

Holger Feindel*

Wenn ohne PC nichts mehr geht: pathologischer PC-Gebrauch und Folgen

Excessive use of computer and internet and its consequences

DOI 10.1515/pubhef-2015-0066

Zusammenfassung: Die Zahl der Patienten, bei denen eine psychotherapeutische Behandlungsindikation wegen pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs besteht, steigt in den letzten Jahren im klinischen Setting kontinuierlich an. Der Beitrag hat das Ziel, einen kurzen Überblick über Erscheinungsformen und Charakteristik des medialen Angebotes zu vermitteln, sowie einen Ansatz zur diagnostischen Handhabung und therapeutischen Herangehensweise vorzustellen.

Schlüsselwörter: Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch; Onlinesucht; Erscheinungsformen; Diagnostik; Behandlung.

Abstract: The number of patients, who require psychotherapeutic treatment due to pathological use of computers and Internet resources has continuously increased in clinical settings in recent years. The aim of the following article is to provide a brief overview of the forms and characteristics of such phenomena, as well as to present a concept of diagnostic handling and therapeutic approaches in cases of excessive and destructive use of internet material.

Keywords: diagnosis; forms/manifestations; Internet addiction; pathological (excessive) use of computer and internet; treatment.

Seit 1998 werden in der AHG Klinik Münchwies Patienten mit einem pathologischen PC-/Internet-Gebrauch im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation behandelt. Zunächst handelte es sich hierbei nur um Einzelfälle, in den letzten Jahren ist aber ein Anstieg der Behandlungszahlen auf über 100 Fälle pro Jahr zu verzeichnen (s. Abbildung 1).

***Korrespondenz:** Holger Feindel, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oberarzt, AHG Klinik Münchwies, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Suchtmedizin, Turmstr. 50-58, 66540 Neunkirchen/Saar, E-mail: hfeindel@ahg.de

In die offiziellen Diagnosemanuale ICD (WHO) und DSM (APA) ist die Erkrankung bisher noch nicht aufgenommen, allerdings ist im kürzlich auch auf deutsch veröffentlichten DSM-5 im Anhang der klinischen Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf erstmals die „Störung durch Spielen von Internetspielen“ [1] benannt.

Dabei entspricht die Konzentration auf das Spielen von Internetspielen unter Ausklammerung anderer Internetaktivitäten der bisherigen klinischen Beobachtung, dass ein überwiegender Teil der Betroffenen bevorzugt Onlinerollenspiele spielt. Daneben kommen weitere Spielformen wie das Spielen von sogenannten Ego-Shootern, Browsergames oder Offlinestrategiespielen vor. Erst nachrangig beobachten wir bei den betroffenen Patienten die Nutzung von sozialen Netzwerken und exzessives Surfen.

Zu kritisieren ist an den im DSM vorgeschlagenen Kriterien, dass es sich um eine fast exakte Übertragung der Kriterien zum pathologischen Glücksspielen handelt, das aber ein klar abzugrenzendes Krankheitsbild darstellt, wie beispielsweise [2] zeigen konnten.

Basierend auf jahrelanger klinischer Erfahrung hat die AHG Klinik Münchwies ein Störungsmodell sowie einen Vorschlag zur diagnostischen Einordnung erarbeitet. Dabei gehen wir von folgenden Erscheinungsformen aus:

Gaming: v.a. Spielen von Onlinespielen, insbesondere Mehrpersonen-Online-Rollenspiele;

Chatting: v.a. in sozialen Netzwerken und Chatrooms;

Surfing: zum Beispiel auf der Jagd nach immer mehr Informationen.

Klinisch zeigt sich Gaming bei den stationär behandelten Patienten deutlich im Vordergrund stehend, sowie eine über die Jahre konstante Geschlechterverteilung männlich/weiblich 9:1, sodass gegenwärtig davon auszugehen ist, dass männliches Geschlecht einen Risikofaktor darstellt. Bei einem Durchschnittsalter von knapp über 30 Jahren unserer Patienten ist wichtig zu betonen, dass es sich hier offensichtlich nicht ausschließlich um eine Problematik des Kindes- und Jugendalters handelt, wie vielleicht zu vermuten wäre.

Diagnostisch liegt eine exzessive PC-/Internetaktivität von mehr als 35 Stunden wöchentlich, schul- und

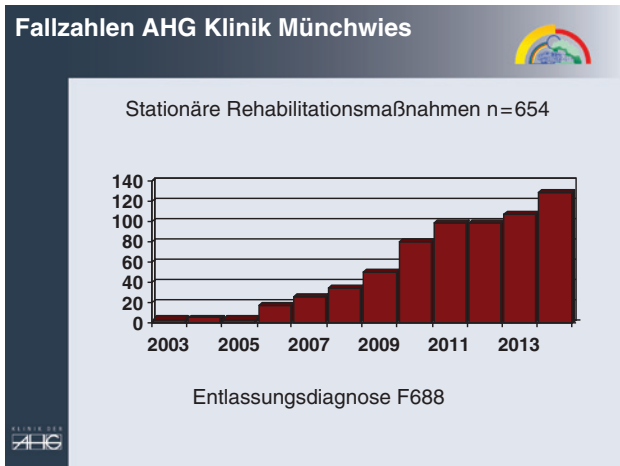


Abbildung 1: Fallzahlen AHG Klinik Münchwies 2003–2014.

berufsfremd vor. Bei den Patienten beobachten wir im Durchschnitt eine Nutzungszeit von etwas über 68 Stunden in der Woche. Neben einem überwertigen Immersionserleben mit intensiver Aufmerksamkeitsfokussierung auf der virtuellen Welt und Zurücktreten der realen Lebenswirklichkeit sind massive negative körperliche, soziale und psychische Folgen zu beobachten.

Als körperliche Folgen sind neben Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Handgelenken bis hin zu arthrotischen Veränderungen, Sehnscheidenentzündungen und Schwielen an den Handballen insbesondere ernährungsassoziierte Probleme bei unzureichender und/oder ungesunder Ernährung wie Fettstoffwechselstörungen, Hyperurikämie, hochgradige Adipositas aber auch extreme Abmagerung zu nennen. Bei den untergewichtigen Patienten zeigt sich eine weitergehende Essstörungsdiagnostik ergebnislos, Kernsymptome einer Anorexie können nicht gefunden werden, unter stationären Bedingungen nehmen die Patienten rasch wieder zu. Es handelt sich hier offensichtlich um eine Vernachlässigung der „realweltlichen“ körperlichen Bedürfnisse. Ebenso sind die adipösen Patienten nach Wiederauftauchen aus der virtuellen Welt sehr motiviert und konsequent bei der Gewichtsreduktion.

Weiter treten eine Störung des Tag-Nacht-Rhythmus mit verstärkter Müdigkeit sowie hygienische Vernachlässigung und körperliche Verwahrlosung auf.

Fallbeispiel: Herr K. ist ein 23jähriger junger Mann, der in den letzten drei Jahren täglich zwischen 12 und 14 Stunden ein Online-Rollenspiel gespielt hat. Bei der körperlichen Erstuntersuchung fällt ein desaströser Zahnstatus auf. Hierauf angesprochen, gibt er an, sich seit zwei Jahren nicht mehr die Zähne geputzt zu haben. „Mein Avatar sah hervorragend aus und war bestens ausgerüstet. Wie ich im Real Life aussah, war nicht mehr wichtig, ich bin eh kaum noch vor die Tür gegangen.“

Deutlich schwerwiegender als die körperlichen Folgen stellen sich für die Patienten soziale und psychische Folgen dar: Es kommt zu einem sozialen Rückzug mit Abnahme der realweltlichen Kontakte und zunehmender Vereinsamung bis hin zur sozialen Isolation. Familienleben und Partnerschaft rücken in den Hintergrund. Schule, Ausbildung und Beruf werden vernachlässigt. Anfangs werden die Verpflichtungen noch unter hohem innerlichem Aufwand und mit zunehmender Übermüdung wahrgenommen, dann kommt es zu ersten Fehlzeiten. Schließlich kommt es zum Abbruch der Tätigkeit und zur Vernachlässigung auch basaler alltäglicher Pflichten wie Haushalt, Behördengänge, Bezahlen von Rechnungen, im Extremfall bis hin zur Obdachlosigkeit.

Zuvor schon häufig nicht besonders positiv wahrgenommen, wird die reale Wirklichkeit durch häufiges Anwesendsein in der virtuellen Welt mit konsekutiv Anwachsen der realen Probleme zunehmend depressiv verarbeitet. Soziale Unsicherheit entsteht, Selbstwertprobleme verfestigen sich. Im Sinne eines Teufelskreises dynamisieren sich diese Entwicklungen gegenseitig, die Schere zwischen positiv erlebter virtueller und negativ wahrgenommener realer Welt wird immer weiter.

Kernstück der Diagnostik stellt die sogenannte „dichotome Störung intrapsychischer und interaktiver Funktionen“ [3] dar. Damit ist gemeint, dass im virtuellen Raum das Selbst idealisierend ausgestaltet und mit großer emotionaler Beteiligung positiv erlebt wird. Im scharfen Kontrast dazu wird das Selbst im realen Kontext abgewertet und vornehmlich negativ als schwach, erfolglos, ohne Einfluss und von anderen isoliert erlebt. Dadurch wird die Realität in der inneren Bewertung aversiv und bedrohlich. Dies zieht sich durch alle Lebensbereiche wie beispielsweise die Handlungsmotivation, die soziale Interaktionsfähigkeit, das Affekterleben sowie den Selbstwert.

Wir verstehen den problematischen Umgang mit dem neuen Medium PC-/Internet nicht als dysfunktionales Reiz-Reaktionsmuster im Sinne einer Onlinesucht, sondern als eine tiefgreifende Störung der Beziehungs- und Selbstwertregulation. Auf dieser Basis schlagen wir eine vorläufige Einordnung im ICD 10 unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F68.8) vor. Erfreulicherweise hat sich bei den Kostenträgern größtenteils ein Bewusstsein für das Vorhandensein dieser Störung durchgesetzt, sodass im Rahmen des Rehabilitationswesens eine Behandlung zu Lasten der Rentenversicherungsträger oder der Krankenkassen möglich ist.

Schuhler et al. [2] konnten zeigen, dass das Krankheitsbild mit einer hohen psychischen Komorbidität einhergeht. Im Schnitt weist jeder betroffene Patient drei psychische Diagnosen auf. Am Verbreitetsten ist dabei eine Komorbidität aus dem affektiven Formenkreis, insbesondere mit der

depressiven Störung aber auch bezüglich sozialer Phobie. Daneben kommen gehäuft Persönlichkeitsstörungen, insbesondere ängstlich-vermeidende vor.

Das therapeutische Programm unserer Klinik baut auf emotionsfokussierenden und metakognitiven Ansätzen der Verhaltenstherapie sowie auf die Mentalisierungsfähigkeit fördernden Methoden auf. Ziele in der Therapie sind u.a. der Aufbau von Krankheitseinsicht, Veränderungsmotivation, emotionaler Aktivierung, sozialer Interaktionskompetenz und Handlungsmotiviation in realen Bezügen, Aufbau einer adäquaten Tagesstruktur und Wiederherstellung einer schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit.

In einer Untersuchung von [4] konnte gezeigt werden, dass diese therapeutische Vorgehensweise mit guten katamnestic Ergebnissen einhergeht.

Insgesamt ergibt sich das Bild einer über die Jahre deutlich zunehmenden Gruppe hoch belasteter, vorwiegend junger Männer, die trotz guter Intelligenz und auch gutem prämorbidem Bildungsniveau aus ihren realen Bezügen weitgehend herausgefallen sind, denen aber im Rahmen spezialisierter Behandlungsprogramme adäquat geholfen werden kann.

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur

1. Falkai P, Wittchen H-U. (Hrsg.). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. 1. Auflage. Hogrefe, Göttingen, 2014.
2. Schuhler P, Sobottka B, Vogelgesang B, Fischer T, Flatau M, Schwarz S, et al. Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation. Lengerich: Pabst, 2013.
3. Schuhler P, Vogelgesang M. Pathologischer Computer-/Internet-Gebrauch: Diagnostische Einordnung als Beziehungs- und Verhaltensstörung und therapeutische Vorgehensweise. SuchtAktuell 03/13, 12–17.
4. Sobottka B, Feindel H, Schuhler P, Schwarz S, Vogelgesang M, Fischer T. Katamneseergebnisse zur stationären Behandlung Pathologischer PC-/Internet-Gebrauchs. DRV-Schriften Band 2013;101:496–7.

Zum Weiterlesen und Vertiefen

1. Schuhler P, Vogelgesang M. Abschalten statt abdriften. Weinheim: beltz, 2011.
2. Schuhler P, Vogelgesang M. Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch – Eine Therapieanleitung. Göttingen: Hogrefe, 2012.
3. Feindel H. Onlinesüchtig? – Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Patmos, 2015.