese Krankheitsbilder über den exzessiven Gebrauch des Mediums manifestieren, sollte die eigentliche Pathologie diagnostiziert werden, jeweils mit dem Zusatz „via Computer/Internet“.

## Im Zentrum des diagnostischen Ansatzes: Dichotomie im intrapsychischen und interpersonellen Erleben

Aus unserer Sicht ist der pathologische Umgang mit dem Medium Computer/Internet als eine tiefgreifende dichotome Störung intrapsychischer und interaktiver Funktionen zu verstehen. Dichotom bedeutet ein Auseinanderklaffen zwischen positivem und negativem Erleben in der virtuellen vs. der realen Welt hinsichtlich der Selbstwertregulation, der Affektregulation, der sozialen Interaktionsfähigkeit und der Handlungsmotivation. Der diagnostische Ansatz und seine theoretische Fundierung werden ausführlicher im Beitrag von Schuhler und Vogelgesang *Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch: Diagnostische Einordnung als Beziehungs- und Verhaltensstörung und therapeutische Vorgehensweise* in diesem Heft dargestellt, die hier nachfolgend kurz umrissen wird.

In der Computer-/Internet-Aktivität wird in der Selbstwertregulation, die in der Realität oft schmerzlich vermisste Anerkennung gefunden und Kontrollvermögen, Gefühle der Macht, des Erfolgs, der stolzen Freude und der Liebe erlebt. Gefühle der Freude, des Glücks, des Stolzes, der Wärme und Geborgenheit werden in der Affektregulation in der virtuellen Welt aktiviert, denen in krassem Gegensatz Angst-, Leere- und Schamgefühle im realen Kontext gegenüberstehen. In der Computer-/Internet-Aktivität gelingt die konsequenzenarme Abfuhr aggressiver Regungen, sowie das in der Realität nicht erlebte Wir-Gefühl in einer Gruppe. In der wirklichen Welt dominieren sozialinteraktive Gehemmtheit, Konfliktscheu und soziale Isolation. Im Kontakt mit anderen können im virtuellen Kontext soziale Beziehungen besser kontrolliert werden, sind steuerbarer und machen deshalb weniger Angst. Hinsichtlich der Handlungsmotivation wird in der Computer-/Internet-Aktivität oft ein Schaffensrauscherleben erreicht, ein Flow, der scheinbar noch so schwierige Aufgaben mit energiegeladener Hingabe lösen lässt. In der realen Welt herrscht dagegen eine ausgeprägte Leistungshemmung vor, Ziele werden schnell aufgegeben, kaum mit Beharrlichkeit verfolgt. Die Handlungsplanung und -ausführung ist misserfolgsorientiert und lückenhaft.

In der Computer-/Internet-Aktivität, in der imaginative und projektive Prozesse die starker Bindung an das virtuelle Geschehen im Spiel und Chat dynamisieren, wirkt offenbar ein starker dysfunktionaler identifikatorischer Sog. Dies führt dazu, dass die Realität und deren Kommunikationscharakteristika an Bedeutung verlieren und schließlich sogar Angst auslösen, was die Abkehr von der Arbeits- und Alltagswelt mit den schädlichen und belastenden Folgen plausibel macht.

## Merkmale der Patientengruppe im empirischen Vergleich mit anderen Rehabilitanden-gruppen

Ein Vergleich dieser Patienten mit Patienten anderer psychischer Erkrankungen kann das fachliche Verständnis für das neue Krankheitsbild und adäquate rehabilitative Maßnahmen schärfen, wie es sich ein zwei-jähriges, von der DRV Bund gefördertes, Forschungsprojekt (Schuhler et al., 2013), zur Aufgabe gemacht hat, das in den AHG Kliniken Münchweis und Schwärzener See durchgeführt worden ist: Das relativ neue Krankheitsbild wurde hinsichtlich relevanter diagnostischer, symptomatologischer, sowie persönlichkeitsbezogener und sozial-beruflicher Merkmale verglichen mit drei anderen großen Patientengruppen, nämlich Suchtkranken, pathologischen Glücksspielern und psychosomatisch Kranken mit anderen psychischen Störungen im Rahmen der stationären Reha-Behandlung in den Indikationsgebieten Sucht und Psychosomatik. Das Projekt richtete sich darauf, das komplexe Krankheitsbild zu erhellen und neben der Erarbeitung nosologischer und pathognomonischer Einordnungsgesichtspunkte die beruflich-soziale Situation der Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch zu analysieren. Aus den Forschungsergebnissen werden deshalb die Resultate berichtet, die sich im differenziellen Vergleich mit dem Spannungsfeld zwischen spezifischer beruflich-sozialer Belastetheit und Integrationsanforderung beschäftigen.

Die Untersuchung war so angelegt, dass teilrandomisiert 400 Patienten und Patientinnen in die Studie einbezogen und je 100

Patienten pro Untersuchungsgruppe für die Studie gewonnen worden sind. Als Untersuchungsmerkmale wurden neben Symptomatologie, Depressivität, Impulsivität, Persönlichkeitsvariablen und Merkmale der Selbstwert- und Beziehungsregulierungsfähigkeit im Viergruppenvergleich erfasst: Alter, Geschlecht, Schulabschluss, berufliche Stellung, die Partnerschaftssituation, Erwerbsstatus, Ausbildung, monatliches Einkommen, Arbeitsunfähigkeitszeiten, therapeutisches Urteil bei Entlassung, Entlassungsart, Prognose, die sozial-medizinische Leistungsbeurteilung bei Entlassung (s. Tabelle 1)

Die Ergebnisse (s. Tabelle 2) zeigen, dass Patienten der Computer-Gruppe signifikant jünger sind als die Patienten jeder der drei anderen Gruppen. In der Gruppe PC liegt ein höherer Männeranteil vor, auch im Vergleich zu den Glücksspielern, bei denen die Männer weit in der Überzahl sind. Die Gruppe PC weist bedeutend häufiger qualifiziertere schulische Abschlüsse auf, die Patienten sind aber am häufigsten arbeitslos bzw. sind trotz des Durchschnittsalters von 30 Jahren noch in erschwerten, prolongierten Ausbildungsverläufen. Entsprechend hat die Gruppe PC weitaus weniger Einkommen zur Verfügung als die Patienten der drei anderen Untersuchungsgruppen. Hinsichtlich der Merkmale ‚therapeutisches Urteil bei Entlassung‘, ‚Entlassungsart‘ und ‚Prognose‘ weist die Untersuchungsgruppe PC die günstigsten Ergebnisse im Gruppenvergleich auf. Hinsichtlich des rehabilitativ bedeutsamen Merkmals ‚Leistungsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit‘ wird in der PC-Gruppe am häufigsten vollschichtige Leistungsfähigkeit am Ende der Behandlung erlangt. Die Patienten der Gruppe PC weisen bei Entlassung ebenfalls weniger Leistungseinschränkungen auf, obwohl die prästationären AU-Zeiten ebenso hoch ausgeprägt sind wie der der anderen Patientengruppen. Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt wird bei der PC-Gruppe in allen Fällen vollschichtige Leistungsfähigkeit erreicht. Dies unterscheidet sie signifikant von den Suchtkranken und psychosomatisch Kranken.

Die Analyse der Komorbiditätsverteilungen (s. Tabelle 3) zeigt, dass bei der Gruppe PC eine mit den anderen Gruppen vergleichbar hohe Zahl an mittelgradigen und schweren depressiven Erkrankungen und ein hohes Maß an Persönlichkeitsstörungen zu verzeichnen ist. Im Bereich der besonders bedeutsamen Entität der Persönlichkeitsstörungen zeigt sich eine klinische Affinität zu der Gruppe andere psychische Störungen des Indikationsgebiets Psychosomatik. Beide Gruppen weisen ein sehr viel höheres Ausmaß an ängstlich-vermeidenen Persönlichkeitsstörungen auf als die Gruppen pathologisches Glücksspielen und

Tabelle 1: Untersuchungsvariablen und zur Erfassung eingesetzte Verfahren im DRV Bund-Forschungsprojekt

	Untersuchungsvariablen	Messart und Verfahren
<b>A Soziodemografische Variablen</b>		
	Alter und Geschlecht	Basisdokumentation (Zielke, 1994; Fachausschuss Psychosomatik, 2004)
	Soziale und berufliche Integration (Partnerschaftsstatus, Erwerbsstatus, Ausbildung, monatliches Einkommen)	Mündliche standardisierte Befragung
<b>B Symptomatologie</b>		
	Symptombelastetheit	SCL-90-R (Derogatis & Franke, 2002) symptomspezifische Unterskalen
	Depressivität	BDI-II – Beck Depressionsinventar (Hautzinger et al., 2006)
	Impulsivität	BIS – Barratt Impulsiveness Scale (Preuss et al., 2003)
<b>C Persönlichkeit und interpersonelle Probleme</b>		
	Selbstwertstruktur	MSWS – Multidimensionale Selbstwertskala (Schütz & Sellin, 2006)
	Interpersonelle Probleme	IIP - Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz et al., 2000)
	Persönlichkeitsstruktur	NEO-FFI - NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (Borkenau & Ostendorf, 2008)
	Aggressivitätsfaktoren	K-FAF - Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (Heubrock & Petermann, 2008)
<b>D Begleitdiagnostik</b>		
	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster	AVEM Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (Schaarschmidt & Fischer, 2008)
	Bindungsmuster	BFKE - Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (Höger, 1999) BFPE - Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (Höger et al., 2007)
	Akzeptanz therapeutischer Maßnahmen	Entlassungsfragebogen: Patientenurteile
	Soziale Erwünschtheitstendenz	SDS – Kurzskala zur Messung sozialer Erwünschtheit (Winkler et al., 2006)
<b>E Kontrollvariablen:</b>		
	Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Partnerschaft, Einkommen	mündliche standardisierte Befragung
	Abhängigkeitsindex	mündliche standardisierte Befragung auf Basis der ICD-10-Kriterien (mit Tabakabhängigkeit)
	Abhängigkeitsdiagnose	vorhandene stoffgebundene Abhängigkeitsdiagnose (ohne Tabakabhängigkeit)

Tabelle 2: Merkmale der Untersuchungsgruppen (N=395) im DRV Bund-Forschungsprojekt

Merkmale der Untersuchungsgruppen	PC	Glücksspielen	Abhängigkeit	andere psych. Störungen
<b>A Alter</b>				
T-Wert		-7,12**	-13,06**	-10,30**
Mittelwert	30	39	47	45
<b>B Geschlecht</b>				
Chi <sup>2</sup>		4,62*	28,10**	62,67**
Männlich	90	79	55	35
Weiblich	10	21	42	63

Tabelle 2: Merkmale der Untersuchungsgruppen (N=395) im DRV Bund-Forschungsprojekt

Merkmale der Untersuchungsgruppen				
	PC	Glücksspielen	Abhängigkeit	andere psych. Störungen
<b>C Schulabschluss</b>				
Chi <sup>2</sup>		20,25**	32,75**	13,40*
Kein Schulabschluss	1			
Haupt/Realschulabschluss ohne Lehre	56	66	33	40
Haupt/Realschulabschluss mit Lehre	12	26	48	33
Abitur	31	8	16	25
<b>D Letzte berufliche Stellung</b>				
Chi <sup>2</sup>		28,73**	32,29**	34,43**
In Ausbildung/Studium	43	10	7	7
Arbeiter/Angestellter ohne Leitungsaufgaben	50	83	79	75
Arbeiter/Angestellter mit Leitungsaufgaben	7	7	11	16
<b>E Erwerbsstatus</b>				
Chi <sup>2</sup>		2,10	1,43	5,87*
Arbeitslosigkeit/ohne Ausbildungsplatz	66	56	56	48
Erwerbstätigkeit/in Ausbildung	34	44	41	50
<b>F Monatliches Einkommen (skaliert)</b>				
Chi <sup>2</sup>		29,43**	12,15*	22,66**
kleiner 1000 Euro	84	51	61	55
kleiner 2000 Euro	8	34	23	34
kleiner 3000 Euro	5	14	9	7
größer/gleich 3000 Euro	3	1	4	2
<b>G Leistungsträger der stationären Maßnahme</b>				
DRV Bund	40	50	52	62
DRV regional	35	39	32	27
Krankenkassen	25	11	13	9
<b>H Status Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme</b>				
Chi <sup>2</sup>		3,05	8,75*	7,59
Arbeitsunfähig	30	32	43	47
Arbeitsfähig	70	68	54	51
<b>I Therapeutisches Urteil bei Entlassung</b>				
Chi <sup>2</sup>		1,84	1,97	1,51
Gebessert	95	93	87	89
Unverändert	5	7	10	9
<b>J Entlassungsart</b>				
Chi <sup>2</sup>		7,74	10,65	10,60
reguläre Entlassung	83	76	71	92
vorzeitig auf ärztl. Veranlassung	8	10	6	0
Vorzeitig mit ärztl. Einverständnis	8	10	12	4
vorzeitig gegen ärztl. Rat	1	4	8	2

Abhängigkeit. Diese Ergebnisse sind besonders eindrucksvoll vor dem Hintergrund des relativ jungen Lebensalters der Patienten in der Gruppe PC: Bei vielen Patienten haben sich in Verbindung mit dem pathologischen PC-/Internet-Gebrauch bereits mittelgradige oder sogar schwere depressive Erkrankungen und eine Persönlichkeitsstörung entwickelt.

Zur Ermittlung von Gruppenunterschieden wurden die vier Diagnosegruppen unter Einbezug aller psychometrischer und soziodemographischer Variablen mittels diskriminanzanalytischer Verfahren untersucht. Auf der Grundlage des Ergebnisses der Diskriminanzanalyse im Viergruppenvergleich, die in Tabelle 4 wiedergegeben werden, wurde ein Streudiagramm (Abbildung 1) erstellt. Das Ergebnis spricht für die Hypothese, dass sich anhand der erhobenen Variablen die Untersuchungsgruppen sicher trennen lassen.

Werden Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch mit allen anderen Patienten verglichen, zeigen sich vor allem ungünstigere Ausprägungen der Persönlichkeitseigenschaft „Gewissenhaftigkeit“, sowie der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung. Sie sind im Vergleich mit allen anderen Patienten signifikant häufiger „zu abweisend kalt“, „zu introvertiert-sozialvermeidend“ und „zu streitsüchtig-konkurrierend“ im sozialen Kontakt. Ihre Extraversionbereitschaft ist bedeutsam ungünstiger ausgeprägt, ebenso die spontane Aggressivität, die Aggressionshemmung und die Selbstwertschätzung physische Attraktivität (s. Tabellen 5 und 6) Die Unterschiede zu den anderen Patienten gehen nicht darauf zurück, dass sie wesentlich jünger sind und es sich fast immer um Männer handelt.

Dies gilt auch, wenn die Patientengruppe jeweils getrennt mit der Gruppe pathologischer Glücksspieler, sowie mit der Gruppe mit einer stoffgebundener Abhängigkeitserkrankung, die eine Entwöhnungsbehandlung durchlaufen und schließlich mit psychosomatisch Kranken verglichen werden. Die PC-Patienten sind deutlich depressiver als die abhängigen Patienten und zeigen ein deutlich höheres Ausmaß an dysfunktionaler Impulsivität. Ihre Somatisierungsbelastung ist im Vergleich mit den Patienten der Gruppe *andere psychische Störungen* weniger stark ausgeprägt. Hinsichtlich Zwanghaftigkeit erleben sich dagegen als stärker belastet als die Patienten der Gruppe *Abhängigkeit*. Sicherheit im Sozialkontakt, Neurotizismus, Selbstwerterleben, körperbezogene und leistungsbezogene Selbstwertschätzung, interpersonale Beziehungsproblematik in Form von zu abweisend-kalt, zu introvertiert-sozialvermeidend und Extraversion sind ungünstiger ausgeprägt als in den Gruppen *Glücksspielen und Abhängigkeit*. Jedoch zeigen sich

Tabelle 2: Merkmale der Untersuchungsgruppen (N=395) im DRV Bund-Forschungsprojekt

Merkmale der Untersuchungsgruppen				
	PC	Glücksspielen	Abhängigkeit	andere psych. Störungen
<b>K Prognose</b>				
Chi <sup>2</sup>		7,06	8,96	3,88
Günstig	82	66	80	70
Zweifelhaft	16	32	8	22
Ungünstig	2	2	9	6
<b>L Leistungsfähigkeit für zuletzt ausgeübte Tätigkeit</b>				
Chi <sup>2</sup>		0,52	4,29	16,0*
6 Stunden und mehr	86	82	75	59
3 bis unter 6 Stunden	0	0	0	2
Unter 3 Stunden	14	18	22	37
<b>M Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt</b>				
Chi <sup>2</sup>		2,38	9,44*	13,54*
6 Stunden und mehr	100	96	86	84
3 bis unter 6 Stunden	0	0	3	3
Unter 3 Stunden	0	4	8	11

Tabelle 3: Gruppe Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch im DRV Bund-Forschungsprojekt: Psychische Komorbidität

ICD-10	Diagnosekategorie	Anzahl	Prozent
F 10.1	Alkoholmissbrauch	5	2,4
F 10.2	Alkoholabhängigkeit	7	3,3
F 12.1	Cannabissmissbrauch	1	0,5
F 12.2	Cannabisabhängigkeit	8	3,8
F 15.1	Stimulanzienmissbrauch	1	0,5
F 17.2	Tabakabhängigkeit	52	24,5
F 19.1	Missbrauch (multiple Substanzen)	3	1,4
F 19.2	Abhängigkeit (multiple Substanzen)	7	3,3
F 32-34	Depression	57	26,9
F 40.1	Soziale Phobie	15	7,1
F 40-41	Phobien und Angststörungen (ohne F40.1)	2	0,9
F 43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	4	1,9
F 50	Essstörung	10	4,7
F 60-61	Persönlichkeitsstörung	28	13,2
F 63.0	Pathologisches Glücksspielen	7	3,3
F 63.8	Sonst. Störung der Impulskontrolle	1	0,5
F 90	ADHS	4	1,9
	Alle psychischen Nebendiagnosen	212	100

Anmerkungen: Anzahl = Anzahl der Nebendiagnosen

Tabelle 4: Zusammenfassung der kanonischen Diskriminanzfunktionen und Wilks-Lambda der Diskriminanzanalyse 3

Funktion	Eigenwert	Kanonische Korrelation	Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	df	Signifikanz
1	1,148	0,731	1 bis 3	0,264	129	p<0,001
2	0,399	0,534	2 bis 3	0,568	84	p<0,001
3	0,259	0,454	3	0,794	41	p<0,001

Anmerkungen: Darstellung der Funktionen 1 bis 3 aus der Diskriminanzanalyse 3, df = Freiheitsgrade

PC-Patienten offener für neue Erfahrungen als pathologische Glücksspieler, allerdings im sozialen Kontakt mehr als „zu selbststunlicher-unterwürfig“. Hinsichtlich der nach außen gerichteten Aggressivitätsbereitschaft zeigen sie ein höheres Ausmaß als die Gruppe *Abhängigkeit*. Bezogen auf die spontane Aggressivität stellt sich ein höheres Ausmaß als bei den Gruppen *Abhängigkeit* und *andere psychische Störungen* dar. Die Aggressionshemmung ist dagegen niedriger ausgeprägt als die der Gruppe *andere psychische Störungen*. Von jeder anderen Gruppe unterscheiden sie sich wesentlich auf der Persönlichkeitsdimension „Gewissenhaftigkeit“, d.h. dem Vermögen, eigengesteckte Ziele nachhaltig zu verfolgen und nicht schnell aufzugeben.

Die Computer-/Internet-Pathologie erscheint im Licht der empirischen Ergebnisse als Beziehungs- und Verhaltensstörung, die sowohl als Folge der pathologischen PC-/Internet-Aktivität als auch immer weiter wirksame Ursache einer defizitären Persönlichkeitsentwicklung mit kompensatorischem PC-Internet-Gebrauch angesehen werden kann. Schuhler et al. (2013) legen die umfangreichen Ergebnisse ausführlich dar.

### Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit

Die soziale Kontaktfähigkeit, Alltagskompetenzen und die berufliche Leistungsfähigkeit leiden unter der Computer-Internet-Aktivität, umso mehr als sich depressogene Gefühle der Einsamkeit, Niedergeschlagenheit und Angst nach dem „Wiederauftauchen“ in der Realität entwickeln. Auf dieser Basis entwickelt bzw. verstärkt sich vermutlich die ausgeprägte psychische Komorbidität (Schuhler et al., 2013).

Die negativen psychischen Folgen im realen Kontext umfassen: Zunehmende sozialinteraktive Unsicherheit bis hin zu sozialphobischen Tendenzen, depressiv getöntes Erleben nach der Computer-/Internet-Aktivität, Konzentrations- und Reaktionsstörungen außerhalb der Computer-/Internet-Aktivität. Zu den häufigen negativen sozialen Folgen im realen Kontext zählen sozialer Rückzug mit zunehmender Vereinsamung, sowie weitgehende Einbußen der beruflichen bzw. schulischen Leistungsfähigkeit. Alltagskompetenzen nehmen darüber hinaus ab, davon betroffen sind oft auch eine selbständige Haushaltsführung und adäquate Regelung finanzieller Angelegenheiten. Als negative körperliche Folgen gehen häufig Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Stoffwechselstörungen, Essstörungen oder Schlafstörungen mit dem pathologischen Computer-/Internet-Gebrauch einher. Häufige dauernde Leistungseinschränkungen in der beruflichen Leistungsfähigkeit betreffen Konzentrations- und Reaktionsvermögen, Ausdauerfähigkeit, das Umstellungs- und

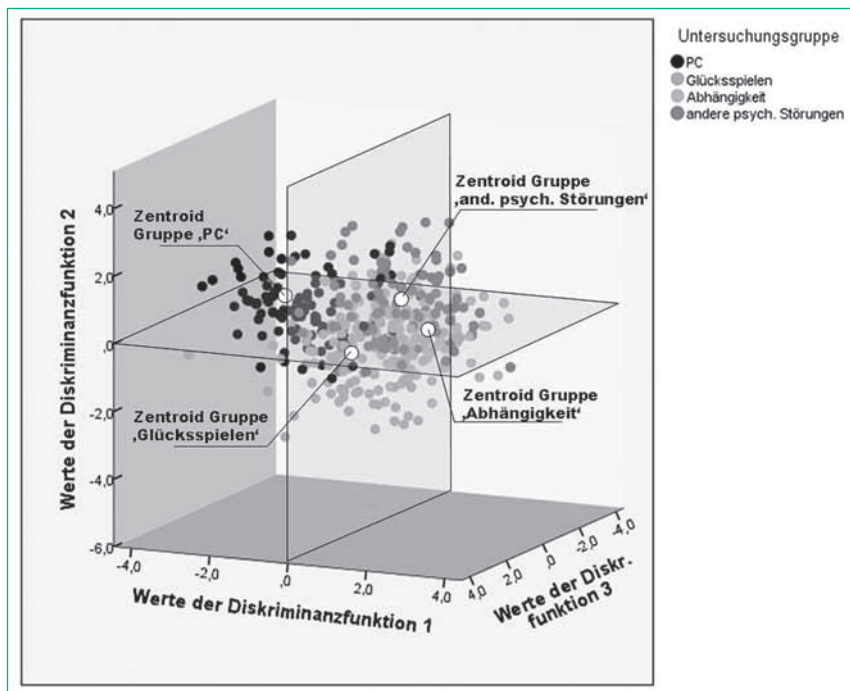


Abbildung 1: Streudiagramm aus Diskriminanzanalyse

Anpassungsvermögen und die sozi-emotionale Regulierungsfähigkeit, sowie damit zusammenhängend die soziale Interaktionsfähigkeit. Der Rehabilitationsprozess hat sich auf den Abbau dieser schwerwiegenden Leistungseinschränkungen bei der relativ jungen Rehabilitandengruppe, deren Durchschnittsalter 30 Jahre beträgt (Schuhler et al., 2013), einzustellen. Das Erarbeiten einer tragfähigen beruflichen Perspektive bedarf deshalb besonderer Anstrengungen, in deren Mittelpunkt die psychotherapeuti-

sche Behandlung (Schuhler & Vogelgesang, 2012; in diesem Heft) steht, die von ergo-, sport- und soziotherapeutischen Programmen flankiert werden sollte: Die psychotherapeutische Vorgehensweise wird im folgenden Abschnitt kurz skizziert.

### Das psychotherapeutische Programm

Die Behandlungsziele bestehen entsprechend den diagnostischen Kriterien vor al-

lem im Abbau der Dichotomie intrapsychischer und interpersoneller Funktionen im virtuellen vs. realen Kontext, in dem Aufbau von medienkompetentem Verhalten (d.h. Verzicht auf Computer-/Internet-Spiele, Chatting und nicht-berufsbezogenes Surfen, sondern nur sachbezogene Computer-/Internet-Aktivität) und in dem Abbau der durch den pathologischen Computer-/Internet-Gebrauch verursachten negativen psychischen, sozialen und körperlichen Folgen. In der Therapie wird ein individuelles Verständnis für die auslösenden und aufrechterhaltenden, inneren wie äußeren Bedingungen des pathologischen Computer-/Internet-Gebrauchs erarbeitet, sowie adäquate Alternativen zu der pathologischen Computer-/Internet-Aktivität entworfen. Das Computer-/Internet-spezifische Therapieprogramm basiert auf emotionsfokussierenden und metakognitiven Ansätzen der Verhaltenstherapie, bindungstheoretischen Arbeiten und solchen, die zum Ziel haben, die Mentalisierungsfähigkeit zu unterstützen. In ungewöhnlich breiter Weise werden Metaphern in Form von verbalen, Bild- und Objektmetaphern eingesetzt, ebenso wie Narrative und Imaginationen. Diese methodische Vorgehensweise unterstützt die oft defizitäre Symbolisierungsfähigkeit und verhilft zu einem vertieften, emotional getragenen Verständnis schwieriger Zusammenhänge. Dadurch werden Therapiemotivation und die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit den therapeutischen Inhalten positiv beeinflusst, ebenso wie die therapeutische Beziehung, die entscheidende Bedeutung hat für den Therapieerfolg. Das Programm wird vornehmlich als Bestandteil einer psychosomatischen Behandlung im gruppentherapeutischen

Tabelle 5: Mittelwerttabelle ‚Symptomatologie‘ über alle vier Untersuchungsgruppen (N=400)

Variablen	F	df	p-Wert	part. Eta <sup>2</sup>	PC		Glücksspielen		Abhängigkeit		Andere psych. Störungen	
					MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
<b>Depressivität (BDI-II)</b>	<b>8,70</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,063</b>	<b>1,07</b>	<b>0,6</b>	<b>1,00</b>	<b>0,5</b>	<b>0,80</b>	<b>0,6</b>	<b>1,23</b>	<b>0,6</b>
<b>Impulsivität</b>	<b>10,08</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,072</b>	<b>2,34</b>	<b>0,4</b>	<b>2,40</b>	<b>0,3</b>	<b>2,16</b>	<b>0,4</b>	<b>2,21</b>	<b>0,3</b>
<b>Somatisierung</b>	<b>9,14</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,066</b>	<b>0,78</b>	<b>0,7</b>	<b>,87</b>	<b>0,7</b>	<b>0,89</b>	<b>0,8</b>	<b>1,32</b>	<b>0,9</b>
<b>Zwanghaftigkeit</b>	<b>8,36</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,060</b>	<b>1,49</b>	<b>0,9</b>	<b>1,23</b>	<b>0,8</b>	<b>1,11</b>	<b>0,9</b>	<b>1,67</b>	<b>0,9</b>
<b>Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	<b>10,19</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,073</b>	<b>1,47</b>	<b>1,0</b>	<b>1,07</b>	<b>0,9</b>	<b>0,97</b>	<b>0,9</b>	<b>1,57</b>	<b>1,0</b>
<b>Depressivität (SCL-90R)</b>	<b>9,00</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,065</b>	<b>1,63</b>	<b>0,9</b>	<b>1,45</b>	<b>0,9</b>	<b>1,28</b>	<b>1,0</b>	<b>1,94</b>	<b>1,0</b>
Ängstlichkeit	5,30	3	p=0,001	0,039	0,98	0,8	0,95	0,8	0,99	0,9	1,38	1,0
Aggressivität	4,49	3	p=0,004	0,033	0,93	0,8	0,79	0,7	0,67	0,8	1,05	0,9
phobische Angst	5,93	3	p<0,001	0,044	0,68	0,8	0,54	0,6	0,70	0,9	1,06	1,2
paranoides Denken	6,22	3	p<0,001	0,046	1,21	0,9	0,94	0,7	0,92	0,9	1,38	1,0
Psychotizismus	2,11	3	p>0,05		0,87	0,8	0,83	0,7	0,70	0,7	0,97	0,8
<b>Globaler Kennwert GSI (SCL-90-R)</b>	<b>8,25</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,060</b>	<b>1,15</b>	<b>0,7</b>	<b>1,02</b>	<b>0,7</b>	<b>0,94</b>	<b>0,8</b>	<b>1,43</b>	<b>0,8</b>

Anmerkungen: **fetter Schriftgrad** gleichbedeutend mit ‚mittlerer‘ Effektstärke. **fetter Schriftgrad plus \*** gleichbedeutend mit ‚hoher‘ Effektstärke, F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, MW = Mittelwert, SD = Standard Abweichung, signifikant bei p < 0, 05

Tabelle 6: Mittelwerttabelle Persönlichkeitsvariablen über alle vier Untersuchungsgruppen (N=395)

Variablen	F	df	p-Wert	part. Eta <sup>2</sup>	PC		Glücksspielen		Abhängigkeit		Andere psych. Störungen	
					MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
<b>Neurotizismus</b>	<b>9,47</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,068</b>	<b>2,52</b>	<b>0,7</b>	<b>2,22</b>	<b>0,7</b>	<b>2,19</b>	<b>0,7</b>	<b>2,61</b>	<b>0,6</b>
<b>Extraversion</b>	<b>8,45</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,061</b>	<b>1,77</b>	<b>0,7</b>	<b>2,21</b>	<b>0,6</b>	<b>2,07</b>	<b>0,6</b>	<b>1,98</b>	<b>0,6</b>
<b>Offenheit für Erfahrung</b>	<b>8,42</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,061</b>	<b>2,35</b>	<b>0,6</b>	<b>2,04</b>	<b>0,5</b>	<b>2,37</b>	<b>0,5</b>	<b>2,34</b>	<b>0,6</b>
Verträglichkeit	8,21	3	p<0,001	0,059	2,26	0,5	2,25	0,5	2,43	0,4	2,53	0,5
<b>Gewissenhaftigkeit *</b>	<b>31,15</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,193</b>	<b>2,01</b>	<b>0,6</b>	<b>2,51</b>	<b>0,7</b>	<b>2,71</b>	<b>0,5</b>	<b>2,71</b>	<b>0,6</b>
<b>spontane Aggressivität</b>	<b>11,06</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,078</b>	<b>1,21</b>	<b>0,8</b>	<b>1,07</b>	<b>0,7</b>	<b>0,68</b>	<b>0,6</b>	<b>0,85</b>	<b>0,7</b>
reaktive Aggressivität	6,09	3	p<0,001	0,045	2,25	1,0	2,17	0,9	1,79	0,8	1,89	0,9
Erregbarkeit	4,57	3	p=0,004	0,034	1,97	1,2	2,25	1,2	1,66	1,0	2,02	1,2
Selbstaggressivität	4,58	3	p=0,004	0,034	2,88	1,1	2,84	1,1	2,45	1,1	3,01	1,1
<b>Aggressionshemmung</b>	<b>8,82</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,063</b>	<b>2,43</b>	<b>0,9</b>	<b>2,64</b>	<b>0,9</b>	<b>2,75</b>	<b>0,9</b>	<b>3,08</b>	<b>1,0</b>
Summe der Aggressivität (Mittelwerte)	7,27	3	p<0,001	0,053	5,44	2,6	5,49	2,4	4,14	2,0	4,77	2,4
emotionale Selbstwert-schätzung	7,60	3	p<0,001	0,055	3,73	1,4	4,16	1,2	4,49	1,3	3,73	1,3
<b>Sicherheit im Kontakt</b>	<b>9,16</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,066</b>	<b>3,45</b>	<b>1,6</b>	<b>4,49</b>	<b>1,5</b>	<b>4,45</b>	<b>1,6</b>	<b>4,02</b>	<b>1,7</b>
Umgang m Kritik	6,45	3	p<0,001	0,047	3,46	1,7	4,07	1,5	4,21	1,5	3,44	1,6
<b>Leistungsbez. Selbst-wertschätzung</b>	<b>14,65</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,101</b>	<b>3,81</b>	<b>1,2</b>	<b>4,61</b>	<b>1,1</b>	<b>4,83</b>	<b>1,1</b>	<b>4,18</b>	<b>1,3</b>
<b>Selbstwertsch. physische Attraktivität</b>	<b>9,15</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,066</b>	<b>3,27</b>	<b>1,4</b>	<b>4,02</b>	<b>1,4</b>	<b>4,14</b>	<b>1,3</b>	<b>3,45</b>	<b>1,5</b>
Selbstwertschätzung Sportlichkeit	5,45	3	p=0,001	0,040	3,59	1,4	4,20	1,2	4,05	1,3	3,62	1,3
<b>Allgemeine Selbstwert-schätzung (Summe der Mittelwerte)</b>	<b>12,41</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,087</b>	<b>14,45</b>	<b>4,9</b>	<b>17,33</b>	<b>4,4</b>	<b>17,98</b>	<b>4,6</b>	<b>15,37</b>	<b>4,8</b>
<b>körperbezogene Selbstwertschätzung (Summe der Mittelwerte)*</b>	<b>9,00</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,065</b>	<b>6,87</b>	<b>2,5</b>	<b>8,22</b>	<b>2,3</b>	<b>8,19</b>	<b>2,3</b>	<b>7,07</b>	<b>2,5</b>
<b>Gesamtselbstwert (Summe der Mittelwerte)</b>	<b>12,85</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,090</b>	<b>21,31</b>	<b>6,9</b>	<b>25,55</b>	<b>6,2</b>	<b>26,17</b>	<b>6,4</b>	<b>22,44</b>	<b>6,6</b>
zu autokratisch dominant	3,37	3	p=0,019	0,025	1,04	0,6	,97	0,7	0,78	0,5	0,97	0,6
zu streitsüchtig konkurrierend	6,89	3	p<0,001	0,050	1,46	0,7	1,21	0,6	1,04	0,6	1,30	0,7
<b>zu abweisend kalt</b>	<b>9,89</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,071</b>	<b>1,81</b>	<b>0,9</b>	<b>1,23</b>	<b>0,8</b>	<b>1,30</b>	<b>0,8</b>	<b>1,50</b>	<b>0,8</b>
<b>zu introvertiert sozial vermeidend</b>	<b>8,46</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,061</b>	<b>2,05</b>	<b>1,2</b>	<b>1,37</b>	<b>0,9</b>	<b>1,58</b>	<b>1,0</b>	<b>1,85</b>	<b>1,0</b>
<b>zu selbstunsicher unterwürfig</b>	<b>9,53</b>	<b>3</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,068</b>	<b>1,94</b>	<b>1,0</b>	<b>1,46</b>	<b>0,8</b>	<b>1,69</b>	<b>0,9</b>	<b>2,89</b>	<b>0,8</b>
zu ausnutzbar nachgiebig	5,25	3	p=0,002	0,039	1,74	0,9	1,61	0,7	1,81	0,8	2,05	0,8
zu fürsorglich freundlich	5,74	3	p=0,001	0,042	1,88	0,9	1,77	0,7	1,83	0,8	2,21	0,8
zu expressiv aufdringlich	2,59		p>0,05		1,42	0,8	1,40	0,8	1,17	0,7	1,43	0,7
IIP Gesamtwert (Summe der Mittelwerte)	7,28	3	p<0,001	0,053	13,34	5,3	11,02	4,8	11,20	4,5	13,39	4,5
Akzeptanzprobleme.	0,26	3	p>0,05		1,08	0,8	1,08	0,7	1,01	0,6	1,03	0,7
Öffnungsbereitschaft	0,91	3	p>0,05		2,76	0,8	2,71	0,7	2,64	0,7	2,80	0,6
Zuwendungsbedürfnis	2,14	3	p>0,05		1,47	0,8	1,59	0,7	1,41	0,8	1,64	0,7

Anmerkungen: **fetter Schriftgrad** gleichbedeutend mit ‚mittlerer‘ Effektstärke. **fetter Schriftgrad plus \*** gleichbedeutend mit ‚hoher‘ Effektstärke, F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, MW = Mittelwert, SD = Standard Abweichung, signifikant bei p < 0, 05

Setting mit assoziierter Einzeltherapie durch den Bezugstherapeuten durchgeführt. Als Element einer Entwöhnungsbehandlung wird das Programm nur für betroffene Patienten mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit durchgeführt.

### Empirische Wirksamkeitsüberprüfung des psychotherapeutischen Programms im Reha-Setting

In einer weiteren Studie (Schuhler et al., 2011) wurden 93 Patienten bei einem Prä-Post-Vergleich der stationären Reha-Behandlung einbezogen. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte in einem ersten Schritt durch die Zuweisung zur stationären Rehabehandlung wegen eines ‚pathologischen Computer-/Internet-Gebrauchs‘. Die Diagnose wurde in jedem einzelnen Fall auf der Grundlage der beschriebenen Diagnosekriterien (Schuhler & Vogelgesang, 2012; in diesem Heft) bestätigt. Am häufigsten trat der pathologische Computer-/Internet-Gebrauch in Form von ‚Gaming‘ auf, gefolgt vom ‚Chatting‘ und in wenigen Fällen in Form des ‚Surfing‘. Die Patienten nahmen alle an dem Computerspezifischen Therapieprogramm (Schuhler & Vogelgesang, 2012; in diesem Heft) teil. Die psychische und somatische Komorbidität wurde auf der Grundlage des ICD-10 von erfahrenen Klinikern festgestellt und im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert. Soziodemografische Daten wurden anhand der Basisdokumentation erhoben. Die Symptombelastetheit wurde mit dem SCL-90R im Prä-Posttest, also im Vergleich Klinikaufnahme mit Klinikentlassung, festgestellt. Die Zufriedenheit mit Therapieergebnis wurde mit dem Entlassfragebogen der AHG Klinik Münchwies erhoben.

Die Ergebnisse im Prä-/ Postvergleich der Symptom-Checkliste (SCL-90R) zeigen zu Beginn der Behandlung, dass die T-Werte für den SCL-90-Gesamtwert und die T-Werte für alle Subskalen im klinisch auffälligen Bereich liegen. Am höchsten sind Depressivität und Unsicherheit im Sozialkontakt ausgeprägt. Bei Therapieende befinden sich die T-Werte des SCL-Gesamtwerts GSI und aller Subskalen im klinisch unauffälligen Normalbereich (s. Tabelle 7). Die multifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung im Prä-/ Postvergleich ergibt eine signifikante Veränderung aller Skalenwerte.

Die Beurteilungen der Patienten im Entlassungsfragebogen (Dehmlow et al., 1999) zu den in der Therapie erzielten Veränderungen lassen durchgehend hohe Zufriedenheit mit den in der Therapie erzielten Erfolgen erkennen (s. Tabelle 8) hinsichtlich prognostisch bedeutsamer Dimensionen wie der Fähigkeit mit Alltagsproblemen umzu-

Tabelle 7: Prä-/Post-Untersuchung SCL90R-T-Werte: Mittelwerte und Standardabweichung (N=72)

	Aufnahme		Entlassung	
	MW	S	MW	S
Somatisierung	59,5	11,8	52,6	10,9
Zwanghaftigkeit	67,5	9,6	55,0	11,6
Unsicherheit im Sozialkontakt	69,1	12,1	57,6	12,1
Depressivität	72,9	9,1	59,7	11,5
Ängstlichkeit	64,8	10,3	56,5	11,3
Aggressivität	62,5	11,0	54,3	11,5
Phobische Angst	63,6	13,9	53,8	11,4
Paranoides Denken	64,6	10,9	54,0	12,3
Isolation	66,0	11,1	57,2	11,1
Gesamt gsi	70,9	8,7	58,0	11,4

Tabelle 8: Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg (N=58) im Entlassungsfragebogen

Verbesserung aus Sicht der Patienten	Prozentualer Anteil
... der Beschwerden, die zur Behandlung in der Klinik geführt haben	92,7%
... der Fähigkeit, mit Alltagsproblemen umzugehen	81,8%
... der Selbstsicherheit (z.B. Kontakte herstellen)	79,6%
... der Entspannungsfähigkeit	75,0%
... der beruflichen Perspektive	67,3%
... im Umgang mit den Beschwerden im Alltag	83,6%
... der Fähigkeit, sich so zu verhalten, wie es gut für das eigene Befinden ist	81,1%
... der Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzusetzen	75,0%
... der Stimmungslage	80,8%
... des Gesundheitszustandes	67,3%
... der Fähigkeit, die alltäglichen Anforderungen im Beruf und Haushalt zu erfüllen	76,0%

gehen, der Stimmungslage, dem selbstsicheren Erleben im sozialen Kontakt und der beruflichen Perspektive.

### Diskussion und Schlussfolgerungen für die stationäre Rehabilitation

Bei pathologischem Computer-/Internet-Gebrauch ist offensichtlich häufig eine Reha-Maßnahme indiziert, weil das Krankheitsbild von hoher psychischer und somatischer Komorbidität geprägt ist, sowie von weitgehender Gefährdung der beruflichen Leistungsfähigkeit, sozialen Integration und Alltagstauglichkeit (Schuhler et al., 2009, 2012; 2013). Dies umso mehr als die ausgeprägte Problemlage bereits im jungen Erwachsenenalter besteht, die – unbehandelt – lange Chronifizierung mit entsprechend gravierenden Folgeschäden nach sich ziehen würde. Klafft derzeit noch eine große Lücke zwischen Rehabedarf und Rehaversorgung, darf von einer sozialversicherungsrechtlichen Anerkennung des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs als Krankheit ein nachhaltig günstiger Entwicklungsschub in Richtung Professionalisie-

rung und gebotener Behandlungsversorgung erwartet werden.

Die beiden Studienergebnisse stützen unseren klinischen Eindruck, nach dem vor allem Defizite im Selbstbild, in der Affektregulation und Beziehungsfähigkeit die Pathologie der PC-/Internet-Aktivität dynamisieren, die wiederum diese Defizite weiter verschärft. Die pathogene Passung zwischen individueller vulnerabler Bedürftigkeit und medialem Angebot erklärt die starke Bindung an die Computer-/Internet-Aktivität, die eine schnelle, oft radikale Abkehr von belastend erlebter Realität verursacht und so eine Verleugnung der immer drängender werdenden Probleme in der Alltagswelt begünstigt. Unsere klinische Erfahrung zeigt, dass eine differenzierte psychotherapeutische Vorgehensweise unverzichtbar ist, wenn bei der schwerwiegenden komplexen psychischen Erkrankung der Computer-/Internet-Pathologie eine günstige Prognose, v.a. hinsichtlich der Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit, erreicht werden soll. Aus diesem Grund verbieten sich Versuche, die Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch in herkömmlichen Behand-

lungsprogrammen ohne die PC/Internet-spezifische Schwerpunktsetzung zu integrieren. Diese sollte auch beinhalten, dass eine Mindestanzahl betroffener Patienten zusammen behandelt wird, damit indikative Gruppenprogramme angeboten werden können, von denen die Patienten besonders profitieren. Vor allem die besondere Dynamik der Computer-/Internet-Pathologie in ihrer Verflechtung mit der komorbiden psychischen (und auch körperlichen) Symptomatik sollte zum Ausgangs- und wiederkehrenden Referenzpunkt in der Therapie gehören (Schuhler & Vogelgesang, 2012; Sobottka, 2010).

Ein medizinisch-beruflich orientierter Reha-Ansatz ist insbesondere bei der Computer-/Internet-Pathologie ein unverzichtbarer Fokus, stellen doch Probleme im Arbeitskontext sowohl häufige Auslöser als auch Verstärker dar. Pointiert formuliert kann ohne Einbeziehung der Arbeitssituation eine erfolgversprechende Behandlung kaum realisiert werden. Allerdings handelt es sich dabei um die Einbeziehung der Persönlichkeit, der Entwicklungsgeschichte und der gesamten Lebenssituation des Patienten, nicht nur um die Kompensation einer umschriebenen Leistungseinschränkung, wie z.B. eines Bandscheibenvorfalles auf orthopädischen oder einer Sprachstörung auf neurologischem Fachgebiet. Deshalb ist gerade im Fall der Computer-/Internet-Pathologie eine intensive Konzentration auf den Reha-Prozess unabdingbar, so wie dies in der stationären Behandlung möglich ist. Ambulante Behandlungen dürften deshalb zu kurz greifen und die prognostisch günstige Erarbeitung einer beruflichen Perspektive nicht genügend ermöglichen können. In diesem Zusammenhang ist auch für eine ausreichende Verweildauer in der stationären Reha-Behandlung zu plädieren. 10 Wochen sollten es ein, kürzere Behandlungszeiten erschweren dem Pat. oder der Pat. den Weg zu einer Wiederaufnahme der Arbeit, die wesentlich zum adäquaten Mediengebrauch und stabilen Gesundheit beitragen kann.

Nicht wenige unsere Pat. haben keinen Arbeitsplatz mehr (oder noch keinen), an den sie wieder zurückkehren könnten. Arbeitslosigkeit stellt aber eine große Rückfallgefahr dar. Deshalb bedeutet gelungene Rehabilitation in diesen Fällen, die Patienten zu befähigen, wieder oder erstmals eine Arbeit zu finden. Auch das ist in erster Linie ein psychotherapeutisches Anliegen, geht es doch um die Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens, des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, des Vermögens Probleme aktiv zu lösen. Diese wesentlichen Eigenschaften beim Finden eines Arbeitsplatzes stehen im Zusammenhang mit der Computer-/Internet-Pathologie und der komorbiden psychischen Symptomatik und sind deshalb prioritär im psychotherapeutischen Prozess zu behandeln. Nur wenn dort

Fortschritte erzielt werden, können soziotherapeutische Maßnahmen wie das Bewerbungstraining oder die Hilfe bei der Arbeitsplatzsuche gelingen.

Die Ergebnisse der Evaluationsstudie (Schuhler et al., 2011) sprechen für die Wirksamkeit der skizzierten psychotherapeutischen Vorgehensweise, die emotionsfokussierende und metakognitive Ansätze integriert mit der Orientierung auf Ressourcen und die Unterstützung der Mentalisierungsfähigkeit, sowie auf die therapeutische Beziehung als bedeutsames therapeutisches Agens. Gegenwärtig wird in Zusammenarbeit der AHG Kliniken Schweriner See und Münchwies eine Katamnesestudie durchgeführt, die fundierten Aufschluss über den poststationären Verlauf verspricht. Diese Studienergebnisse lassen weiterführende Schlussfolgerungen über die Effektivität der Rehabehandlung erwarten.

Folgende Schlussfolgerungen lassen sich zusammenfassend für die stationäre Reha-Praxis ziehen: Der pathologische Computer-/Internet-Gebrauch sollte als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt und nicht als einer anderen psychischen Störung, etwa der sozialen Phobie zu subsumierendes Begleitsymptom, angesehen werden. Offenkundig bestehen bedeutsame Unterschiede zu stoffgebundenen Abhängigkeitskrankungen auf den Dimensionen der Persönlichkeitsorganisation, der Depressivität, der Selbstwertschätzung und des Ausmaßes interpersoneller Probleme. Der ausgeprägten prästationären Problematik hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit bei Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch – wodurch die Erkrankung wenn nicht immer aufgelöst, aber doch wesentlich aufrechterhalten wird – stehen besonders günstige Rehabilitationseffekte bei Behandlungsende gegenüber. Diese hohe Zielerreichung hängt aber davon ab, dass sowohl spezifische psychotherapeutische als auch arbeitskontextbezogene Maßnahmen im multimodalen Reha-Programm durchgeführt werden (Baumeister, 2010; Schuhler & Vogelgesang, 2012). Zusammenhänge zwischen Arbeitserleben und –verhalten in Verbindung mit der Computer/Internet-Erkrankung sind im Reha-Verlauf in besonders sorgfältiger Weise zu erarbeiten, um eine berufliche Perspektive erschließen zu können. Dabei haben die Projektergebnisse (Schuhler et al., 2013) gezeigt, dass zur Erreichung dieser Zielsetzung zentrale Merkmale sozial-interaktiver Beziehungsregulations- und Selbststeuerungsfähigkeit, sowie der Handlungsfähigkeit, prioritär im psychotherapeutischen Plan zu berücksichtigen sind. Die weitgehende soziale und berufliche Desintegration, sowie die ausgeprägte psychische und somatische Komorbidität begründen die besondere Rehabedürftigkeit und ein angemessene stationäre

Verweildauer von 10 Wochen. Gegenwärtig wird der Bericht katamnestischer Ergebnisse vorbereitet (Sobottka, et al., 2011).

Die hohe Akzeptanz des Therapieprogramms macht eine nachhaltige Erlebens- und Verhaltensänderung wahrscheinlich, wobei der prognostische Verlauf aber auch wesentlich durch die Inanspruchnahme einer adäquaten Nachsorge bestimmt sein wird. Weder bei Beratungsstellen, die entsprechend der Nachsorge beim pathologischen Glücksspielen in die Nachsorge eingebunden werden könnten, noch in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis stehen ausreichend adäquate Behandlungs- oder Beratungsplätze zur Verfügung. Hinsichtlich stationärer Behandlungen bleibt zu hoffen, dass die wichtige Frage der Nachsorge bald befriedigend gelöst wird. Als Modell könnte das erfolgreiche Nachsorgesystem dienen, das für pathologisches Glücksspielen bereitsteht.

#### Literatur

- Baumeister, H. (2010) Arbeitsplatzprobleme und Sucht. In: M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.) Psychotherapie der Sucht. Lengerich: Pabst, S.388-408
- Borkenau, P., Ostendorf, F. (2008). NEO-Fünf-Faktoren-Inventar, 2. neu normierte und vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Dehmlow A, Zielke, M, Limbacher K. (1999) Konzeptionelle Gestaltung und Entwicklung eines Entlassfragebogens nach stationärer Verhaltenstherapie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 45, 28-34
- Derogatis, L. R., Franke, G. H., (2002). SCL-90-R. Symptom-Checkliste. Zweite, vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage. Weinheim: Beltz Test GmbH
- Fachausschuss Psychosomatik des AHG Wissenschaftsrats. (2004) Basisdokumentation Psychosomatik,
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services. Deutsche Bearbeitung von Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). San Antonio, TX: Harcourt Assessment Inc.
- Heubrock, D., Petermann, F. (2008). K-FAF – Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren. Göttingen: Hogrefe.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Psychotherapeut, 3, 159-166.
- Höger, D., Stöbel-Richter, Y., Brähler, E. (2008) Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 58, 284-294.
- Horowitz, L. M., Strauß B., Kordy, H. (2000) IIP-D, Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version (2. Auflage). Göttingen: Beltz.



- Petry J. (2010) Pathologischer Computer/Internet-Gebrauch. Göttingen: Hogrefe,
- Preuss, U.W., Rujescu, D., Giegling, I., Watzke, S., Koller, G., Zetzsche, T., Meisenzahl, E.M., Soyka, M., Möller, H.J. (2008). Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Barratt-Impulsivness-Skala. *Nervenarzt*, 79, 305-319.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (2008) AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schütz, A., Sellin, I. (2006). MSWS – Multidimensionale Selbstwertkala. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhler, P.; Flatau, M. & Vogelgesang, M. (2011) Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch: Diagnostische Einordnung, psychotherapeutischer Ansatz und erste Evaluationsergebnisse. *Suchttherapie*, 12, 72-79
- Schuhler P, Sobottka B, Vogelgesang M, Fischer, T., Flatau, M.; Schwarz, S.; Brommundt, A. & Beyer, L. (2013) Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation. Lengerich: Pabst
- Schuhler P, Vogelgesang M. & Petry J. (2009) Pathologischer Computer/Internet-Gebrauch: Krankheitsmodell, diagnostische und therapeutische Hinweise. *Psychotherapeut*, 2009; 54 (3), 187-192
- Schuhler P. & Vogelgesang M. (2011) Abschalten statt Abdriften. Ein Therapiebegleitbuch für Betroffene und deren Angehörige. Weinheim: Beltz
- Schuhler P. & Vogelgesang M. (2012) Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung. Göttingen: Hogrefe
- Sobottka, B. (2010) Pathologischer Computer-Gebrauch: Aktuelle Befunde zur Komorbidität. URL: [http://www.sucht.de/tl\\_files/pdf/veranstaltungen/heidelberg23/Beitraege%2023.%20Kongress%202010/sobottka\\_f2.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veranstaltungen/heidelberg23/Beitraege%2023.%20Kongress%202010/sobottka_f2.pdf)
- Sobottka B, Schuhler P, Fischer T, Vogelgesang M. (2011) Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch in der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation: Einjahreskatamnese. Schwerin und Münchwies: Klinikprojekt
- Winkler, N., Kroh, M., Spiess, M. (2006) Entwicklung einer deutschen Kurzsкала zur zweidimensionalen Messung von sozialer Erwünschtheit. Discussion Papers 579. Berlin: DIW.
- Zielke, M. (1994). Basisdokumentation in der stationären Psychosomatik. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 995-1007). Weinheim: Beltz

### **Autoren**

*Dr. phil. Petra Schuhler*

*Ltd. Psychologin*

*Dr. med. Monika Vogelgesang*

*Chefärztin*

*Marco Flatau, B.S.*

*Wiss. Mitarbeiter*

*AHG Klinik Münchwies*

*Turmstraße 50-58*

*66540 Neunkirchen-Münchwies*