

Pathologischer PC-Gebrauch: Stellungnahme des Fachverbandes Sucht zur Diagnostik, Beratung und Behandlung

I. Kritik am klassischen Suchtkonzept in der Anwendung auf pathologischen Computer-, Online- oder Mediengebrauch

Das Suchtkonzept basiert in der Anwendung auf pathologischen Computer-, Online- oder Mediengebrauch auf einem falschen Analogieschluss: Die in der Theorie stoffgebundener Süchte eindeutig definierten Begriffe „Droge“, „Toleranzentwicklung“ und „Entzugserscheinungen“ werden ihrer ursprünglichen organpathologischen Bedeutung (Jellinek, 1960) beraubt. Es ist nicht angemessen, die Veränderungen des neurobiologischen Systems und der Verstoffwechselung bei chronischer Zufuhr einer psychotropen Substanz auf die so genannten „Verhaltenssüchte“ ungeprüft zu übertragen. Das Suchtkonzept wird dadurch zirkulär operationalisiert: Die Erfassung des exzessiven PC-Gebrauchs und seiner Folgen mit Hilfe von Jellinek'schen Screening-Fragebogen führt dazu, dass alternative Erklärungsansätze von vornherein ausgeschlossen werden. Wenn explizit nach „Entzugserscheinungen“ beim Einstellen des PC-Gebrauches gefragt wird, ist die alternative Erklärung, dass es sich bei der auftretenden Traurigkeit oder Aggressivität um eine Trauerreaktion bei Verlust eines wichtigen oder des wichtigsten Bezugsobjektes handelt, ausgeschlossen.

Das Suchtkonzept betont die emotionalen Konditionierungsprozesse im Rahmen einer Suchtentwicklung: Es wird im Sinne einer nichtstoffgebundenen Sucht angenommen, dass das Medium PC/Internet als „Droge“ einen emotionalen Konditionierungsprozess auslöst, der sich auf das dopaminerge Belohnungssystem des Gehirns bezieht (Grüsser & Thalemann, 2006). Dabei wird vernachlässigt, dass die hirnpfysiologischen Grundlagen der Persönlichkeit wesentlich komplexer sind. Es ist deshalb erforderlich, die bewussten Planungs- und Steuerungsfunktionen des präfrontalen Cortex stärker einzubeziehen

Das Suchtkonzept bezieht sich nicht auf aktuelle Suchttheorien: Im Bereich der stoffgebundenen Süchte wurde das organmedizinische Krankheitskonzept von Jellinek durch das biopsychosoziale Modell abgelöst. Aktuelle Suchtmodelle sehen den Suchtkranken als aktiv handelnde Person, die sich zielorientiert, unter subjektiver Abwägung der Vor- und Nachteile für Handlungsoptionen entscheidet (Orford, 2001).

II. Der pathologische PC-Gebrauch als eigenständiges psychiatrisches Störungsbild

Als Alternative zum Suchtkonzept bietet sich ein entwicklungspsychopathologisches Modell (Petry, im Druck) an. Die gewählte Bezeichnung „pathologischer PC-Gebrauch“ verweist auf die für das Krankheitsbild zentrale Bedeutsamkeit des Mediums PC/Internet bzw. das damit verbundene Immersionserleben (die vollständige Fokussierung auf das virtuelle Erleben bei

gleichzeitigem Zurücktreten der Realität im Bewusstsein des PC-/Internet-Nutzers) und die damit verbundene Regression auf die Stufe des kindlichen Spielverhaltens.

Psychopathologisch handelt es sich um einen Verhaltensexzess in Form einer habituierten PC-/Internet-Aktivität mit einer zunehmend eingeschränkten Handlungskontrolle. Dabei treten negative körperliche (z. B. Störung des Wach-Schlaf-Rhythmus, Rückenbeschwerden), psychische (z. B. Essstörungen, depressive Reaktionen, zunehmende soziale Ängstlichkeit) und soziale (z. B. völliger sozialer Rückzug) Folgen auf, die das Problemverhalten teufelskreisartig verstärken.

Ätiologisch wird eine primäre psychische Auffälligkeit aufgrund einer unsicheren Bindungsorganisation im Sinne Bowlbys (1993) und/oder einer Störung der sozialen Identitätsentwicklung durch schwere umweltbedingte Deprivationen angenommen.

Pathogenetisch kommt es zu einem regressiven Rückzug aus der Realität in die kindliche Fantasiewelt des vorschulischen Spielverhaltens. Der PC/Internet-Gebrauch dient im Sinne Alfred Adlers (1974) der Kompensation alltäglicher Frustrationen. Es erfolgt eine Ersatzbefriedigung menschlicher Grundbedürfnisse nach Kontrolle, Selbstwertsteigerung und Bindung (Grawe, 2004) in der virtuellen Welt.

Nosologisch handelt es sich beim pathologischen PC-Gebrauch um ein eigenständiges Krankheitsbild, das als entwicklungspsychopathologische Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens in der Systematik psychischer Störungen unter „andere näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F 68.8)“ einzuordnen ist.

Typologisch sind das pathologische Gaming und Chatting die aktuell häufigsten Erscheinungsformen. Pathoplastisch könnte in Abhängigkeit von sich verändernden Angeboten der Medienindustrie und der Weiterentwicklung des Mediums PC/Internet die aktuelle Dominanz der Mehrpersonen-Online-Rollenspiele und erotischer Chatrooms durch andere Erscheinungsformen des Störungsbildes abgelöst werden.

Erste klinische Befunde zur Komorbidität weisen auf vorwiegend depressive Störungen und (soziale) Angststörung, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen sowie Essstörungen mit Adipositas hin. Daneben sind Suchterkrankungen, insbesondere die Tabak-, Alkohol- und Cannabisabhängigkeit sowie die Glücksspielsucht vorherrschend.

III. Rehabilitation

Patienten mit diesem Störungsbild befinden sich bereits an unterschiedlichen Stellen unseres Gesundheitssystems und Rehabilitationswesens in Beratung oder Behandlung. Die Behandlungen werden nach Einzelfallentscheidungen von den jeweiligen Kostenträgern finanziert. Im Akutbereich erfolgt die Kostenübernahme für eine Behandlung des pathologischen PC-Gebrauchs bei psychischen Krisen beispielsweise im Zusammenhang mit einem Paniksyndrom oder einer depressiven Episode. Im Rehabilitationswesen sind die persönlichen Voraussetzungen zur Durchführung einer Behandlung erfüllt, wenn gemäß § 10 SGB VI die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist. Auf dieser Grundlage werden bereits aktuell Patienten

mit der Diagnose eines pathologischen PC-Gebrauchs in Fachkliniken behandelt, wenn Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Erwerbsprognose besteht.

Auf dem Weg in eine störungsspezifische Behandlung nutzen die Patienten existente Strukturen (z.B. Suchtberatungsstellen, Beratungsstellen für pathologische Glücksspieler, Klinikambulanzen, niedergelassene Psychotherapeuten). Von den wenigen bisher vorliegenden Befunden aus der Behandlung von Patienten mit pathologischem PC-Gebrauch wissen wir um die hohen Komorbiditätsraten mit affektiven Störungen, Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen und auch pathologischem Glücksspielen. Daher erscheint die Nutzung bestehender Strukturen auf dem Weg in eine störungsspezifische Behandlung nicht nur pragmatisch, sondern aus klinischer Perspektive auch sinnvoll.

Bei einem Verständnis des pathologischen PC-Gebrauchs als entwicklungspsychopathologische Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens sollten erweiterte Behandlungsansätze in erster Linie im Indikationsbereich Psychosomatik realisiert werden. Bei Vorliegen einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung sollte eine Behandlung im Indikationsbereich Sucht erfolgen. Als Kriterium für die Zuweisung in den jeweiligen Indikationsbereich wird somit das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung empfohlen.

Der Fokus einer medizinischen Rehabilitation sollte in einer medizinischen, psychologischen, pädagogischen und beruflichen Unterstützung liegen, die den Patienten mit pathologischem PC-Gebrauch befähigt, am Erwerbsleben teilzuhaben. Parallel sind störungsspezifische Behandlungsziele von Bedeutung, die zu Veränderungen der vorliegenden intrapsychischen und interpersonellen Defizite führen. Als Therapiegrundlage und gleichzeitig Therapieziel ergibt sich die Notwendigkeit einer zumindest partiellen Abstinenz von störungsrelevanten PC-Anwendungen.

Grundsätzlich erscheinen Rehabilitationsleistungen in einem ambulanten, tagesrehabilitativen oder stationären Setting möglich, sofern qualifizierte Behandlungskonzepte vorliegen. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit einem speziellen Angebot für Patienten mit pathologischem PC-Gebrauch sollten über ein wissenschaftlich begründetes, störungsspezifisches Therapiekonzept verfügen. Ein störungsspezifisches Behandlungsangebot sollte wöchentlich mindestens folgende Elemente umfassen:

- störungsspezifische Gruppenpsychotherapien im Umfang von drei Sitzungen,
- ein Einzelgespräch,
- ein Training zur Entwicklung von Medienkompetenz und funktionalem Umgang mit beruflich notwendigen PC-Anwendungen,
- adjuvanstherapeutische Behandlungsangebote zur Entwicklung von Alternativverhalten aus den Bereichen der Sport- und Ergotherapie im Umfang von vier Sitzungen,
- ggfls einzel- oder gruppentherapeutische Behandlung komorbider Störungen.

Bei dem oftmals jüngeren Klientel - mit bestehender massiver Diskrepanz zwischen Leistungspotential und beruflicher Leistungserbringung - ist eine differenzierte Bereitstellung berufsorientierter soziotherapeutischer Behandlungselemente (z.B. Belastungserprobungen, Kompetenztrainings, Bewerbertrainings) notwendig. Daneben sind die indikationsüblichen Leistungen vorzuhalten (ärztliche Behandlung, indikative Gruppenangebote, Entspannungstrainings, Arbeit mit Angehörigen bzw. Bezugspersonen).

Die Klinik sollte über genügend Erfahrung in der Rehabilitation von Pat. mit pathologischem PC-Gebrauch verfügen. Um das zuvor skizzierte hochwertige Behandlungsangebot realisieren zu können, wird eine Mindestzahl von ca. 50 Patienten pro Jahr benötigt. Im Übergang bis zum Erreichen dieser Fallzahlen empfehlen wir die störungsspezifische Behandlung gemeinsam mit pathologischen Glücksspielern, die häufig auch einen problematischen oder pathologischen PC-Gebrauch aufweisen.

Die qualitativ hochwertige Rehabilitation von Patienten mit pathologischem PC-Gebrauch sollte unseres Erachtens auf der Grundlage einer Vereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sichergestellt werden. Diese könnte in Anlehnung an die Empfehlungsvereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischen Glücksspielern aus dem Jahr 2001 erfolgen. Damit wäre auch bei Patienten mit pathologischem PC-Gebrauch eine adäquate Behandlung auf der Grundlage bewährter Qualitätsstandards möglich. Inhalt einer solchen Vereinbarung müsste auch die Gewährung einer ausreichend langen Behandlungszeit dieser Patientengruppe sein. Bei ambulanten oder tagesrehabilitativen Angeboten für Patienten mit pathologischem PC-Gebrauch sollten ebenfalls die in der Empfehlungsvereinbarung für die Rehabilitation von pathologischen Glücksspielern aufgeführten Qualitätsstandards realisiert werden. Auch bezüglich der Rehabilitationsnachsorge erachten wir eine Orientierung an der zuvor genannten Empfehlungsvereinbarung als sinnvoll.

Derzeit erscheinen ambulante und stationäre Einrichtungen, die bisher pathologische Glücksspieler behandelt haben, aufgrund der damit gegebenen Strukturqualität, Behandlungserfahrungen und Behandlungskompetenz für die Behandlung von Patienten mit pathologischem PC-Gebrauch als besonders geeignet. Die dortige Behandlung bietet sich auch an, da sich bereits viele Personen mit dieser Problematik speziell an diese Einrichtungen wenden. Auf dem Hintergrund des neuen Glücksspielstaatsvertrages ist zudem ein flächendeckendes Präventions- und Beratungssystem für pathologische Glücksspieler im Entstehen, das für die Mitbehandlung auch für pathologische PC-Gebraucher geeignet erscheint.

Adler, A. (1974). Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch (ursprünglich 1920).

Bowlby, J. (1993⁴). A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge.

Grawe, K. (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Grüsser, S. M. & Thalemann, C. M. (2006). Verhaltenssucht. Bern: Hans Huber.

Jellinek, E. M. (1960). The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Conn.: College and University Press.

Orford, J. (2001). Excessive Appetites. Chichester (UK): John Wiley.

Petry, J. (im Druck). Im Spiel versunken und verloren. Göttingen: Hogrefe.

Der Fachverband Sucht dankt den Mitgliedern der AG Suchtformen für die Erstellung dieses Positionspapiers. Zu dieser gehören: Dr. Thomas Fischer (Koordination), Dr. Wilma Funke, Dr. Jörg Petry, Dr. Bernd Sobottka