



Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

Abschlussbericht zum Projekt:

Erhebung zur Problematik exzessiver Medien-Nutzung bei Patienten in der stationären Sucht-Rehabilitation

Februar 2011

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Überblick

Titel des Projektes	Erhebung zur Problematik exzessiver Medien-Nutzung bei Patienten in der stationären Sucht-Rehabilitation
Förderkennzeichen	IIA5-2509DSM119
Leitung	Dr. Andreas Koch, Geschäftsführer des ‚buss‘
Mitarbeiter/ Kooperationspartner	Ulrike Dickenhorst, Therapeutische Leiterin der LWL-Klinik Gütersloh – Bernhard-Salzmann-Klinik und Sprecherin des Qualitätszirkels Glücksspiel und Medien im ‚buss‘
	Kai W. Müller, Grüßer-Sinopoli-Ambulanz für Spielsucht, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
	Jens Medenwaldt, Redline Data GmbH, Ahrensböck
Kontaktdaten	‚buss‘ Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. Wilhelmshöher Allee 273 34131 Kassel Fon 0561 779351 Fax 0561 102883 buss@suchthilfe.de www.suchthilfe.de
Laufzeit	1. November 2009 – 30. September 2010 (Verlängerung bis 31. Dezember 2010)
Fördersumme	18.000,00 € (Verlängerung zusätzlich 3.500,00 €)

Inhalt

1. Zusammenfassung
2. Einleitung
 - 2.1 Ausgangslage und Ziele des Projektes
 - 2.2 Projektstruktur
3. Arbeits- und Zeitplan
4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik
5. Durchführung
6. Ergebnisse
 - 6.1 Umfang der Stichprobe und Ergebnisse des Screening
 - 6.2 Basisdaten der Patientengruppe mit Medienproblematik
 - 6.3 Psychische Komorbidität
 - 6.4 Subklinische Charakterisierung
7. Diskussion der Ergebnisse
8. Gender Mainstreaming Aspekte
9. Gesamtbeurteilung
10. Verbreitung der Ergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit
11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)
 - 11.1 Diagnostik
 - 11.2 Behandlungsmotivation
 - 11.3 Abstinenzbegriff
 - 11.4 Behandlung
 - 11.5 Entwicklung der Medienkompetenz
 - 11.6 Rückfallprävention
 - 11.7 Selbsthilfe/Nachsorge
12. Publikationsverzeichnis

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass fast ausschließlich männliche Patienten von der zu untersuchenden Medienproblematik betroffen sind, wird im folgenden Text zur besseren Lesbarkeit überwiegend die männliche Form ‚Patient‘ verwendet.

1. Zusammenfassung

In der stationären Sucht-Rehabilitation wird bei zu behandelnden Patienten verstärkt das Phänomen der exzessiven Medien-Nutzung wahrgenommen. Um die tatsächlichen Prävalenzzahlen zu erfassen, ergriff der Qualitätszirkel ‚Glücksspiel und Medien‘ des ‚buss‘ (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.) die Initiative, in Kooperation mit der Ambulanz für Spielsucht in Mainz 1.826 Patienten mit der OSVe-Skala (Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen¹) zu befragen. Eine systematische Untersuchung dieser Fragestellung ist insofern von Bedeutung, als Patienten mit einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung (F10.x–F19.x) bzw. bei pathologischem Glücksspiel (F63.0) und einer Internetsucht unter Umständen ergänzende Behandlungsprogramme benötigen.

Im Ergebnis erfüllten 4,1% der untersuchten Patienten die Kriterien einer entsprechenden Medienproblematik bzw. Internetsucht. Weitere 8,9% konnten als riskante Nutzer klassifiziert werden. Die identifizierte Gruppe bestand aus 97,2% männlichen Patienten, diese waren zu 47,3% ledig, und mit einem Durchschnittsalter von 29,3 Jahren gehörten sie zur jüngeren Patientengruppe. Insbesondere war eine erhöhte Prävalenz bei pathologischen Glücksspielern und Cannabiskonsumenten festzustellen. Gerade männliche Patienten mit jüngeren Lebensalter scheinen also gefährdeter zu sein.

Zur weiteren klinischen und subklinischen Charakterisierung wurden weitere testdiagnostische Instrumente eingesetzt. Dazu gehörten die SCL-90-R, der NEO-FFI, der BDI-II, der Brief-COPE, der PHQ-D, die Perceived Stress Scale und der Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Im Ergebnis ist festzustellen, dass im Vergleich zur Normalbevölkerung und zu einer Kontrollgruppe ohne Internetsucht eine erhöhte exzessive Medien-Nutzung diagnostiziert wird. Gleichzeitig weist diese Gruppe eine deutlich höhere depressive Symptomatik auf und zeigt in ihrer Persönlichkeitsausprägung erhöhte Werte in Neurotizismus sowie verminderte Werte in Extraversion und Gewissenhaftigkeit.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse scheinen folgende Behandlungsansätze während der stationären Rehabilitation angezeigt:

- Wenn eine pathologische Internetnutzung diagnostiziert wird, sollte dieser Befund mit in die Therapieplanung aufgenommen werden.
- Die Entwicklung einer Krankheitseinsicht und die Motivation für eine partielle Abstinenz stellen eine besondere Herausforderung dar.
- Die völlige Abstinenz bei vorhandener Internetsucht kann nicht das Ziel der Behandlung sein. Vielmehr erscheint der Aufbau eines integrativen (nicht schädlichen) Medienkonsums als Behandlungsziel erstrebenswert.
- Die Behandlungsstrukturen für Internetsucht müssen nicht prinzipiell neu entwickelt werden, sie können sich an den Behandlungsmodellen für Abhängigkeitserkrankungen orientieren (Einzeltherapie, Basisgruppe, Indikationsgruppe).
- Erlebnispädagogische Ansätze unterstützen die Entwicklung einer alternativen Freizeitgestaltung sowie die Auseinandersetzung mit der Geschlechtsidentifikation und den Rollenbildern.
- Spezifische Verfahren zur Rückfallprävention, der Kontakt zu Selbsthilfegruppen sowie bei Bedarf die Einleitung von Nachsorge-Maßnahmen sind weitere therapeutische Optionen.

¹ Müller, K. W. & Wölfling, K. (2010). Pathologische Computerspiel- und Internetnutzung – Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Phänomenologie, Epidemiologie, Diagnostik und Komorbidität. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 12, 45-55.

2. Einleitung

2.1 Ausgangslage und Ziele des Projekts

In der stationären Sucht-Rehabilitation wird verstärkt das Phänomen der exzessiven Medien-Nutzung bei Patienten wahrgenommen, die wegen einer anderen Abhängigkeitserkrankung in Behandlung sind. Um die tatsächlichen Prävalenzzahlen zu erfassen und in Abhängigkeit davon die Therapie entsprechend anpassen und verbessern zu können, hat der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (*buss*), Kassel, die ‚Erhebung zur Problematik exzessiver Medien-Nutzung bei Patienten in der stationären Sucht-Rehabilitation‘ durchgeführt. Ziele des Projekts waren:

1. Bestimmung des quantitativen und qualitativen Umfangs, mit dem das Problem exzessiver Medien-Nutzung aktuell in der stationären Suchttherapie vorhanden ist.
2. Überprüfung eines bereits erprobten Diagnostik-Instrumentes (OSVe-Skala aus Mainz) im Hinblick auf Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der stationären Aufnahmephase.
3. Frühzeitige Identifikation des betroffenen Personenkreises in den Einrichtungen und entsprechende Nutzung der Informationen für die diagnostische und therapeutische Praxis in den Kliniken.
4. Charakterisierung des betroffenen Personenkreises im Hinblick auf soziodemografische Merkmale (Basisdaten gemäß dem Deutschen Kerndatensatz, KDS) und weitere psychopathologische Merkmale (klinische Symptombelastung und subklinische Variablen).
5. Entwicklung therapeutischer Handlungsoptionen in Abhängigkeit vom quantitativen und qualitativen Umfang des Problems (Ergebnisse aus 3 und 4).
6. Veröffentlichung der Ergebnisse als Handlungsempfehlung für die stationäre Behandlungspraxis, um generell einen verbesserten diagnostischen und therapeutischen Umgang mit der Problematik sowie eine Weiterentwicklung der Therapiekonzepte für Patienten mit entsprechenden Störungen zu erzielen.

Im Rahmen der Bearbeitung der Ziele 1 bis 3 sollen also möglichst früh und sicher die Patienten identifiziert werden, bei denen eine Spiel- oder Online-Problematik vorliegt, um bei Bedarf konzeptionell darauf reagieren zu können. Auf diese Weise ist die Ansprache von betroffenen Personen bereits während der Aufnahmephase möglich, und es kann ergänzend für diesen Personenkreis mit geeigneten Assessment-Instrumenten eine Einschätzung der psychischen Komorbidität erfolgen. Damit wird die Grundlage für eine adäquate Therapie (entweder in eigenen Bezugsgruppen oder im Rahmen von indikativen Angeboten) geschaffen.

Mit einer abschließenden Gesamtauswertung der Daten über alle beteiligte Kliniken sollte auf der einen Seite eine Vergleichsgrundlage für jede einzelne Klinik geschaffen und auf der anderen Seite ein Beitrag zur Objektivierung der tatsächlichen Dimension der Problemlage in der Praxis erbracht werden, da bislang sehr unterschiedliche Prävalenz-Schätzungen in der Fachöffentlichkeit existieren. Es ging also darum zu überprüfen, wie hoch die ‚Dunkelziffer‘ in den Einrichtungen ist, um die Therapiekonzepte entsprechend anpassen zu können.

Der Nutzen der Projektergebnisse für die Einrichtungen liegt in einem verbesserten diagnostischen und therapeutischen Umgang mit der Problematik und der Weiterentwicklung der Therapiekonzepte im Hinblick auf eine adäquate Behandlung von Patienten mit entsprechenden Störungen. Der Nutzen für den Verband liegt in der Gewinnung eines besseren Überblicks zur Dimension der Problematik in der Behandlungspraxis, um die fachliche Unterstützung der Mitgliedseinrichtungen (bspw. durch spezifische Auswertungen bei der Basisdaten- und Katamnese-Erhebung) verbessern zu können.

2.2 Projektstruktur

Der Qualitätszirkel ‚Glückspiel- und Mediensucht‘ hatte im Rahmen seiner Sitzung am 10. Februar 2009 beschlossen, eine entsprechende Praxis-Erhebung durchzuführen, dafür geeignete Kooperationspartner zu gewinnen und eine Projektförderung beim Bundesministerium für Gesundheit zu beantragen. Die 15 beteiligten Einrichtungen verfügen bereits über Erfahrungen in der Behandlung nicht-stoffgebundener Suchtformen, tw. auch schon in der Behandlung von Internetsucht. Es handelt sich um keine repräsentative Auswahl im Hinblick auf die Einrichtungslandschaft in Deutschland oder innerhalb des Verbandes. Es wurde aber Wert darauf gelegt, dass die teilnehmenden Kliniken unterschiedliche Indikationen und Zielgruppen aufweisen (Männer/Frauen, Alkohol/Medikamente, Glücksspieler, Drogen, junge Erwachsene), um aus den Projektergebnissen Empfehlungen für ein breites Spektrum von Einrichtungen im Hinblick auf die therapeutischen Konzepte ableiten zu können. Die Kliniken verfügen über insgesamt rund 500 Betten, sodass mit einer Stichprobe von mindestens 1.000 Fällen zu rechnen war.

Grundlage für die Erhebung war die in Mainz entwickelte und umfassend erprobte OSVe-Skala (Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen). Die OSVe-Skala ist ein Fragebogen zur Selbstauskunft von Betroffenen zum Computerspielverhalten, der nach Auswertung mit Hilfe eines Punktwertes die Ausprägung der Problematik anzeigt (nicht pathologisch/Missbrauch/Abhängigkeit).

Für die als ‚positiv‘ identifizierten Patienten wurden zusätzlich bestimmte Basisdaten aus dem Deutschen Kerndatensatz analysiert – darunter die Items Alter und Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Schulabschluss, Erwerbssituation, Entlassform –, um die Untersuchungsgruppe mit der gesamten Behandlungsgruppe vergleichen zu können.

Um nach Möglichkeit noch weitere Merkmale der Untersuchungsgruppe konkretisieren zu können, wurden die relevanten Haupt- und Nebendiagnosen erfasst und zusätzliche testdiagnostische Instrumente zur weiteren klinischen und subklinischen Charakterisierung (Komorbidität und Symptombelastung, Stressbewältigung, Persönlichkeit) eingesetzt: SCL-90-R (Symptombelastung), PHQ (Komorbidität), BDI-II (Depressivität), CDS-7 (Dissoziative Symptome), GAD-7 (Generalisierte Angst), Brief-COPE und PSS (Stressvulnerabilität und Stressbewältigungsstrategien), F-SozU (Wahrgenommene soziale Unterstützung), NEO-FFI (Persönlichkeitsmerkmale).

Die wissenschaftliche und methodische Begleitung des Projektes erfolgte durch die ‚Sabine-Grüsser-Sinopoli-Ambulanz für Spielsucht‘ im Kompetenzzentrum Verhaltenssucht der Universitätsmedizin Mainz. Das Kompetenzzentrum führt seit 2000 Präventions- und Interventionsprogramme sowie wissenschaftliche Projekte im Bereich nicht-stoffgebundener Suchtformen durch. Mit der Ambulanz für Spielsucht wurde 2008 das bundesweit erste therapeutische Angebot dieser Art etabliert. Hier wurde auch der Fragebogen zur Selbstauskunft von Betroffenen zum Computerspielverhalten OSVe-Skala entwickelt. Weitere Aufgaben im Rahmen des Projektes waren die Festlegung der zu erhebenden soziodemografischen und diagnostischen Informationen, die Schulung der Kliniken im Umgang mit dem Screening sowie die Unterstützung bei der Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse.

Die Programmierung für die Datenerfassung und die statistische Auswertung wurde von der Firma Redline Data (Ahrensböck bei Lübeck) durchgeführt. Redline Data betreibt das Dokumentations-System PATFAK, das in allen beteiligten Einrichtungen eingesetzt wird. Die Daten wurden in den Kliniken im Rahmen der Patientenaufnahme erfasst und bei Redline Data zusammengeführt und aufbereitet. An der Auswertung und Interpretation der Daten waren alle drei verantwortlichen Institutionen (‚buss‘, Ambulanz für Spielsucht, Redline Data) gemeinsam beteiligt.

3. Arbeits- und Zeitplan

Grundlage für die Durchführung des Projektes war der folgende Arbeits- und Zeitplan:

Tab 1: Arbeits- und Zeitplan

<i>Arbeitspaket</i>	<i>Beschreibung</i>	<i>Zuständig</i>	<i>Termin</i>
AP1a Vorbereitung	Festlegung der KDS-Items und der einzusetzenden Diagnostik	Ambulanz für Spielsucht/,buss'	November 2009
AP1b Programmierung	Eingabemaske für Datenerfassung (OSVe-Skala, KDS-Items, Haupt- und Nebendiagnosen, Ergebnisse weiterer Diagnostik)	Redline Data	November 2009
AP2 Projektstart	Workshop mit den beteiligten Kliniken (Vorstellung der Datenerfassung, Abstimmung des Vorgehens)	,buss'	Dezember 2009
AP3a Datenerfassung	Erfassung der definierten Daten in den Kliniken im Rahmen der Patientenaufnahme	Kliniken	Januar bis Juni 2010
AP3b Einsatz weiterer diagnostischer Instrumente	Durchführung an den Kliniken, Auswertung der Ergebnisse in der Zentralen Auswertungsstelle für psychometrische Instrumente, Rückmeldung zur Auswertung an die Kliniken	Ambulanz für Spielsucht	Januar bis Juni 2010
AP4 Datensammlung	Sammlung der Daten aus den Kliniken, Zusammenführung und Aufbereitung	Redline Data	Juli 2010
AP5 Datenauswertung	Auswertung und Interpretation der Ergebnisse, Vorbereitung der Datenpräsentation, Rückmeldungen an die Kliniken	,buss'/ Ambulanz für Spielsucht/ Redline Data	August 2010
AP6 Projektabschluss	Workshop mit den beteiligten Kliniken (Präsentation und Diskussion der Ergebnisse), Vorbereitung von Veröffentlichungen (siehe Abschnitt 10)	,buss'/ Ambulanz für Spielsucht	September 2010

Das Projekt wurde wie geplant im Zeitraum November 2009 bis September 2010 durchgeführt. Alle Arbeitsphasen wurden termingerecht und im Ergebnis ohne Abweichungen abgeschlossen. Die in Abschnitt 2.1 formulierten Ziele des Projektes wurden vollständig erreicht, die angestrebte zu untersuchende Patientenzahl von 1.000 konnte mit 1.826 Fällen sogar deutlich überschritten werden.

Es fand eine ergänzende Datenerhebung (siehe AP4) zur Reduzierung der Missings bei den Basisdaten statt. Zur Testung einer Kontrollgruppe wurde das Projekt um drei Monate verlängert (siehe Abschnitt 5), eine entsprechende zeitliche und finanzielle Erweiterung des Projektes konnte kurzfristig bewilligt werden.

4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Jeder neu aufgenommene Patient zwischen Januar und Juni 2010 wurde im Rahmen der stationären Aufnahme im Hinblick auf eine problematische Medien-Nutzung eingeschätzt, d.h. bei der Aufnahme mit der OSVe-Skala zum Online-Verhalten befragt. Bei den Patienten, die ein missbräuchliches oder abhängiges Verhalten aufwiesen, wurden weitere Daten erhoben:

- Es wurden soziodemografische Daten und andere Basisdaten aus dem Deutschen Kerndatensatz erfasst, um die Untersuchungsgruppe mit der gesamten Behandlungsgruppe vergleichen zu können. Die erhobenen Daten bezogen sich auf: Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Lebenssituation, Wohnsituation, Schulabschluss, Ausbildung, Erwerbssituation, Nationalität, Entlassform. Diese Daten werden nach dem Deutschen Kerndatensatz, an dem sich alle beteiligten Einrichtungen bei der Dokumentation von Basisdaten orientieren, routinemäßig erfasst.
- Es wurden die Haupt- und Nebendiagnosen erfasst:
Hauptdiagnosen: F10.x–F19.x (Substanzen), F63.0 (Glücksspiel), F50.x (Essstörungen)
Nebendiagnosen: Psychiatrisch (F0, F2–F9), Neurologisch (G), Andere (nicht F oder G)
- Es wurden die Ergebnisse weiterer testdiagnostischer Instrumente erfasst: SCL-90-R (Symptombelastung), PHQ (Komorbidität), BDI-II (Depressivität), CDS-7 (Dissoziative Symptome), GAD-7 (Generalisierte Angst), BRIEF-COPE; PSS (Stressvulnerabilität und Stressbewältigungsstrategien), F-SozU (Wahrgenommene soziale Unterstützung), NEO-FFI (Persönlichkeitsmerkmale). Diese Daten wurden unmittelbar an die Zentrale Auswertungsstelle für psychometrische Instrumente der Ambulanz für Spielsucht weitergeleitet. Die Kliniken erhielten nach der Auswertung eine Rückmeldung für die Therapieplanung und die Erfassung in der Eingabemaske für die Weiteitung der kompletten Daten an Redline Data.

Diese Vorgehensweise sollte die Merkmale von Sucht-Patienten, die ein problematisches Online-Verhalten aufweisen, konkretisieren, damit zum einen ergänzende Therapieangebote gemacht werden können (z.B. in eigenen Bezugsgruppen oder als indikative Angebote) und zum anderen die behandelnden Personen bei bestimmten Merkmalen von vornherein für das eventuelle Bestehen einer Online-Problematik sensibilisiert sind.

5. Durchführung

Die Erhebung wurde in den folgenden 15 Kliniken im ersten Halbjahr 2010 durchgeführt:

- Bernhard-Salzman-Klinik
- Dietrich Bonhoeffer Klinik
- Fachklinik Alpenland
- Fachklinik Annabrunn
- Fachklinik Magdalenenstift
- Fachklinik Michaelshof
- Fachklinik Nettetal
- Fachklinik Nordfriesland
- Fachklinik St. Marienstift
- Fachklinik Weibersbrunn
- Guttempler Adaption Cuxhaven
- Hartmut-Spittler-Fachklinik
- Haus Immanuel
- Tagesreha Bayreuth
- Therapiezentrum Münzesheim

Bei der Auswertung und Interpretation der Daten fiel auf, dass bei einzelnen Items aus den Basisdaten der Anteil der fehlenden Angaben („Missings“) mit tw. 35–40% ungewöhnlich hoch war. Die vermutete Ursache, dass in vielen Einrichtungen die Daten erst am Ende der Behandlung vervollständigt werden und für viele Patienten die Behandlung zum Zeitpunkt der Datenauswertung noch nicht abgeschlossen war, wurde von den Klinikmitarbeitern in der Diskussion im Rahmen des Abschluss-Workshops bestätigt. Daher wurde im November 2010 eine erneute Datensammlung durchgeführt, wodurch erwartungsgemäß der Anteil der Missings für alle Items auf unter 10% gesenkt werden konnte. Somit basiert die abschließende Auswertung (siehe Abschnitt 6) auf validen Daten.

In der Diskussion im Rahmen des Abschluss-Workshops wurde von den beteiligten Experten und Klinikmitarbeitern festgestellt, dass zur verbesserten Validierung der Einschätzung der psychischen Komorbidität der betroffenen Patienten eine zusätzliche Kontrollgruppe getestet werden sollte. Diese Kontrollgruppe sollte ‚nur‘ eine stoffgebundene Abhängigkeit aufweisen, um so den Zusammenhang zwischen der Internetabhängigkeit und der psychischen Komorbidität deutlicher analysieren zu können. Bisher lag nur Vergleichsdaten aus der allgemeinen Bevölkerung für die einzelnen Testinstrumente vor.

Ebenfalls im Rahmen des Abschluss-Workshops wurde diskutiert, inwieweit eine Überprüfung des Therapieerfolgs mit Hilfe einer Katamnese-Erhebung (gem. Standard Deutscher Kerndatensatz ein Jahr nach Behandlungsende) sinnvoll sein könnte. Diese zusätzliche Analyse wurde allerdings verworfen, da keine sinnvolle Unterscheidung von Interventions- und Kontrollgruppe möglich ist. Es war im übrigen nicht Gegenstand des Projektes, unterschiedliche therapeutische Optionen zu erproben oder die Wirksamkeit einer speziellen Therapie für identifizierte Patienten mit Medienproblematik zu überprüfen.

6. Ergebnisse

6.1 Umfang der Stichprobe und Ergebnisse des Screening

Der Gesamtumfang der Stichprobe und die Screening-Ergebnisse sind in Tabelle 2 im Überblick dargestellt. Es zeigt sich deutlich, dass in den Kliniken mit jüngeren Zielgruppen und/oder Abhängigkeit von illegalen Drogen (Dietrich Bonhoeffer Klinik, Fachklinik Michaelshof) das Vorhandensein einer Medienproblematik mit über 10% der getesteten Aufnahmen am häufigsten nachgewiesen werden konnte.

Tab 2: Überblick Gesamtstichprobe

Einrichtungen	Kein Problem		Missbrauch		Abhängigkeit		Gesamt
	Anzahl	Zeilen (%)	Anzahl	Zeilen (%)	Anzahl	Zeilen (%)	Anzahl
Bernhard-Salzmänn-Klinik	237	96,3%	5	2,0%	4	1,6%	246
Dietrich Bonhoeffer Klinik	84	89,4%	6	6,4%	4	4,3%	94
Fachklinik Alpenland	122	96,8%	4	3,2%	0	0,0%	126
Fachklinik Annabrunn	47	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	47
Fachklinik Magdalenenstift	72	97,3%	2	2,7%	0	0,0%	74
Fachklinik Michaelshof	91	82,7%	14	12,7%	5	4,5%	110
Fachklinik Nettetal	75	94,9%	3	3,8%	1	1,3%	79
Fachklinik Nordfriesland	161	95,3%	2	1,2%	6	3,6%	169
Fachklinik St. Marienstift	285	97,3%	4	1,4%	4	1,4%	293
Fachklinik Weibersbrunn	137	98,6%	2	1,4%	0	0,0%	139
Guttempler Adaption Cuxhaven	19	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	19
Hartmut-Spittler-Fachklinik	197	98,5%	3	1,5%	0	0,0%	200
Haus Immanuel	33	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	33
Tagesreha Bayreuth	27	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	27
Therapiezentrum Münzesheim	164	96,5%	4	2,4%	2	1,2%	170
Gesamt	1.751	95,9%	49	2,7%	26	1,4%	1.826

Für die weitere Datenanalyse wurden die Kategorien ‚Missbrauch‘ und ‚Abhängigkeit‘ zur Gruppe ‚Medienproblem Ja‘ bzw. ‚suchtartige Internetnutzung‘ zusammengefasst.

6.2 Basisdaten der Patientengruppe mit Medienproblem

Beim Vergleich der Mittelwerte ist zu erkennen, dass die Patienten mit Medienproblematik im Durchschnitt über 10 Jahre jünger sind. Insbesondere die Altersgruppen unter 20 Jahre sowie 20 bis 29 Jahre sind häufiger von einer Medienproblematik betroffen (vgl. Tabelle 3).

Tab 3: Basisdaten – Alter

Alter	Medienproblem	
	Nein	Ja
19 und jünger	5,2%	25,4%
20 bis 29	21,4%	38,4%
30 bis 39	18,8%	19,7%
40 bis 49	32,5%	9,9%
50 bis 59	18,6%	4,2%
60 bis 69	3,0%	1,4%
70 und älter	0,3%	0,0%
Mittelwert	40,4 Jahre	29,3 Jahre

Bei der Analyse der Geschlechterverteilung wird deutlich, dass Frauen nur zu knapp 3% von der zu untersuchenden Medienproblematik betroffen sind (siehe weitere Ausführungen hierzu in Abschnitt 8).

Tabelle 4 zeigt, dass der überwiegende Teil der betroffenen Personen (80%) ledig ist und dass die Gruppe der Ledigen bei den Personen ohne Medienproblematik deutlich kleiner ist. Das Ergebnis korrespondiert mit der oben beschriebenen Altersstruktur: Die jüngeren Patienten sind eher ledig.

Tab 4: Basisdaten – Familienstand

Familienstand	Medienproblem	
	Nein	Ja
Ledig	47,3%	80,0%
Verheiratet, zusammenlebend	23,0%	10,8%
Verheiratet, getrennt lebend	8,3%	3,1%
Geschieden	19,6%	6,2%
Verwitwet	1,8%	0,0%

Im Vergleich zum offiziellen Familienstand fällt der Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Medienproblematik bei der Partnersituation etwas geringer aus (vgl. Tabelle 5), es sind aber auch hier mehr betroffene Personen alleinstehend als bei der nicht betroffenen Gruppe. Bei der Frage nach der aktuellen Lebenssituation ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen gering (vgl. Tabelle 6), wobei hier zu berücksichtigen ist, dass die Aussage

‚Nein‘ bei ‚alleine lebend‘ sich auf Partner wie Eltern (letzteres insbesondere bei jüngeren Patienten) beziehen kann.

Tab 5: Basisdaten – Partnersituation

Partnersituation	Medienproblem	
	Nein	Ja
Alleinstehend	48,1%	63,1%
Zeitweilige Beziehungen	7,2%	4,6%
Feste Beziehung	44,3%	32,3%
Sonstige	0,5%	0,0%

Tab 6: Basisdaten – alleine lebend

allein lebend	Medienproblem	
	Nein	Ja
Nein	49,6%	53,8%
Ja	50,4%	46,2%

Es überrascht vor dem Hintergrund der Daten zu Familie, Partnerschaft und Lebenssituation nicht, dass bei der Gruppe mit Medienproblematik der Anteil der selbständig wohnenden Patienten kleiner ist als bei der Vergleichsgruppe und analog dazu der Anteil der bei anderen Personen wohnenden Patienten (bezogen auf die letzten 6 Monate vor der stationären Aufnahme) größer ist (vgl. Tabelle 7).

Tab 7: Basisdaten – Wohnsituation

Wohnsituation (überwiegend in den letzten 6 Monaten)	Medienproblem	
	Nein	Ja
Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)	77,7%	52,3%
Bei anderen Personen	13,0%	29,2%
Ambulant betreutes Wohnen	1,3%	4,6%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,3%	1,5%
Wohnheim / Übergangwohnheim	1,8%	3,1%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	4,2%	6,2%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	0,6%	1,5%
Sonstiges	0,8%	1,5%
Ohne Wohnung	0,1%	0,0%

Zum Bildungsniveau der beiden Gruppen lässt sich sagen, dass es beim Schulabschluss (vgl. Tabelle 8) nur geringe Unterschiede gibt: Der Anteil an Patienten ohne Schulabschluss liegt bei der Gruppe mit Medienproblematik höher der Anteil an Patienten mit Schulabschluss niedriger. Bei der Ausbildung (vgl. Tabelle 9) ist der Unterschied zwischen dem Personenkreis mit und ohne Medienproblematik hingegen sehr deutlich: Der Anteil an Patienten ohne Hochschulabschluss oder Berufsausbildung ist bei den betroffenen Patienten deutlich größer.

Tab 8: Basisdaten – Schulabschluss

Schulabschluss	Medienproblem	
	Nein	Ja
Derzeit in Schulausbildung	0,1%	1,5%
Ohne Schulabschluss abgegangen	8,9%	15,4%
Sonderschulabschluss	3,4%	1,5%
Haupt- / Volksschulabschluss	50,7%	47,7%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	25,4%	21,5%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	9,6%	10,8%
Anderer Schulabschluss	1,9%	1,5%

Tab 9: Basisdaten – Ausbildung

Ausbildung	Medienproblem	
	Nein	Ja
Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	2,0%	0,0%
Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	31,1%	55,4%
Abgeschlossene Lehrausbildung	56,8%	40,0%
Meister / Techniker	2,9%	0,0%
Hochschulabschluss	3,5%	0,0%
Anderer Berufsabschluss	3,8%	4,6%

In Tabelle 10 ist die Erwerbssituation für beide Gruppen dargestellt. Bei der Kategorie ‚Arbeitslos‘ (ALG I und II) lassen sich nur geringe Unterschiede feststellen (zusammengenommen ca. 5% mehr bei den Personen mit Medienproblematik). Deutlich sind hingegen die Unterschiede bei den Erwerbspersonen ‚Arbeiter/Angestellte/Beamte‘ (ca. 18% geringer bei der Gruppe mit Medienproblematik) und bei ‚sonstigen Nichterwerbspersonen‘ (ca. 16% höher bei der Gruppe mit Medienproblematik).

Tab 10: Basisdaten – Erwerbssituation

Erwerbssituation (überwiegend in den letzten 6 Monaten)	Medienproblem	
	Nein	Ja
Auszubildender	1,4%	3,1%
Arbeiter / Angestellter / Beamter	30,2%	12,5%
Selbständiger / Freiberufler	1,8%	0,0%
Sonstige Erwerbspersonen	0,8%	0,0%
In beruflicher Rehabilitation	0,3%	0,0%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	10,7%	14,1%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	38,2%	40,6%
Schüler / Student	0,5%	1,6%
Hausfrau / Hausmann	1,9%	0,0%
Rentner / Pensionär	6,4%	4,7%
Sonstige Nichterwerbspersonen	7,7%	23,4%

Betrachtet man die Hauptdiagnosen, dann fällt auf, dass im Vergleich zwischen den Gruppen mit und ohne Medienproblematik bei den betroffenen Personen die Anteile für Alkohol bzw. Opioide deutlich geringer und die Anteile für Cannabis und Pathologisches Spielen deutlich höher ausfallen (vgl. Tabelle 11). Zu den Nebendiagnosen bzw. zur psychischen Komorbidität folgen ausführliche Analysen in Abschnitt 6.3.

Tab 11: Basisdaten – Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	Medienproblem	
	Nein	Ja
F10 Alkohol	68,5%	41,5%
F11 Opioide	8,1%	3,1%
F12 Cannabis	5,8%	26,2%
F13 Sedativa Hypnotika	0,5%	0,0%
F14 Kokain	2,0%	0,0%
F15 Stimulanzien	1,5%	0,0%
F16 Halluzinogene	0,0%	0,0%
F17 Tabak	0,1%	0,0%
F18 Lösungsmittel	0,0%	0,0%
F19 Mehrfachabhängig	2,0%	1,5%
F50 Essstörungen	0,0%	0,0%
F55 Medikamentenmissbrauch	0,0%	0,0%
F63 Pathologisches Spielen	11,4%	27,7%

Im Hinblick auf die Nationalität der von einer Medienproblematik betroffenen Personen erschwert der hohe Anteil der Missings („Keine Angabe“) eine konkrete Aussage (vgl. Tabelle 12). Als gesicherte Angabe kann die zur deutschen Nationalität angesehen werden, und hier liegt der Anteil bei der Gruppe mit Medienproblematik um über 20% niedriger. Es ist also davon auszugehen, dass Patienten mit einem anderen nationalen Hintergrund im Vergleich zur Verteilung der Nationalitäten unter den „normalen“ Suchtpatienten überproportional häufig von einer Medienproblematik betroffen sind.

Tab 12: Basisdaten – Nationalität

Nationalität	Medienproblem	
	Nein	Ja
Deutsch	86,3%	64,8%
Keine Angabe	7,9%	31,0%
Andere Nationalität	5,8%	4,2%

Die Haltequote (= Anteil der planmäßig Entlassenen) unterscheidet sich in der vorliegenden Stichprobe für die Gruppen mit und ohne Medienproblematik kaum, wie in Tabelle 13 erkennbar ist. Offensichtlich findet für die Personen, die zusätzlich zur stoffgebundenen Abhängigkeit eine Medienproblematik aufweisen, schon jetzt in den Einrichtungen, die an dem Projekt teilgenommen haben, eine adäquate Therapie statt.

Tab 13: Basisdaten – Entlassform

Entlassform	Onlineproblem	
	Nein	Ja
Planmäßige Entlassung	80,1%	81,2%
Unplanmäßige Entlassung	19,9%	18,8%

6.3 Psychische Komorbidität

Zur Erfassung der psychischen Komorbidität und Symptombelastung kamen mit dem PHQ, dem BDI-II, der SCL-90R, der CDS-7 und der GAD-7 verschiedene standardisierte psychometrische Fragebögen zum Einsatz. Im Folgenden werden die Patienten, die ‚positiv‘ mit der OSVe-Skala getestet wurden mit der zusätzlich erhobenen Kontrollgruppe (siehe Abschnitt 5) verglichen.

Mit dem Patient´s Health Questionnaire (PHQ) können psychische Komorbiditäten kategorial über sog. Verdachtsdiagnosen und Symptombelastungen hinsichtlich Somatisierung und Depressivität festgestellt werden. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass Patienten mit suchartiger Internetnutzung häufig die Kriterien für depressive Episoden (leichte bis schwere depressive Episoden), Panikstörung, Anpassungsstörung und Somatisierungsstörung erfüllen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe Suchtmittelabhängige ohne suchartige Internetnutzung zeigt sich, dass insbesondere depressive Episoden (36,5% vs. 12,5%), Anpassungsstörungen (18,8% vs. 0,0%) und Somatisierungsstörungen (16,5% vs. 4,2%) überzufällig häufig bei Patienten mit suchartiger Internetnutzung auftreten. Auch die Analyse der Subskalen Depression und Somatisierung erbringt vergleichbare Ergebnisse. Hier sind Patienten mit suchartiger Internetsucht signifikant stärker belastet (vgl. Tabelle 14).

Tab 14: Subskalen Depression und Somatisierung des PHQ: Vergleich der Mittelwerte von Patienten mit vs. ohne suchartige Internetnutzung

PHQ-Subskalen	Untersuchungsgruppe	
	Patienten mit suchartiger Internetnutzung	Patienten ohne suchartige Internetnutzung
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Subskala Depression ¹⁾	11.0 (6.38)	6.5 (5.33)
Subskala Somatisierung ²⁾	9.3 (5.98)	5.8 (6.42)

Anmerkungen: *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; statistische Kennwerte und Signifikanzangaben: ¹⁾ $t(115) = 4.02, p \leq .001$; ²⁾ $t(115) = 3.01, p \leq .01$

Zur differenzierten Erhebung einer möglicherweise vorliegenden Belastung durch depressive Symptome wurde auf das Becks Depressionsinventar (BDI-II) zurückgegriffen. Die Analyse der Daten zeigt, dass mit 51,4% mehr als die Hälfte der Patienten mit suchartiger Internetnutzung den Cutoff für eine klinisch relevante Depression überschreitet. Weitere 24,3% erfüllen die Kriterien für eine milde depressive Symptomatik. In der Kontrollgruppe überschreiten hingegen nur 25,0% den Cutoff für eine klinisch relevante Depression.

Die Symptomcheckliste 90R (SCL-90R) wurde als klinischer Fragebogen eingesetzt, um eine Charakterisierung der Patienten hinsichtlich Art und Ausprägungsgrad einzelner psychopathologischer Symptome vorzunehmen. Mittels der SCL-90R kann die Symptombelastung von Personen auf neun Subskalen und einer Hauptskala (Globaler Schwereindex) vorgenommen werden. In der Gegenüberstellung mit Patienten ohne suchartige Internetnutzung zeigt sich, dass Patienten mit Internetsucht in allen Subskalen der SCL-90R, ebenso wie im Globalen Schwereindex signifikant höhere Belastungswerte aufweisen (vgl. Tabelle 15).

Tab 15: Subskalen und Globaler Schwereindex der SCL-90R: Vergleich der Mittelwerte von Patienten mit vs. ohne suchthartige Internetnutzung

SCL-90R: GSI und Subskalen	Untersuchungsgruppe	
	Patienten mit suchthartiger Internetnutzung	Patienten ohne suchthartige Internetnutzung
	M (SD)	M (SD)
Globaler Schwereindex (GSI) ¹⁾	0.95 (0.74)	0.54 (0.48)
Unsicherheit im Sozialkontakt ²⁾	1.21 (0.93)	0.67 (0.57)
Zwanghaftigkeit ³⁾	1.15 (0.90)	0.63 (0.65)
Depressivität ⁴⁾	1.19 (0.90)	0.68 (0.62)
Ängstlichkeit ⁵⁾	0.88 (0.85)	0.46 (0.61)
Paranoides Denken ⁶⁾	1.06 (0.87)	0.67 (0.57)
Psychotizismus ⁷⁾	0.74 (0.75)	0.43 (0.46)
Somatisierung ⁸⁾	0.78 (0.80)	0.47 (0.44)
Phobische Angst ⁹⁾	0.58 (0.79)	0.27 (0.49)
Aggressivität ¹⁰⁾	0.75 (0.79)	0.46 (0.47)

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; statistische Kennwerte und Signifikanzangaben: ¹⁾ $t(115.77)=3.66$; $p \leq .001$; ²⁾ $t(114.97)=3.90$; $p \leq .001$; ³⁾ $t(115.73)=3.67$; $p \leq .001$; ⁴⁾ $t(115.99)=3.59$; $p \leq .001$; ⁵⁾ $t(115.71)=3.13$; $p \leq .01$; ⁶⁾ $t(115.81)=2.95$; $p \leq .01$; ⁷⁾ $t(114.78)=2.82$; $p \leq .01$; ⁸⁾ $t(111.88)=2.76$; $p \leq .01$; ⁹⁾ $t(115.22)=2.63$; $p \leq .05$; ¹⁰⁾ $t(113.61)=2.48$; $p \leq .01$

Eine zusätzliche Analyse der Effektstärken der gefundenen Mittelwertunterschiede wies aus, dass sich Patienten mit suchthartiger Internetnutzung von der Kontrollgruppe v.a. in den Subskalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Zwanghaftigkeit, Depressivität, sowie dem Globalen Schwereindex abgrenzen lassen (Effektstärken jeweils über .65).

Die GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) ist ein klinisch-psychologisches Instrument zur Erfassung der Belastung durch allgemeine Angstzustände (bspw. „Ich leide unter ... einem Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren“). Die statistische Auswertung zeigt, dass Patienten mit Internetsucht deutlich erhöhte Angstwerte aufweisen ($M = 8.8$; $SD = 5.59$) gegenüber Patienten ohne Internetsucht ($M = 4.9$; $SD = 4.35$).

In der Cambridge Depersonalisationsskala (CDS-7), welche das Aufkommen dissoziativer Symptome wie z.B. Depersonalisations- und Derealisationsphänomene misst, wiesen Patienten mit komorbider Internetsucht ebenfalls hohe Werte ($M = 4.5$; $SD = 5.03$) auf und zeigten somit eine signifikant höhere Belastung durch dissoziative Symptome als die klinische Kontrollgruppe ($M = 1.6$; $SD = 2.32$; $t(103.85)=4.12$; $p \leq .001$).

6.4 Subklinische Charakterisierung

Neben der Beschreibung der mit suchtartigen Internetnutzung assoziierten komorbiden Symptombelastung bestand ein weiteres Studienziel in der näheren psychologischen Charakterisierung von Patienten mit Internetsucht. Ausgehend vom Vulnerabilitäts-Prozessmodell der Computerspiel- und Internetsucht² wurde angenommen, dass erhöhter Neurotizismus ebenso wie verminderte Extraversion und Gewissenhaftigkeit als störungsspezifische Risikofaktoren anzusehen sind.

Zur Bestimmung der primären Persönlichkeitsmerkmale wurde das NEO Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) eingesetzt, welches ein internationales Standardinstrument darstellt. Um vermutete moderierende Einflüsse der allgemeinen Stressvulnerabilität und Mechanismen der Stressbewältigung (Coping) zu untersuchen, wurden weiterhin die Inventare Perceived Stress Scale (PSS) und Brief-COPE verwendet. Zusätzlich kam mit dem Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (FSozU) ein Fragebogen zum Einsatz, der die Qualität unterhaltener sozialer Beziehungen (Soziale Unterstützung) quantifiziert.

Die Analyse der Persönlichkeitsmerkmale zeigt, dass im Vergleich zu der allgemeinen deutschen Normbevölkerung bei Patienten mit komorbider Internetsucht Besonderheiten hinsichtlich der Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus, Extraversion und Gewissenhaftigkeit zu verzeichnen sind. Im Einzelnen weisen Patienten mit Internetsucht eine deutliche Steigerung hinsichtlich Neurotizismus bei gleichzeitig vermindert ausgeprägter Extraversion und Gewissenhaftigkeit auf. Der Vergleich von Patienten mit Internetsucht mit der Kontrollgruppe nicht internetsüchtiger Patienten zeigt dieselben Unterschiede (vgl. Tabelle 16).

Tab 16: Persönlichkeitsdimensionen im NEO-FFI: Vergleich der Mittelwerte von Patienten mit vs. ohne suchtartige Internetnutzung

NEO-FFI Faktoren	Untersuchungsgruppe	
	Patienten mit suchtartiger Internetnutzung	Patienten ohne suchtartige Internetnutzung
	M (SD)	M (SD)
Neurotizismus ¹⁾	2.4 (0.69)	1.9 (0.64)
Extraversion ²⁾	1.9 (0.66)	2.2 (0.46)
Offenheit	2.2 (0.58)	2.4 (0.61)
Verträglichkeit	2.1 (0.33)	2.2 (0.29)
Gewissenhaftigkeit ³⁾	2.2 (0.57)	2.7 (0.52)

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; statistische Kennwerte und Signifikanzangaben: ¹⁾ $t(116)=4.15$, $p\leq.001$; ²⁾ $t(115.99)=2.58$, $p\leq.05$; ³⁾ $t(116)=3.48$, $p\leq.001$

Unter Einbeziehung der Kontrollgruppe bestätigen sich somit die zuvor formulierten Vermutungen, ebenso wie Befunde aus epidemiologischen Erhebungen an nicht-klinischen Bevölkerungsgruppen. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Persönlichkeitsfaktoren (gesteigerter) Neurotizismus, (verminderte) Extraversion sowie (verminderte) Gewissenhaftigkeit als prädisponierende Faktoren für Internetsucht angesehen werden können und unter Umständen ein spezielles therapeutisches Vorgehen notwendig machen.

Die Auswertung der Daten zur allgemeinen Stressvulnerabilität sowie assoziierter Copingstrategien verdeutlicht zweierlei: Sowohl im Vergleich mit der gesunden Normalbevölke-

² Wöfling, K. & Müller, K. W. (2009). Computerspielsucht. In Batthyány, D. & Pritz, A. (Hrsg.). *Rausch ohne Drogen – Substanzungebundene Süchte*. Wien & New York: Springer.

rung (Cutoff von 12 Punkten) als auch im klinischen Vergleich mit der Kontrollgruppe ($M = 18.8$; $SD = 5.75$) weisen Patienten mit Internetsucht ($M = 23.5$; $SD = 6.11$) eine signifikant gesteigerte allgemeine Stressanfälligkeit auf. Die ergänzte Analyse habituell eingesetzter Copingstrategien zeigt, dass internetsüchtige Patienten weniger oft auf aktives Coping zurückgreifen und deutlich häufiger passiv-vermeidende Strategien einsetzen (Aufgabe; Selbstvorwürfe; Medienfokussiertes Coping; vgl. Tabelle 17).

Tab 17: Copingstrategien: Vergleich der Mittelwerte von Patienten mit vs. ohne suchartige Internetnutzung

Copingstrategien	Untersuchungsgruppe	
	Patienten mit suchartiger Internetnutzung	Patienten ohne suchartige Internetnutzung
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Selbstablenkung	2.6 (0.78)	2.5 (0.66)
Aktives Coping ¹⁾	2.4 (0.77)	2.7 (0.64)
Verleugnung	2.2 (0.81)	2.0 (0.73)
Substanzkonsum	2.9 (0.94)	3.0 (0.85)
Emotionale Unterstützung	2.4 (0.78)	2.4 (0.71)
Instrumentelle Unterstützung	2.5 (0.68)	2.5 (0.68)
Aufgabe ²⁾	2.4 (0.72)	2.0 (0.62)
Gefühle ausleben	2.4 (0.70)	2.4 (0.53)
Positives Umdeuten	2.3 (0.83)	2.2 (0.67)
Perspektivische Planung	2.5 (0.68)	2.7 (0.63)
Humor	2.0 (0.83)	2.0 (0.76)
Akzeptieren	2.6 (0.78)	2.4 (0.58)
Religion / Spiritualität	1.6 (0.84)	1.6 (0.80)
Selbstvorwürfe ³⁾	3.0 (0.88)	2.6 (0.75)
Medienfokussiert ⁴⁾	3.3 (0.90)	2.3 (0.76)

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; statistische Kennwerte und Signifikanzangaben: ¹⁾ $t(116)=2.45$, $p \leq .05$; ²⁾ $t(110.52)=2.12$, $p \leq .01$; ³⁾ $t(116)=2.18$, $p \leq .05$; ⁴⁾ $t(116)=6.22$, $p \leq .001$

Die Auswertung des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (FSozU) zeigt, dass Patienten mit Internetsucht auf beiden vom Fragebogen erfassten Dimensionen, wahrgenommene emotionale Unterstützung ($M = 24.4$; $SD = 5.61$) und wahrgenommene praktische soziale Unterstützung ($M = 25.6$; $SD = 7.35$), Werte unterhalb der Norm ($M_{NORM} = 28$) aufweisen. Im Vergleich zur klinischen Kontrollgruppe erweist sich nur der Mittelwertunterschied im Bereich der wahrgenommenen praktischen sozialen Unterstützung ($M = 28.7$; $SD = 4.83$) als statistisch signifikant ($t(115.83)=2.77$, $p \leq .05$), nicht jedoch die bezüglich der emotionalen sozialen Unterstützung ($M = 26.4$; $SD = 4.72$).

7. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser erstmalig durchgeführten systematischen Erhebung zur Auftretenshäufigkeit von Internetsucht und assoziierter Symptome bei Patienten aus der stationären Sucht-Rehabilitation lassen eine erste Beantwortung einer Vielzahl von Fragen zu.

So konnte gezeigt werden, dass die Auftretenshäufigkeit von Internetsucht unter Patienten mit der Primärdiagnose einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung bzw. Pathologisches Glücksspiel höher einzuschätzen ist als in der gesunden Bevölkerung. Insgesamt erfüllten von den untersuchten Patienten 4,1% die Kriterien für eine suchtarartige Internetnutzung (im Vergleich zu ca. 1,5% Betroffenen in der Allgemeinbevölkerung). Dies kann als erster Hinweis darauf gedeutet werden, dass Patienten mit einer psychischen Vorbelastung bzw. Vorerkrankung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer komorbiden Internetsucht aufweisen.

Die weiterführende Analyse der von Internetsucht betroffenen Patienten zeigt zudem, dass insbesondere bei den Primärdiagnosen Pathologisches Glücksspiel und Cannabis-Missbrauch bzw. -Abhängigkeit überzufällig häufig Internetsucht als komorbide Erscheinung auftritt. Unter Berücksichtigung des Befundes, dass internetsüchtige Patienten ein jüngeres Lebensalter aufweisen und fast ausnahmslos männlichen Geschlechts sind, erscheint die Aussage gerechtfertigt, dass insbesondere in Kliniken mit einem jüngeren männlichen Patientenkontext bei einer Primärdiagnose des Pathologischen Glücksspiels oder Cannabis-Missbrauch bzw. -Abhängigkeit ein gezieltes Screening auf Internetsucht angebracht ist.

Neben dem Nachweis einer erhöhten klinischen Prävalenz von Internetsucht verdeutlicht die Analyse assoziierter psychischer Belastungen und klinischer Symptome ausnahmslos, dass komorbide Internetsucht mit einer insgesamt erhöhten psychopathologischen Belastung einhergeht. Dies wird einerseits durch die erhöhte Wahrscheinlichkeit weiterer klinischer Diagnosen wie depressive Episoden und Somatisierungsstörungen bei bestehender Internetsucht deutlich, andererseits durch das Profil der Symptomcheckliste 90R. Hier liegt die psychische Symptombelastung bei Patienten mit Internetsucht im Vergleich in allen Subskalen deutlich über der der anderen Patienten. Im Einzelnen sind vertiefte psychopathologische Problemlagen insbesondere in den Bereichen einer gesteigerten Unsicherheit im Sozialkontakt, Zwanghaftigkeit und Depressivität zu sehen. In diesen Bereichen scheinen Patienten mit komorbider Internetsucht im Vergleich zu den Mitpatienten einen besonderen therapeutischen Bedarf zu haben. Gerade der hohe Anteil an Patienten mit einer depressiven Symptomatik (mehr als 50% überschreiten den Cutoff für eine klinisch relevante Depression im BDI-II) spricht in diesem Zusammenhang für eine spezielle therapeutische Intervention.

Neben klinischen Variablen wurden in der Erhebung außerdem weitere Faktoren untersucht, denen bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung internetsüchtigen Verhaltens eine Bedeutung beigemessen werden kann. So zeigte die Charakterisierung internetsüchtiger Patienten auf subklinischer Ebene, dass gerade im Bereich der Stressanfälligkeit und Stressbewältigung eine besondere Vulnerabilität zu bestehen scheint.

Patienten mit Internetsucht weisen sowohl eine gesteigerte Sensibilität und damit Anfälligkeit hinsichtlich auftretender Stressoren bzw. belastender Lebensereignisse auf als auch Defizite in den ihnen zur Bewältigung dieser Stressoren zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dies bildet sich in dem charakteristischen Repertoire bevorzugt eingesetzter passiv-vermeidender Copingstrategien, wie z.B. Aufgabe und Selbstvorwürfe ab. Daneben konnte gezeigt werden, dass zudem die störungsspezifische Stressbewältigungsvariante des medienfokussierten Copings bei Patienten mit Internetsucht häufig eingesetzt wird. Da sich medienfokussiertes Coping inhaltlich auch auf die Nutzung von Internetangeboten wie z.B. onlinebasierten Rollenspielen bezieht, erscheint es wahrscheinlich, dass hier ein die Internetsucht aufrechterhal-

tender Faktor vorliegt, der im therapeutischen Setting einer intensiven Klärung bedarf. Insgesamt erscheint der gezielte Einsatz von Stressbewältigungstrainings für diese Subgruppe von Patienten dringend angeraten.

In der Erhebung sollte zudem der Frage nachgegangen werden, durch welche persönlichkeitsbezogenen Faktoren sich Patienten mit komorbider Internetsucht von den Kontrollpatienten unterscheiden lassen. Ausgehend vom Vulnerabilitäts-Prozessmodell der Computerspiel- und Internetsucht wurde angenommen, dass erhöhter Neurotizismus ebenso wie verminderte Extraversion und Gewissenhaftigkeit als störungsspezifische Risikofaktoren anzusehen sind. Diese Vermutung wird durch die gefundenen Ergebnisse bestätigt. Im Vergleich zu Kontrollpatienten weisen Patienten mit komorbider Internetsucht ein negativeres Selbstbild und größere Ängstlichkeit auf und erleben tendenziell mehr negative Emotionen (erhöhter Neurotizismus). Gleichzeitig zeichnet sich diese Subgruppe durch erhöhtes interpersonelles Misstrauen und soziale Rückzugstendenzen aus (verminderte Extraversion) sowie durch Schwierigkeiten in der Selbststrukturierung und Selbstorganisation (verminderte Gewissenhaftigkeit).

Gerade der Aspekt der verminderten Extraversion findet sich auch in dem Befund der verminderten wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch das soziale Netz wieder. Im Zusammenhang mit den hohen Ausprägungen auf der Subskala ‚Unsicherheit im Sozialkontakt‘ der Symptomcheckliste 90R erscheint es angemessen, internetsüchtige Patienten gezielt sozialen Kompetenztrainings zuzuführen. Die gefundenen Unterschiede legen den Schluss nahe, dass sich diese Differenzen auf Persönlichkeitsebene auf die Primärpersönlichkeit beziehen und somit also als immanente und überdauernde Risikofaktoren interpretieren lassen, die es im therapeutischen Kontext zu berücksichtigen gilt.

8. Gender Mainstreaming Aspekte

Durch die Datenauswertung konnte gezeigt werden, dass weibliche Patienten in stationären Suchteinrichtungen von der zu untersuchenden Medienproblematik extrem selten betroffen sind. In der einzigen Fraueneinrichtung, die an dem Projekt teilgenommen hat (Fachklinik Haus Immanuel), wurde bei 27 getesteten Patientinnen keine mit Medienproblematik (Missbrauch oder Abhängigkeit) identifiziert. In der gesamten Stichprobe stellt sich das Verhältnis wie folgt dar:

Tab 18: Geschlechterverteilung

	Medienproblem	
	Nein	Ja
Frauen	14,8%	2,8%
Männer	85,2%	97,2%

9. Gesamtbeurteilung

Aus Sicht der Projektverantwortlichen und der teilnehmenden Kliniken kann das Projekt als außerordentlich erfolgreich bezeichnet werden. Die ursprünglich formulierten Projektziele sind nicht nur vollständig erreicht, sondern teilweise übertroffen worden:

1. Die Dimension des Problems exzessiver Medien-Nutzung in der stationären Suchttherapie („Dunkelziffer“) konnte mit Hilfe einer größeren Stichprobe als ursprünglich geplant geklärt werden.
2. Die OSVe-Skala hat sich als ein praxistaugliches Instrument erwiesen und wird in den Einrichtungen, bei denen mit einem verstärkten Auftreten von Internetsucht als komorbide Problematik zu rechnen ist, zukünftig routinemäßig eingesetzt.
3. Der betroffene Personenkreis kann mit Hilfe der OSVe-Skala mit geringem Aufwand und frühzeitig identifiziert werden. Dadurch sind spezifische Therapieplanungen bereits unmittelbar nach der Aufnahme möglich.
4. Der betroffene Personenkreis konnte im Hinblick auf soziodemografische Merkmale (Basisdaten gemäß dem Deutschen Kerndatensatz) und weitere psychopathologische Merkmale (klinische Symptombelastung und subklinische Variablen) mit deutlich besserer Validität charakterisiert werden als ursprünglich erwartet. Dazu hat insbesondere die zusätzliche Erhebung bei einer Kontrollgruppe in den Einrichtungen beigetragen.
5. Es wurden adäquate therapeutische Handlungsoptionen entwickelt und beschrieben (vgl. Abschnitt 11). Diese werden in den betroffenen Einrichtungen zukünftig erprobt bzw. umgesetzt und im Rahmen der weiteren Qualitätszirkelarbeit begleitet. So werden ein verbesserter diagnostischer und therapeutischer Umgang mit der Problematik sowie eine Weiterentwicklung der Therapiekonzepte für Patienten mit entsprechenden Störungen erzielt.
6. In einer Vielzahl von Publikationen und Vorträgen werden die Ergebnisse des Projektes in der Fachöffentlichkeit verbreitet. Dabei wird die Art der Veröffentlichung für die unterschiedlichen Zielgruppen (Wissenschaft/Praxis, Suchttherapie/Psychotherapie, Leistungsträger/Leistungserbringer) spezifisch angepasst.

10. Verbreitung der Ergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit

Zur Verbreitung der Ergebnisse in der Fachöffentlichkeit sind folgende Vorträge vorgesehen:

<i>Veranstaltung</i>	<i>Titel</i>	<i>Autoren</i>	<i>Form</i>	<i>Status</i>
Deutscher Suchtkongress, September 2010 (Tübingen)	Suchtartige Internetnutzung als komorbide Störung bei Patienten mit einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung in der stationären Rehabilitation	Müller, Dickenhorst, Medenwaldt, Wölfling & Koch	Posterpräsentation	durchgeführt
European Congress of Psychiatry März 2011 (Wien)	Internet Addiction as comorbid disorder in patients with a substance-related disorder: Results from a survey in different inpatient clinic	Müller, Dickenhorst, Medenwaldt, Wölfling & Koch	Redebeitrag (Abstract-Publikation in European Psychiatry)	angenommen
Rehawissenschaftliches Kolloquium, März 2011 (Bochum)	Suchtartige Internetnutzung als komorbide Störung bei Patientinnen und Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter	Müller, Dickenhorst, Medenwaldt, Wölfling & Koch	Redebeitrag (Abstract-Publikation im Tagungsband)	angenommen
97. Wissenschaftliche Jahrestagung des ‚buss‘, März 2011 (Berlin)	Exzessive Mediennutzung als komorbide Störung in der stationären Suchttherapie	Dickenhorst, Müller	Arbeitsgruppe	angenommen
International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Juli 2011 (Münster)	Internet Addiction as comorbid disorder in patients with substance-related Addiction: The role of stress, coping and anxiety	Müller, Dickenhorst, Medenwaldt, Wölfling & Koch	Redebeitrag	eingereicht
Deutscher Suchtkongress, Oktober 2011 (Frankfurt)			Redebeitrag	geplant

In den folgenden Fachzeitschriften sind Publikationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten geplant. Die Veröffentlichung wird noch für 2011 angestrebt, kann sich aber in Abhängigkeit von der Themenplanung der Redaktionen und der Dauer der Review-Verfahren verzögern.

<i>Zeitschrift</i>	<i>Impact-Faktor</i>	<i>Inhalt</i>
Bundesgesundheitsblatt	1.25	Globale Ergebnisse (Prävalenz, Soziodemografie, SCL-Profile, BDI)
Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie	1.93	Ergebnisse der klinischen Inventare mit Kontrollgruppe, Ergebnisse der Persönlichkeits- und Stressinventare mit Kontrollgruppe
Konturen		Globale Ergebnisse sowie praktische Bedeutung und therapeutische Implikationen
Sucht		Globale Ergebnisse (Basisdaten und psychische Komorbidität), therapeutische Implikationen

Der vorliegende Abschlussbericht zum Projekt wird außerdem allen Mitgliedseinrichtungen des ‚buss‘ zugeschickt und als pdf-Version auf der Internetseite des Verbandes zum Download zur Verfügung gestellt.

11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Ein wesentliches Ziel des Projektes war die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die stationäre Behandlungspraxis, um generell einen verbesserten diagnostischen und therapeutischen Umgang mit der Problematik sowie eine Weiterentwicklung der Therapiekonzepte für Patienten mit entsprechenden Störungen zu ermöglichen. Im Folgenden werden die entsprechenden Empfehlungen für Diagnostik und Therapie in den stationären Einrichtungen zusammengefasst. Sie gehen zurück auf die Diskussion, die im Rahmen des Abschluss-Workshops unter den beteiligten Experten und Klinikmitarbeitern stattgefunden hat, und sind damit vor allem praxisorientiert. Die Handlungsempfehlungen werden auf der Jahrestagung des Verbandes im März 2011 in Berlin im Rahmen einer Arbeitsgruppe vorgestellt und diskutiert. Die Begleitung der Umsetzung sowie bei Bedarf die Weiterentwicklung der Empfehlungen erfolgt dann durch den Qualitätszirkel ‚Glücksspiel und Medien‘ des ‚buss‘.

11.1 Diagnostik

Besonders in Suchtrehabilitationseinrichtungen mit pathologischen Glücksspielern, Cannabis-Abhängigen und unter 30 Jährigen sollten die Patienten zukünftig regelhaft mit der Skala zum Onlinesuchtverhalten getestet werden, um ein mögliches Problemverhalten systematisch zu erheben. Ein weitergehender Persönlichkeitstest und auch das Becks Depressionsinventar II sollte (wegen der erhöhten Prävalenz komorbider Störungen) in jedem Fall angewandt werden.

Wenn eine pathologische Internetnutzung bestätigt wird, sollte dieser Befund mit in die Therapieplanung aufgenommen werden. Zur spezifischen anamnestischen Befunderhebung einer pathologischen PC/Internetnutzung oder Internetsucht könnte eine PC-Konsumanamnese gehören, die folgende Aspekte enthält:

- Wie sahen die bisherigen Selbstkontrollversuche aus?
- Erfragen der eigenen Ursachenerklärung
- Erfassen der Funktionalität des PC-Konsums
- Welche PC-Angebote wurden bevorzugt benutzt?
- Wann war lebensgeschichtlich der Beginn der Nutzung und in welchen Phasen hat sich der Konsum gesteigert?
- Wie häufig, mit welcher Intensität und welcher Wirkung wurde gespielt?

Im Dokumentationssystem der Einrichtung können die detaillierten Befunde eingegeben werden und stehen damit allen klinikinternen Behandlern zu Verfügung.

11.2 Behandlungsmotivation

Die Entwicklung einer Krankheitseinsicht und die Motivation für eine partielle Abstinenz stellt eine besondere Herausforderung dar. Internetsüchtige zeichnen sich in der Regel eher durch eine geringere Veränderungsmotivation und ein geringes Problembewusstsein aus, so dass die Entwicklung dieser Haltungen einer besonderen Beachtung bedarf.

Der Zeitpunkt für den Einsatz von klärungsorientierten Interventionen und den Übergang zu handlungsorientierten Interventionen kann ausschlaggebend für den Erfolg der Behandlung sein. Es scheint daher angezeigt, weitere spezifische Methoden zur Förderung der Therapiemotivation zu entwickeln und die Änderungsbereitschaft im Behandlungsverlauf regelmä-

ßig zu überprüfen. Die bekannten Methoden der motivierenden Gesprächsführung³ stellen eine gute Basis dar.

11.3 Abstinenzbegriff

Bei der stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung sind sich verlängernde Phasen der Abstinenz oder auch die völlige Abstinenz Ziel der Behandlung. Die völlige Abstinenz bei Internetsucht kann nicht das Ziel der Behandlung sein. Vielmehr erscheint der Aufbau eines integrativen (nicht schädlichen) Medienkonsums als Behandlungsziel erstrebenswert. Im Rahmen der Behandlung soll der Betroffene lernen, Medien zweckgebunden und in einem festen Zeitrahmen zu nutzen sowie seinen Medienkonsum selbständig zu kontrollieren. Hierzu gehört auch die Fähigkeit, das Rückfallrisiko im Umgang mit verschiedenen Medieninhalten einschätzen zu können. Internetsucht kann sich auf sehr unterschiedliche Nutzungsmöglichkeiten und Inhalte beziehen.

Im stationären Kontext sollte eine völlige PC/Internetabstinenz zu Beginn der Behandlung möglich sein (Verzichtserklärung), dann aber im Behandlungsverlauf zugunsten eines kontrollierten Konsums aufgehoben werden. Offen ist jedoch noch, wie der Zeitrahmen für eine vorübergehende völlige Abstinenz gesteckt werden sollte, um therapeutisch effektiv arbeiten zu können. Neben der Entwicklung der individuellen Medienkompetenzen sollte der Umgang mit problematisch konsumierten Medieninhalten wie z.B. WOW (World of Warcraft) abstinenzbewältigt werden. In diesem Bereich sollte der Patient in jedem Fall partiell-/punktabstinenz leben, um den kontrollierten Konsum zu erzielen.

11.4 Behandlung

Der therapeutische Kontakt zum Bezugstherapeuten dient vorerst zur Probleminventarisierung, dem Beziehungsaufbau und der Zielorientierung. Bzgl. einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung spielt die Nähe- und Distanzprobung eine große Rolle. Der Patient reflektiert die eigenen Beziehungserfahrungen, dysfunktionale Strukturen werden wahrgenommen und ihnen wird entgegengewirkt.

Die Ressourcenanalyse der Resilenzfaktoren stellt einen zentralen Arbeitsschwerpunkt dar, um die bereits vorhandenen Fähigkeiten für die Abstinenzbewältigung zu aktivieren. Besonders eine sensible Begleitung zur Loslösung aus der virtuellen Welt fordert Empathie für die bisherigen Erfahrungen bzgl. der Projektions-, Imaginations- und Identifikationsfaktoren, z.B. bzgl. des erstellten Avatars. Die Therapeuten sollte in jedem Fall Sachkenntnis über die vom Patienten genutzten virtuellen Welten haben.

Die Behandlungsstrukturen für Internetsüchtige müssen nicht prinzipiell neu entwickelt werden. Viel mehr können sie sich an den Behandlungsmodellen für Abhängigkeitserkrankungen orientieren. Die vielfältigen Möglichkeiten und Erfahrungen aus der stationären Sucht-Rehabilitation sollte für Internetsüchtige zugänglich gemacht werden. So wie es in der Empfehlungsvereinbarung Sucht 2001 für pathologische Glücksspieler verankert ist, sollten Internetsüchtige in einer Gruppe behandelt werden, in der sie nicht in der Minderheit sind. Falls die Patienten in einer anders ausgerichteten Basisgruppe sind, sollten sie zusätzlich eine spezifische Indikationsgruppe erhalten. Aufgrund der hohen Prävalenz komorbider Erkrankungen ist eine parallele Behandlung, bei vorhandener Symptomatik, angezeigt.

³ Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung (2. Aufl.). Freiburg: Lambertus. (amerikanisches Original erschienen 2002)

In der therapeutischen Basisgruppe ist eine vertrauensvolle Gruppenarbeit und ein vertrauensvolles Gruppenleben möglich, die Entwicklung einer Gruppenkohäsion⁴ kann entwickelt werden und zur Selbstexploration einladen. Sowohl Selbstfürsorge als auch Gefühle der Geborgenheit können entwickelt werden. Empathiefähigkeit, Konflikt- und Harmoniefähigkeit sollen gestärkt, Risiko- und Selbstschutzverhalten erprobt, Mut zur Entscheidung gefördert und die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse entwickelt werden. Die Teilnahme an einer Euthymtherapie sollte ermöglicht werden. Die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung ist abstinenzunterstützend.

Erlebnispädagogische Ansätze (wie z.B. mit der Gruppe einen Kletterparkbesuch zu unternehmen) unterstützen die Entwicklung einer alternativen Freizeitgestaltung, die Auseinandersetzung mit der Geschlechtsidentifikation und spezifischen Rollenbildern. Wichtig ist außerdem Trauerarbeit vor allem in Bezug auf die Aufgabe des Avatars (evtl. ist auch eine medikamentengestützte Behandlung bei depressiven Reaktionen notwendig). Kunst- und/oder Gestaltungstherapie zur Förderung des nonverbalen Erlebens. Entspannungsverfahren können flankierend eingesetzt werden und Körperwahrnehmungsmethoden sind bei der Arbeit mit Internetsüchtigen zu integrieren. Des Weiteren ist eine stabilisierende Tagesstruktur zu empfehlen.

11.5 Entwicklung der Medienkompetenz

Nach der detailliert erhobenen Konsumanamnese sollte mit dem Patienten thematisiert werden, abstinenter von seinem suchtauslösenden Spiel/Medium Abschied zu nehmen. Idealerweise wird der Account für WOW abgemeldet. Nach einer PC-abstinenter Zeit, für die der Patient eine Verzichtserklärung für den Klinikbereich und die ersten Heimfahrten unterschreibt, sollte in Stufen der kontrollierte Konsum (Exposition mit festgeschriebener Zeitbegrenzung) erprobt werden. Dabei wird das Ampelmodell⁵ praktiziert. Internetbereiche, die für den Patienten kontrolliert nutzbar sind (wie z.B. Homebanking, DB-Fahrkartenbuchungen, Jobrecherchen), sind der erste Schritt in den kontrollierten Konsum.

Ein PC-Nutzungsbereich, der möglicherweise Suchtdruck auslösend sein könnte, z.B. längerer E-Mail-Kontakt, das Nutzen von Chatrooms, sollte mit in die Verzichtserklärung einfließen. Der Patient lernt, unbedeutende Medieninhalte von Risikobereichen zu unterscheiden. Ressourcen aus der virtuellen Welt werden identifiziert und ein Transfer in die reale Welt ermöglicht (z.B. manuelle Fertigkeiten oder die Fähigkeit zur strategischen Planung). Auch die Arbeitssituation sollte genau betrachtet werden: Wie viel arbeitet der Patient am PC? Steht ihm das Internet immer zur Verfügung? Wenn von dieser Möglichkeit ein Rückfallrisiko ausgeht, sollte er den Zugang sperren lassen. Gibt es Spiele auf seinem Rechner, die er regelmäßig gespielt hat? Entscheidend sind hier alternative Verhaltenserprobungen.

11.6 Rückfallprävention

Während der Behandlung sollten nach dem dynamischen Rückfallmodell von Marlatt⁶ die Hochrisikosituationen erarbeitet und alternative Copingstrategien entwickelt werden. Diese sollten bereits handlungsorientiert während der stationären Rehabilitation erprobt werden. Wie bereits zum Punkt Medienkompetenz ausgeführt, sollten sie in Form einer Exposition

⁴ Yalom, I. D. (2005). Im Hier und Jetzt: Richtlinien der Gruppenpsychotherapie. München: btb.

⁵ Schuhler, P. (2008). Pathologischer PC-Gebrauch: Krankheitsbild, diagnostische und therapeutische Hinweise. Sucht aktuell, 15 (2), 36-40.

⁶ Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G. A. Marlatt & D.M. Donovan (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours (pp. 1-44). New York: Guilford.

erprobt werden. Hier bieten sich das Erstellen einer Notfallkarte und die Vorbereitung eines nachsorgenden Unterstützungssystems an.

Die allgemein bekannten Resilienzfaktoren wie ein stabiler Selbstwert, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, eine robuste Stresstoleranz und eine emotionale Stabilität sollten berücksichtigt werden. Nach Möglichkeit sollte eine Unterstützung im sozialen System gegeben sein, die durch Angehörigengespräche und/oder Angehörigenseminare gefördert wird. Eine schulische und berufliche Perspektive (Wiedereingliederung oder Umschulung) muss integraler Bestandteil der Behandlung sein, wozu auch der Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe gehört.

Strategien zur Rückfallprävention sollten sich auch darauf konzentrieren, Betroffene für ihre Mediennutzungsmuster zu sensibilisieren, damit sie lernen, das Risiko der alten pathologischen Konsummuster realistisch einzuschätzen und somit zu Experten ihrer eigenen Mediensozialisation zu werden. Um das Rückfallrisiko weiter zu verringern, sollte dem Betroffenen im Rahmen einer Behandlung die Nutzung von Stopp- und Kontrollprogrammen nähergebracht werden. Wie aus anderen Behandlungsprogrammen bekannt, könnten weitere Faktoren hilfreich sein, wie Belohnungsaufschub oder Vermeidung riskanten Verhaltens.

11.7 Selbsthilfe/Nachsorge

Bisher sind kaum Initiativen zur Organisation von Selbsthilfegruppen für Internetsüchtige zu verzeichnen. Die meisten Ansätze zur Gründung von Selbsthilfegruppen wurden bisher aus mangelnder Beteiligung nach kurzer Zeit aufgegeben. Der Aufbau von Selbsthilfegruppen ist ein wichtiger Schritt für die langfristige Unterstützung von Betroffenen. Noch ist die Zuordnung der Problematik ‚exzessive Medien-Nutzung‘ bzw. ‚Internetsucht‘ anhand der geltenden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV offen, damit ist die Sicherung der Übernahme von Behandlungsposten nicht geregelt. Im Sinne der Patienten wäre es wünschenswert, dass das in Deutschland bestehende Suchthilfesystem hier ein erweitertes Angebot für betroffene Patienten entwickelt. Viele Suchtberatungsstellen halten derzeit schon Beratungsangebote für Angehörige und Betroffene vor.

12. Publikationsverzeichnis

Da die geplanten Publikationen und Vorträge erst nach Abgabe des Abschlussberichtes realisiert werden (siehe Abschnitt 10), kann derzeit noch kein Publikationsverzeichnis vorgelegt werden.