Pathologischer PC- und Internetgebrauch bei Kindern und Jugendlichen

Oliver Bilke-Hentsch, Anneke Aden, Tagrid Lemenager

Mit den Freunden im Netz chatten, „Online-Gaming", social media – für Erwachsene ist oft schwer zu erkennen, ab wann die Nutzung des Internets bei Jugendlichen pathologische Züge annimmt und wie eine Sucht betrachtet und behandelt werden muss.

Einleitung

Pathologische Verhaltensweisen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im Umgang mit den sog. neuen elektronischen interaktiven Medien sind ein Phänomen der letzten 10 Jahre. Bereits in der frühen Phase des Auftauchens universitätsinterner Intranets – neben militärischen Anwendungen (ARPANET) den wichtigsten praktischen Vorläufern des heutigen World Wide Web – riefen Fehlverhaltensweisen und falsche Anpassungsleistungen Besorgnis hervor. Sowohl im angloamerikanischen als auch im deutschsprachigen Raum gab es Mitte der 1990er-Jahre erste Untersuchungen über eigentümliche Verhaltensweisen v. a. bei studentischen Populationen, die damals die neuen Medien nutzten. Das sog. Web 2.0, v. a. aber der „Mobile Boost" mit der ständigen Verfügbarkeit von smartphonebasierten Internetapplikationen, iPad-Spielen und anderen interaktiven digitalen Anwendungen, ließ die Thematik aus einer zunächst begrenzten Sicht einer spezifischen technologie-affinen Anwenderpopulation zu einem faktisch jedes Individuum betreffenden Megatrend werden.

Aus psychiatrischer und entwicklungspsychopathologischer Sicht tauchen klinisch auffällige Patienten mit pathologischem Internetkonsum bis hin zu sog. Internet- und Computerspielabhängigkeit in relevanter Zahl und Bedeutung etwa ab dem Jahr 2003 auf.

Epidemiologie

International betrachtet sind die früher publizierten Untersuchungen zur Prävalenzschätzung „Internetabhängiger" und somit teilweise die Studienvergleichbarkeit zwischen den Ländern nur unter Vorbehalt zu betrachten, da die zugrunde liegenden Diagnosekriterien häufig weder standardisiert noch evaluiert waren. Dementsprechend lässt sich eine große Heterogenität in den berichteten internationalen Prävalenzen beobachten (Tab. **1**). Die Stichproben, die hierbei zugrunde gelegt wurden, beziehen sich hauptsächlich auf Adoleszente.

Prävalenzen für Deutschland. Die Prävalenzzahlen von pathologischem PC- und Internetgebrauch in Deutschland liegen bei ca. 1 % bei der Betrachtung einer Altersgruppe zwischen 14 und 64 Jahren (PINTA-Studie 2011). Wenn man die Altersspanne auf das Jugendalter begrenzt, steigern sich die Prävalenzen deutlich. Die in Deutschland aktuellste Studie (PINTA) beobachtete eine Prävalenz von 2,4 % bei Jugendlichen im Alter von 14 – 24 Jahren, die für das Alter von 14 – 16 Jahren auf 4 % anstieg. Der Geschlechteranteil, der in der Gesamtstichprobe (14 – 64 Jahre) bei der männlichen Bevölkerung höher lag (Frauen 0,8 %; Männer 1,2 %), glich sich in der Alterskategorie der 14- bis 24-Jährigen an (Frauen: 2,4 %; Männer: 2,5 %) und drehte sich schließlich bei den 14- bis 16-Jährigen um (Frauen: 4,9 %; Männer: 3,1 %).

Tabelle 1

Internationale Prävalenzzahlen.

Autor	Land	Stichprobe	Prävalenz
Stavropoulos et al. 2013	Griechenland	2090 (Ø 16 Jahre)	3,1 %
Batthyány et al. 2009	Österreich	1061 (14 – 15 Jahre)	2,7 %
Kim et al. 2006	Südkorea	1573 High School (15 – 16 Jahre)	1,6 %
Ghassemzadeh et al. 2008	Iran	977 Studenten	3,8 %
Pallanti et al. 2006	Italien	275 Schüler (Ø 16,67 Jahre)	5,4 %
Johansson u. Götestam 2004	Norwegen	3237 (12 – 18 Jahre)	2 %
Li et al. 2014	China	24013 Schüler	6,3 %
Kuss et al. 2013	UK	2257 Studenten	3,2 %

Eine zuvor deutschlandweit durchgeführte Repräsentativerhebung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) zeigte zudem, dass 10 % der befragten Neuntklässler (15,3 % der Jungen, 4,3 % der Mädchen) exzessives Computerspielverhalten mit mehr als 4,5 Stunden täglicher Nutzung aufwiesen. 1,7 % der Jugendlichen wurden dabei als „abhängig" und 2,8 % als „gefährdet" eingestuft.

Das höchste Abhängigkeitsrisiko wiesen die Online-Rollenspiele auf – insbesondere „World of Warcraft" und „league of legends".

Einordnung gemäß DSM-5. Die diagnostische Unsicherheit für pathologischen PC- und Internetgebrauch hat sich seit dem im letzten Jahr erschienenen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5) zumindest für den Bereich des pathologischen Spielegebrauchs geändert. Das DSM-5 kann erstmals als Richtlinie im nichteuropäischen Raum zur Diagnostik von „Internet Gaming Disorder" zugrunde gelegt werden. Die Problematik ist jedoch noch keiner klinischen Klassifikation zugeordnet worden aufgrund des Mangels an klinischen Studien. Dementsprechend ist die Einordnung zu den Verhaltenssüchten nicht gesichert, wenn auch die bisherigen Studienbefunde sehr stark darauf hindeuten. In dieser Diagnose sind allerdings nur die Internet- und PC-Spiele berücksichtigt – trotz der Gefährlichkeit auch anderer Nutzungsarten (z. B. soziale Netzwerke).

Im Gegensatz zum DSM-5 bietet das ICD-10 bisher keine Kriterien zur Diagnostik von pathologischem Internet- und PC-Gebrauch.

Es findet ein grundsätzlicher gesellschaftlicher und technologischer Wandel statt, der sich mit medizinischen Kategorien nur begrenzt beschreiben lässt.

Klassifikation nach Nutzungsart. Die Nutzungsarten des PCs und des Internets lassen sich nach Young, Pistner, O'Mara u. Buchanan (1999) in 8 Kategorien einteilen (s. Kasten).

Klassifikation nach Nutzungsart (nach Young et al.)

1. pathologisches Online-Sex-Verhalten und Online-Pornografie
2. pathologisches Chatten, E-Mail Schicken, SMS Schicken, MMS Schicken, Messenger-Dienste („WhatsApp")
3. pathologisches Online-Rollenspiel
4. pathologisches Online-Glücksspiel
5. pathologisches Computerspielen mit Spielen hoch aggressiven und destruktiven Inhalts (sog. Ego-Shooter-Spiele)
6. pathologisches E-Mail-Checking und zwanghaftes Recherchieren im Internet
7. pathologisches Kaufen und Ersteigern
8. Polymediomanie/multiple Medienabhängigkeit

Klinisches Bild

Verschiedene Nutzergruppen

Unabhängig von Klassifikationsüberlegungen in ICD-10 und DSM-5 zeigt sich im entwicklungspsychiatrischen und psychotherapeutischen Alltag ein differenziertes klinisches Bild.

Verhältnis von Kindern/Jugendlichen zu modernen Medien

80 – 90 % der Kinder und Jugendlichen haben ein entwicklungsförderndes, kritisches und positiv-kreatives Verhältnis zu modernen Medien.
10 – 20 % der Kinder und Jugendlichen haben ein Risiko, durch und wegen moderner Medien und deren pathologischer Nutzung seelische und körperliche Probleme zu entwickeln.

„Digital Natives"

Zum einen gibt es jene Kinder und Jugendliche, die faktisch mit permanentem Fernseh- und Medienkonsum aufgewachsen sind und je nach Altersstufe die entsprechenden technisch und intellektuell möglichen Gerätschaften benutzt haben. Sie zeichnen sich aus durch

- hohe technologische Medienkompetenz (Skills),
- hohe Sachkenntnis und
- einen ganz selbstverständlichen Umgang in der sachgerechten Anwendung.

Freizeit, Schule, Vergnügung, soziale Kontakte und viele andere Anwendungen fließen permanent on- und offline ineinander. Diese Kinder und Jugendlichen benutzen insbesondere Smartphones als selbstverständliche Erweiterung ihrer sozialkommunikativen Fähigkeiten. Bei diesen Kindern ist der Übergang in pathologische und suchtartige Verhaltensweisen eher schwer auszumachen und ist häufig erst durch Sekundärschäden in der Schule, im familiären Bereich oder im Freundeskreis zu konstatieren. Von manchen Autoren als „Generation Nintendo" oder „Digital Natives" bezeichnet, gilt es bei diesen Kindern und Jugendlichen in der Diagnostik, individuelle Auffälligkeiten und Veränderungen im Spiel- und Nutzungsverhalten zu explorieren, ernst zu nehmen und entsprechend der Gesamtproblematik (vgl. MAS-Diagnostik) zu bewerten.

Inwieweit nämlich die Medienkompetenz auch zu einer „Medienmündigkeit" mit innerer Distanzierung geführt hat oder gerade diese Mündigkeit ausgeblieben ist, dürfte entscheidend für die individuelle Therapieplanung sein. Einer psychodynamischen Diagnostik kommt in diesen Fällen besondere Bedeutung zu, da sich ein pathologisches Mediennutzungsverhalten u. U. seit Jahren in eine entwicklungs-psychopathologische Gesamtkonstellation einreiht und sich schwer von Auffälligkeiten in der „Offline-Welt" abgrenzen lässt.

> Bei den „Digital Natives" ist der Übergang von normalem zu pathologischem Medienkonsum schwer einzuschätzen.

Abrupter Übergang zur Intensivnutzung

Eine zweite, ganz anders geartete Gruppe von Patienten besteht aus denjenigen, die zwar wie alle anderen Kinder und Jugendlichen auch einen gewissen interessierten Umgang mit den jeweils aktuellen elektronischen Medien gepflegt, diese aber nie sehr stark in ihr Gesamtleben integriert haben. Wenn sich bei dieser Gruppe ein plötzliches maximales Interesse an interaktiven Medien zeigt (hier sind es v. a. Online-Rollenspiele und seltener soziale Netzwerke), dann geht es häufig um direkte Übergänge von völlig unauffälligem Spielen in ein Intensivnutzungsverhalten – einem Verfallensein einer bestimmten Spieldynamik und Gruppenkonstellation gegenüber und teilweise mehrmonatiger Intensivbenutzung unter Vernachlässigung sämtlicher anderer Aktivitäten.

> Die 2. Patientengruppe ist charakterisiert durch einen abrupten Einstieg in die Intensivnutzung der Online-Spiele.

Diese Kinder und Jugendlichen berichten häufig,

- endlich „ihr" Spiel gefunden zu haben,
- nie damit gerechnet zu haben, sich von einer bestimmten Spieldynamik derartig angezogen zu fühlen und
- plötzlich das Gefühl der Unwichtigkeit anderer, sonst bedeutender Lebensinhalte (Schule, Familie, Freunde außerhalb des Spieles etc.) zu erleben.

Inwieweit auf diese Weise lang dauernde und hintergründig schwelende Konflikte, die ggf. in der Adoleszenz ins Bewusstsein drängen, abgewehrt und szenisch ausagiert werden, bleibt der dynamischen Einschätzung vorbehalten.

„Rückfälliges" Spielverhalten

Als dritter, klinisch praktischer Typus kann derjenige Patient gelten, der bereits einmal eine hochintensive Spielphase mit den Zügen eines schädigenden Gebrauchs oder einer Sucht hinter sich hatte, längere Zeit ohne intensive Spielerfahrung geblieben ist und sich plötzlich im Sinne eines „Rückfalls", z. B. bei Kontakt mit alten Spielfreunden, einem unwiderstehlichen Sog ausgesetzt sieht, wieder in die alten Verhaltensweisen zurückzufallen. Das Konzept des Suchtgedächtnisses mag diese Problematik analog zu den stoffgebundenen Süchten erklären.

Individuelle Faktoren

Neben dieser noch groben Typologie gilt es selbstverständlich,

- die jeweilige Medienentwicklungsgeschichte und v. a. die Übergänge in ein pathologisches Medienverhalten beim einzelnen Jugendlichen sorgfältig zu explorieren,
- die Komorbiditäten zu erkennen und zu bewerten,

- sich nicht mit kurzfristigen Erklärungen zufrieden zu geben und
- auch den gesamtfamiliären Kontext (Spielverhaltensweisen der Eltern, Nutzung elektronischer Medien etc.) nicht zu vernachlässigen.

Tipp für die Praxis

Eine genaue Beobachtung einzelner Entwicklungsphasen (schlechte Angewohnheit, vorübergehende Intensivbenutzung) ist angezeigt.

Die Gefahr liegt hier einerseits in der Überinterpretation und Pathologisierung heute völlig normaler und häufiger Verhaltensweisen, die allenfalls eine gewisse Irritation hervorrufen sollten, und andererseits in einem grundsätzlichen Nicht-ernst-Nehmen, das von den Jugendlichen schnell als massives Desinteresse an wichtigen eigenen Erlebnissen und Inhalten empfunden werden kann. Die Trennung in eine virtuelle und eine reale Welt, wie sie aus erwachsenem Blickwinkel immer wieder durchgeführt wird, ist von einer technologischen Entwicklungsphase zur nächsten immer weniger sinnvoll, da elektronische Technologien in ihrer ständigen Verfügbarkeit und Nutzbarkeit jeden Teil des Alltagslebens durchdringen (s. Tab. 2).

Tabelle 2

Häufigkeiten der Nutzertypen im Web 2.0 nach Selbsteinschätzungen.

Nutzertypen	Häufigkeit
Produzenten	6%
Selbstdarsteller	4%
Profilierte	7%
Netzwerker	12%
spezifisch Interessierte	17%
Kommunikatoren	34%
Infosucher	31%
Unterhaltungssucher	34%

Die Beschäftigung des Therapeuten mit aktuell bedeutenden Spielen und Freizeitaktivitäten ist unspezifisch hilfreich zum Verständnis der Kinder und Jugendlichen.

Mediengebrauchsmuster

Entwicklungspsychiatrisch und technologisch gesehen, ist moderne Mediennutzung bei Jugendlichen im Jahre 2014 derartig vielfältig, dass unter Missbrauchs- oder im Einzelfall Suchtaspekt eine differenzierte Betrachtungsweise für breitere und jüngere Gruppen vonnöten ist.

Kategorisierung der Spielvarianten. Während Befunde bei Erwachsenen häufiger auf die intensive Nutzung von „Cybersex" (sexuell getönte oder pornografische Aktivitäten im Internet) hinweisen, stehen im Kinder- und Jugendbereich folgende Spielvarianten im Vordergrund:

- das exzessive, vielstündige pathologische Rollenspiel, wie z. B. „World of Warcraft"
- das neuere, aktuell weltweit von über 70 Mio. Usern gespielte „League of Legends" mit extern angeregter Fantasie und multiplen Rollenangeboten
- sog. „Ego-Shooter"-Spiele, bei denen aus der Perspektive eines bewaffneten Schützen potenzielle Gegner möglichst schnell zu erschießen sind

Inwieweit latent dissoziale und ich-strukturell instabile Klienten bis hin zum potenziellen Amokläufer von diesen ursprünglich für das Militär konzipierten Spielen angesprochen werden, ist zu diskutieren.

Hilfreich zur Unterscheidung ist eine einfache Spieletypologie, wie sie die USK (Unabhängige Spielkommission) vorschlägt (s. Tab. 3).

Gegenwelt zur Wirklichkeit

Gesunde medienkompetente Kinder und Jugendliche suchen einen ständigen Abgleich zwischen der realen Welt und den dort relevanten Personen der virtuellen Welt, was sich auch darin zeigt, dass die virtuelle Welt häufig gemeinsam mit gut bekannten realen Personen und Freunden besucht wird. Durch Mediensucht gefährdete Kinder und Jugendliche hingegen konstituieren sich aktiv ihre persönliche virtuelle Welt als Gegenwelt, Scheinwelt und irgendwann dann überreale Erstwelt und scheinen im realen Leben nur noch zu existieren. Sie vernachlässigen die anstehenden Entwicklungsaufgaben, was dann letztlich zur Auffälligkeit in folgenden Bereichen führt:

- Erwerb einer adäquaten Geschlechterrolle
- Gestaltung der Beziehungen zum anderen Geschlecht
- Erlangung einer intrafamiliären Autonomie
- emotionale Unabhängigkeit von den Eltern
- Akzeptanz des eigenen Körpers und seiner Veränderungen

Tabelle 3

Spieletypologie nach USK.

Shooter	Strategie	Simulation	Arcade	Rollenspiel
Ego-Shooter	Aufbaustrategie	zivile Simulation	Racer	Online-Rollenspiel
First-Person-Shooter	militärische Strategie	militärische Simulation	Beat 'em up	Massive Multiplayer Online Role Game (MMPORG)
Third-Person-Shooter			Shoot 'em up	aktionsbasiertes Rollenspiel
Taktikshooter			Musik	rundenbasiertes Rollenspiel
Online-Shooter			Geschicklichkeit	

- Erwerb beruflichen Wissens und Vorbereitung auf die Erwerbstätigkeit
- Erlernen eines verantwortlichen Sozialverhaltens
- Akzeptanz und Wahrnehmung der Bürgerrolle in der Gesellschaft
- Finden und Aufrechterhalten funktionaler Freundeskontakte

Kompensation und Belohnung. Die visuelle Prägnanz der animierten interaktiven Spiele und anderer Computerangebote geht weit über die früher (nicht nur) von vernachlässigten Kindern und Jugendlichen genutzten Kompensationsmechanismen mit intensiv besetzten Kuscheltieren, Schmusedecken und Talisman-Figuren etc. hinaus und kann gleichermaßen wie diese ebenfalls als „Übergangsobjekt" in bestimmten Entwicklungsphasen dienen. Auch hier gilt es wieder, die individuelle Bedeutung v. a. von langfristigen Beziehungskonstellationen und Spielgewohnheiten für das Kind und den Jugendlichen herauszuarbeiten, um langfristig in einem verstehenden Zugang therapeutische Veränderungen herbeizuführen.

Sozialinteraktive Medien fungieren als hochwirksame Belohnungssysteme.

Konstantes positives Feedback

Unabhängig vom Aspekt der Suchtentwicklung ist für alle Nutzer die Tatsache relevant, dass die aktive Teilnahme an einem elektronischen sozialen Netzwerk einen permanenten Strom an positivem Feedback und Rückmeldungen über eigene Verhaltens- und Erlebensweisen bedeuten kann.

Das Verschwinden negativer Verstärkung in selbst organisierten Netzwerken, das in der Offline-Welt ja ebenso gesucht wird, kann ein starker individueller Anreiz sein, sich weiter und immer tiefer in speziellen Verästelungen (Untergruppen) des jeweiligen sozialen Netzwerks zu bewegen und hieraus ggf. die einzige und allein wirksame soziale Zuwendung zu ziehen. Inwieweit hier aus Erwachsenenperspektive überhaupt noch von einer virtuellen Realität bzw. von einer Online-Realität gesprochen werden kann, erscheint zumindest fraglich, da die genannten Verschränkungen im adoleszenten Alltag oft seit Jahren bestehen.

Die heutige Jugendgeneration der sog. „Digital Natives", die mit der selbstverständlichen Funktionalität der Medien, deren 24-stündigen Verfügbarkeit und ständigen Präsenz aufgewachsen ist, verbindet virtuell reale und imaginierte Realitäten. Dabei entwickeln sich eigene neue Kommunikationsformen bis hin zu cyberphilosophischen Aspekten.

Das gezielte Aufsuchen bestimmter Situationen oder Reize (Cues), die Verbindung mit gleichgesinnten und gleich empfindenden Personen und die positive Darstellung eigener Eigenschaften kann zu einer Feedbackschleife führen, die dem Individuum genau jene Verhaltensweisen als positiv und lobenswert rückmeldet, die im sonstigen sozialen Leben eher als unerwünscht, störend oder als pathologisch angesehen werden.

„Flow" positiver Erlebnisse. Die Aktivierung des Belohnungssystems dürfte hier im Sinne der intermittierenden Verstärkung erfolgen und sich nicht auf einzelne besondere Situationen beschränken, sondern eine

beständige Quelle positiver Erlebnisse im Sinne eines Flows darstellen. Dies ist auch mit dem Prozess der Generalisierung von Lernerfahrung in interaktiven Medien des modernen Zeitalters verbunden.

In diesem grundlegenden Lernmechanismus dürfte am ehesten eine empirisch zu erforschende und methodisch schwer zu fassende Abhängigkeits- und Suchtkomponente sozialer Netzwerke liegen.

Diese Überlegung lässt allerdings zunächst unberücksichtigt, dass sich soziale Netzwerke weiterentwickeln, ausdifferenzieren und ab einem bestimmten Grad der Vertrautheit auch kritische und auf Verhaltens- und Erlebensänderung zielende Reaktionen hervorrufen können. Es liegt dann an der Flexibilität und mentalen Mobilität, also den Ressourcen der Benutzer, auch die kritische Seite eines sozialen Netzwerks zu erfahren und konstruktiv unter Rückgriff auf eben diese Ressourcen zu nutzen oder aber in eine immer weiter virtuell werdende selbst-referenzielle Realität abzugleiten.

Komorbidität

Sind es im Kindesalter häufig Teilleistungsstörungen, wie Legasthenie oder Dyskalkulie, oder frühe Trennungsängste, Aufmerksamkeitsdefizit- bzw. Tic-Erkrankungen, die die Komorbidität von Patienten bestimmen, so treten im Jugendalter stärker affektive Auffälligkeiten in den Vordergrund. Diese sind entsprechend multiaxial zu diagnostizieren und nach den Leitlinien zu therapieren.

Oft bleiben Angst-, phobische und depressive Symptome unterhalb einer klinisch eindeutigen oder in der ICD-10 klassifizierbaren Klarheit, sie beeinträchtigen die Lebensführung des Jugendlichen aber dennoch.

Diese sog. affektive Dysregulation, die in ihrer stärksten Ausprägung an bipolare Störungen erinnert, kann das klinische Bild und auch die soziale Integration sowie das subjektive Wohlbefinden erheblich bestimmen.

In schweren Fällen mit ungünstigem Verlauf ist auch eine ggf. im Kindesalter noch kompensierbare und von außen beeinflussbare Störung des Sozialverhaltens klinisch führend und es tauchen dissoziale und delinquente Verhaltensweisen auf, die im Einzelfall einen hohen kurzfristigen Handlungsdruck erzeugen können.

Tipp für die Praxis

Die spezifischen seelischen Störungen Depression, Angst, ADHS und soziale Phobie können im Einzelfall Prädiktoren für pathologischen Mediengebrauch sein.

Modellbildung

Erklärungsmodelle

Psychologische Modelle. Diese fokussieren v.a. auf Lernen, Coping, Konfliktdynamik und Motivation sowie familienassoziierte Faktoren.

Biologisch orientierte Modelle. Solche Modelle stellen Veränderungen der Hirn- und Körperorganik in den Vordergrund (z. B. das sog. Suchtgedächtnis).

Soziologische Modelle. Sie betonen die makrosoziale Einbettung des Suchtgeschehens. Hierzu gehört auch die soziale Definition der Sucht bzw. des Missbrauchs, welche historisch und regional unterschiedlich ausfallen kann. Einige Autoren beschreiben den pathologischen Internetgebrauch im Sinne einer sozialkognitiven Annäherung als einen erlernten defizitären Selbstregulationsprozess.

Transtheoretisches Modell. Hilfreich für das individuelle Verständnis erscheint weiterhin das etablierte transtheoretische Modell, das Suchtentwicklung und Beendigung des Konsums als Kreisprozess (Circulus vitiosus) beschreibt, bei dem aber an jeder Stelle des Prozesses unterschiedlich eingegriffen werden kann.

Biopsychosoziales Modell. Das in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung häufig angeführte biopsychosoziale Modell zur Entstehung von Erkrankungen, das ein Zusammenspiel aus in unterschiedlichen Entwicklungsphasen wechselwirkenden Schutz- und Risikofaktoren abbildet, zeigt sich auch im Hinblick auf den pathologischen Mediengebrauch als gut geeignet, ätiologische Zusammenhänge darzustellen.

Kognitiv behaviorales Modell. Pathologischer PC- und Internetgebrauch kann als ein dysfunktionales Verhaltensmuster verstanden werden, welches sich bei den Betroffenen in einer exzessiven oder gar zwanghaften Internetnutzung zeigt und zu negativen Konsequenzen auf psychischer, sozialer und körperlicher Ebene führt. In dem kognitiv-behavioralen Erklärungsmodell nach

Davis (2001) werden 2 Formen des pathologischen PC- und Internetgebrauchs unterschieden:

- Die spezifische Form bezieht sich auf den pathologischen Gebrauch einer bestimmten Online-Aktivität, die auch außerhalb des Internets ausgeführt werden könnte, wie z. B. Online-Glücksspiel, -Pornografie oder -kaufen.
- Die generalisierte Form des pathologischen PC- und Internetgebrauchs ist hingegen durch die übermäßige Nutzung von mehreren Online-Aktivitäten gekennzeichnet, die ausschließlich über das Internet zugänglich sind, z. B. Chatten, E-Mailing und Online-Rollenspiele.

Verschiedene Einflussfaktoren

Die Entstehung und Aufrechterhaltung eines pathologischen PC- und Internetgebrauchs wird von den sog. proximalen und distalen Faktoren beeinflusst. Distale Faktoren wirken eher am Anfang der ätiologischen Kette. Sie beinhalten eine vorausgegangene Psychopathologie (z. B. Depressionen, substanzbezogene Störungen, ADHS), situationale (z. B. Verfügbarkeit des Internets) sowie soziale Faktoren (z. B. sozialer Rückzug), die die Bildung maladaptiver Kognitionen auf Basis von Konditionierungsprozessen beeinflussen, wie z. B. die Verknüpfung der Online-Aktivitäten mit dem Erleben, Einsamkeitsgefühle zu reduzieren.

Defizitäres Selbstbild als Ursache. Maladaptive Kognitionen sieht Davis als den zentralen Faktor für die Entwicklung pathologischen PC- und Internetgebrauchs an. Besonders scheint diesen Kognitionen ein defizitäres Selbstbild der Betroffenen zugrunde zu liegen. Dementsprechend glauben die Betroffenen, dass sie niemand mögen würde oder Kontakt mit ihnen hätte, wenn sie nicht im Internet wären.

Selbstverstärkender Teufelskreis. Maladaptive Kognitionen gehören zu den proximalen Faktoren, die zeitlich eher am Ende der Manifestation der Symptomatik wirken. Sie werden automatisch aktiviert, sobald ein mit dem Internet assoziierter Stimulus wahrgenommen wird. So kann ein Online-Rollenspiel dem Betroffenen mittels seines Avatars (virtueller Stellvertreter) ein Gefühl von Respekt und Anerkennung geben, da er in diesem geschützten Raum seine sozialen Ängste (z. B. Schüchternheit) und andere Defizite leichter verbergen kann als in realen Interaktionen. Dementsprechend stellt der Avatar für den Betroffenen einen negativen Verstärker dar (Angst reduzierend), der die Defizite im Selbstkonzept kompensiert. Dies führt zu dem Teufelskreis, der zum einen durch einen stärkeren Rückzug aus dem realen Leben (Eskapismustheorie) und zum anderen durch eine hieraus bedingte Steigerung des Internetkonsums charakterisiert ist. Letzteres führt wiederum zu einer zunehmenden Gedankeneinengung auf Internetaktivitäten, sozialem Rückzug und stärker werdenden Beeinträchtigungen in wichtigen sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

Tipp für die Praxis

Die primäre Verantwortung der Familie für die Medienerziehung ist in Kombination mit der Schule und dem Kindergarten zu betonen und zu unterstützen.

Neurobiologische Befunde

Modell der Reizreagibilität

Bisherige Befunde zu pathologischem PC- und Internetgebrauch deuten, insbesondere in den zugrunde liegenden neurobiologischen Mechanismen der Reizreagibilität, auf starke Ähnlichkeiten zu substanzbezogenen Abhängigkeiten hin.

Das auf Basis der Lerntheorie entwickelte Modell der Reizreagibilität bei substanzbezogenen Abhängigkeiten geht von der Annahme aus, dass neutrale Reize (z. B. der Anblick der Stammkneipe bei alkoholabhängigen Patienten), die in der Vergangenheit mit dem anfangs empfundenen positiven Drogeneffekt gekoppelt (konditioniert) wurden, nach langer Abstinenz sog. konditionierte Entzugssymptome auslösen können. Diese konditionierten Entzugssymptome werden im Wesentlichen als rückfallauslösende Determinanten angesehen. Zu einer Determinante gehört auf psychologischer Ebene das Phänomen „Craving", definiert als ein plötzlich aufkommendes starkes Verlangen, die Droge zu konsumieren. Dementsprechend ermöglichen Aufgaben, bei denen drogenassoziierte Reize (z. B. Bilder oder Gerüche) den Patienten präsentiert werden, die zugrunde liegenden psychischen, neurobiologischen sowie physiologischen Prozesse von Craving zu untersuchen. Funktionelle kernspintomografische Untersuchungen konnten zeigen, dass substanzabhängige Patienten auf drogenassoziierte Reize im Vergleich zu gesunden Kontrollen stärker in Hirnregionen des sog. Belohnungssystems aktivierten und diese Aktivierungen mit Craving sowie der später konsumierten Trinkmenge assoziiert waren.

Craving nach Reizexposition ist assoziiert mit der Aktivierung des zerebralen Belohnungssystems.

Dopaminerges Belohnungssystem

Aktivität im Striatum. Die Areale des dopaminergen Belohnungssystems involvieren insbesondere den präfrontalen Kortex, die Amygdala und das Striatum. Besonders das ventrale Striatum ist funktionell mit den anfangs beschriebenen Konditionierungsprozessen assoziiert. Auch bei Gesunden wird dopaminerge Aktivität im ventralen Striatum angestoßen durch die Ankündigung von Belohnung, z. B. schönen Erlebnissen oder etwas Süßem. Drogen im Vergleich zu natürlichen Verstärkern erhöhen um ein Vielfaches diese dopaminerge Aktivität. Somit wird angenommen, dass eine Person mit genetischer Disposition für Drogenabhängigkeit einen generell geringen dopaminergen Grundumsatz im Striatum aufweist und auf natürliche Verstärker eher gelangweilt reagiert. Man bezeichnet diese Eigenschaft auch als eine gering ausgeprägte „Belohnungssensitivität". Deshalb werden bei dieser Person salientere, hervorstechendere Reize (wie Drogen) benötigt, um das Belohnungssystem anzukurbeln. Inwieweit die Person eine Abhängigkeit entwickelt, hängt aber natürlich von weiteren psychologischen und umweltbedingten Faktoren, wie der Verfügbarkeit der Droge, ab. Der anfangs noch kontrollierte, zielgerichtete und belohnungsorientierte Drogenkonsum habituiert und automatisiert sich mit zunehmender Wiederholung. Die immer größer werdenden negativen Konsequenzen und die schließlich ausbleibende Belohnung werden durch das nicht mehr steuerbare abhängige Verhalten überdeckt.

Mit zunehmender Habituation und Ausprägung drogenabhängigen Verhaltens lässt sich ein sog. „Shift" von ventral-striataler zu dorsal-striataler Aktivität nachweisen.

Studienlage zu pathologischem PC- und Internetgebrauch. Ähnliche, der Reizreagibilität zugrunde liegende Mechanismen lassen sich in den noch sehr wenigen Studien zu pathologischem PC- und Internetgebrauch beobachten. Dabei beschränken sich die Befunde auf sog. Online-Rollenspieler. Eine funktionelle kernspintomografische Studie untersuchte die neuronalen Aktivierungsunterschiede während der Präsentation von „World of Warcraft" versus verfremdeten Bildern zwischen 10 männlichen exzessiven Online-Rollenspielern und 10 gesunden Kontrollpersonen. In Analogie zu den Befunden zur Substanzabhängigkeit zeigten die Rollenspieler im Vergleich zu der Kontrollgruppe signifikant höhere Aktivierungen auf die spielassoziierten Hinweisreize in den Regionen des präfrontalen Kortex und des Striatums. Dazu wiesen die Aktivierungen in beiden Gruppen einen signifikanten Zusammenhang mit Craving auf.

Inhibitorische Kontrollfunktion. Es wird ferner angenommen, dass die Entwicklung abhängigen Verhaltens auch mit einer beeinträchtigten inhibitorischen Kontrolle assoziiert ist, d. h. die Unfähigkeit, sein eigenes Verhalten trotz wiederkehrender gravierender negativer Konsequenzen zu inhibieren. Zu den hierbei in funktionellem Zusammenhang stehenden Gehirnarealen gehören Regionen des präfrontalen Kortex, wie das anteriore Cingulum (ACC), der dorsolateral präfrontale Kortex (DLPFC) und der orbitofrontale Kortex (OFC). Trotz der nachgewiesenen erhöhten Impulsivität sowie der erhöhten Prävalenz von ADHS-Symptomen bei pathologischen PC- und Internetnutzern gibt es bisher keine neurobiologischen Untersuchungen zu inhibitorischen Kontrollfunktionen.

Klassifikation und Diagnostik

Klassifikation

Das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sinnvolle und eingeführte multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) für seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter liefert in seiner Anlehnung an die ICD-10 ebenfalls noch keine spezifische Kategorie für diese Problematik.

Multiaxiales Klassifikationsschema seelischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (MAS)

Achse 1: psychiatrische Störung
Achse 2: Teilleistungsstörungen
Achse 3: Intelligenzprofil
Achse 4: körperliche Erkrankungen
Achse 5: abnorme psychosoziale Umstände
Achse 6: Schweregrad

Hierfür ist die empirische Basis durch Langzeituntersuchungen noch nicht gelegt, sodass es zum jetzigen Zeitpunkt als opportun erscheint, im Rahmen der Basisdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen auf dem Boden des MAS (ICD-10 F63.8) sehr genau die psychiatrische Diagnose zu benennen, aber v. a. auch die Teilleistungsstörungen, das Intelligenzniveau, die körperlichen Erkrankungen und die gesamtfamiliären Umstände und Entwicklungskontexte des Kindes oder Jugendlichen einzubeziehen. Fragebögen hierzu sind in der

Entwicklung und Validierung. Sie werden das klinische Interview ergänzen und die Forschung erleichtern.

Tipp für die Praxis

Das frühzeitige genaue Erfassen seelischer und körperlicher Auffälligkeiten bei pathologischem Medienkonsum ist im Grundsatz eine kinder- und hausärztliche Aufgabe.

Diagnostik

Klinische Diagnostik

Jede Diagnostik sollte breit auf adoleszente Risikoverhaltensweisen eingehen. Die mehrfache Erfassung der Symptomatik und die Eigenanamnese, Familienanamnese und eine genaue Drogenanamnese bilden die Basis. Hinzu kommt die systematische Erfassung und Bewertung der psychosozialen und der medizinisch-biologischen Folgen des Medienkonsums:

- Vergesellschaftung mit Alkohol- und Drogenkonsumierenden und/oder dissozialen Jugendlichen
- bisherige negative Konsequenzen des Substanzkonsums in familiärer, schulischer und psychosozialer Hinsicht
- kriminelle Aktivitäten, z. B. Diebstähle, Dealen
- bisherige Strafen wegen Verstoß gegen BtM (Betäubungsmittel), Eigentumsdelikten oder aggressiven Gewalthandlungen
- Therapieauflagen seitens der Schule, von den Eltern selbst oder durch Gerichtsbeschluss
- riskantes Sexualverhalten (ungeschützter Sexualverkehr, Promiskuität, Prostitution)
- Ressourcen des Kindes/Jugendlichen
- Einholen von Informationen aus der Schule (mit Einverständnis der Eltern!)
- aktueller Leistungsstand
- Fehlzeiten (entschuldigt und unentschuldigt)

Tipp für die Praxis

Das persönliche ärztliche Gespräch sollte sich zunächst eher den interaktionellen, schulischen und Leistungsproblemen zuwenden und nicht die Details von Spielzeiten, Spielinhalten etc. in den Vordergrund stellen.

Der Darstellung des Jugendlichen selbst ist in einer frühen Phase des Konsums hohe Bedeutung beizumessen.

Die Dissimulations- und Verschleierungstendenzen, die für den ernsthaft Verhaltenssüchtigen typisch sind, finden sich beim schädlichen Gebrauch noch nicht ausgeprägt, sodass den Angaben des Jugendlichen über Medieninhalte, Spielmuster und pathologische Verhaltensweisen im Grundsatz Glaubwürdigkeit zukommt. Selbstverständlich müssen diese Themen, wie andere Problemthemen auch, beim Jugendlichen explizit erfragt werden.

Es erscheint durchaus sinnvoll, den Jugendlichen im Verlauf die von ihm bevorzugten Spiele und gewählten Charaktere bzw. die Typika der individuell am häufigsten genutzten sozialen Netzwerke beschreiben zu lassen, um Hinweise zu erhalten auf wichtige psychodynamische Zusammenhänge und personen- sowie medienbezogene Aspekte, die das jeweilige Problemverhalten begünstigen.

Wichtige psychodynamische Hinweise liefern die Jugendlichen, wenn sie ihre bevorzugten Spiele und Online-Aktivitäten beschreiben.

Standardisierte Diagnostik

Wie schon erwähnt, formuliert das im März letzten Jahres erschienene DSM-5 Kriterien, die eine Diagnostik für pathologisches Online-Spielverhalten ermöglichen (s. Kasten „DSM-5: Internet Gaming Disorder").

Daneben gibt es zahlreiche Fragebögen, die zumindest ein erstes Urteil erlauben, inwieweit der PC- und Internetgebrauch aus dem normalen Rahmen fällt. Ein in Deutschland besonders etabliertes Instrument ist die Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Jugendlichen (OSV-S).

Diese Fragebögen liefern lediglich erste Hinweise auf einen möglichen pathologischen PC- und Internetgebrauch. Eine endgültige, fachlich fundierte Diagnose kann nur durch eine Fachperson (ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut) gestellt werden.

Bei Auftauchen ernsthafter Komorbidität wie Depression und erheblichem sozialen Rückzug ist eine fachärztliche Betreuung anzuraten.

DSM-5: Internet Gaming Disorder

Andauernder und wiederholter Gebrauch des Internets zum Zweck des Online-Spielens
klinisch signifikante Behinderung oder Einschränkungen
≥5 der folgenden Symptome, 12 Monate Dauer:

- andauernde Beschäftigung mit Internet- bzw. Online-Spielen
  - gedankliche Beschäftigung mit früheren oder zukünftigen Spielen
  - Online-Spiele als dominierende Aktivität des alltäglichen Lebens
- Entzugssymptome bei fehlendem Zugang zu Online-Spielen
  - Gereiztheit, Ängstlichkeit, Traurigkeit
  - keine Beschreibung von körperlichen Symptomen i. S. eines Medikamentenentzugs
- Toleranzentwicklung
  - Bedürfnis, zunehmend Zeit für Online-Spiele aufzubringen
- erfolglose Versuche, die Teilnahme am Online-Spielen zu beenden
- Interessensverlust an früheren Hobbys oder Aktivitäten als Folge des Online-Spielens
- andauerndes, exzessives Online-Spielen trotz des Wissens um die psychosozialen Probleme
- Täuschen von Familienmitgliedern, Therapeuten oder anderen Personen in Bezug auf das wirkliche Ausmaß des Online-Spielens
- Gebrauch der Online-Spiele, um aus negativen Emotionen (wie z. B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld oder Ängstlichkeit) herauszukommen oder um diese zu lindern
- Gefährdung oder Verlust von wichtigen Bekanntschaften, Beruf, Ausbildung oder Karrieremöglichkeiten wegen des Online-Spielens

Therapie

Planung

Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint bei schweren Fällen aus klinisch-praktischer Sicht eine multimodale kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung auf dem Boden des multiaxialen Klassifikationsschemas sinnvoll. Dies ist das aktuelle Vorgehen der meisten niedergelassenen und klinisch tätigen Kinder- und Jugendpsychiater.

Aktueller Kenntnisstand über die Spiele. Wie die klinischen Fälle zeigen, sind die individuellen Entwicklungen unterschiedlich, weswegen eine weitere Kenntnis der Potenziale technologischer Veränderungen vonnöten ist: Ähnlich wie der Therapeut bei stoffgebundenen Suchtformen über neue Stoffformen, Darreichungsformen, Toxizität, Pharmakokinetik etc. Bescheid wissen sollte, um eine adäquate Therapie zu planen, ist es auch im Bereich der modernen elektronischen interaktiven Medien sinnvoll, die einzelnen „Darreichungsformen" sowie die Gefahrenpotenziale genauer zu kennen. Hierzu ist es unvermeidbar, sich mit den einzelnen Anwendungen sowie den Spielen und ihren Inhalten auseinanderzusetzen. Dabei geht es weniger um eine detaillierte Kenntnis und persönliche Erfahrung, sondern um ein prinzipielles Verstehen der Mechanismen, der Psychodynamik und der Belohnungsdynamik derartiger Spiele.

Tipp für die Praxis

Allgemeine Empfehlungen, z. B. Stundenzeiten etc., sind im Einzelfall wenig hilfreich, da die unterschiedliche Vulnerabilität und Risikoproblematik des Kindes eine wichtige Rolle spielt.

Insbesondere unter dem Genderaspekt sind die technische oder die interaktionelle Faszination der einzelnen Spiele bzw. ihrer Sequenzen zu erfassen, um für Jungen und Mädchen unterschiedliche Therapieprogramme zu entwickeln.

Ebenso darf die besondere Bedeutung der Smartphones nicht außer Acht gelassen werden.

Die Therapieprogramme müssen auch geschlechtsspezifisch angepasst sein, da Mädchen Social Media und soziale Simulationsspiele bevorzugen.

Grundsätze der Arbeit mit medien- und spielabhängigen Adoleszenten

- lebensweltnahe Beratung
- realistische Therapieplanung an pragmatischen Zielen
- Peer-Gruppen-Bezug
- Vorbildfunktion qua Alter und prosozialer Orientierung
- salutogenetischer und ressourcenorientierter Grundansatz
- Kenntnis des gesellschaftlichen und medialen Wandels
- Hilfe bei psychosozialen Übergängen und Transitionsphasen

Analyse funktionaler Zusammenhänge. Für die individuelle Behandlungsplanung ist die Analyse der funktionalen Zusammenhänge wichtig: Zeigt sich im Problemverhalten, dass es durch Störungen in anderen Lebensbereichen (z. B. Ängste, Depressionen, Familienkonflikte, Lebenskrisen) ausgelöst und im Sinne eines Vermeidungsverhaltens negativ verstärkt wird, muss die Therapie bei der Änderung dieser Verhaltenskette ansetzen. Der Aufbau alternativer Coping-Strategien ist die Therapiestrategie. Zeigt sich dagegen, dass das symptomatische Verhalten nicht (bzw. nicht mehr) operant gesteuert wird, sondern quasi automatisch im Sinne einer autonomen Handlungskontrollstörung erfolgt, sind therapeutische Strategien aus dem Bereich substanzbezogener Störungen indiziert, z. B. Cue Exposure und/oder Rückfallprävention zum Aufbau von Selbstkontrolle.

Ziele

Ob als Therapieziel Abstinenz oder Reduzierung auf kontrolliertes Verhalten anzustreben ist, wird im Einzelfall anhand folgender Kriterien entschieden:

- Ausmaß körperlicher Schädigung bei Fortführung des Verhaltens
- soziale Unerwünschtheit bzw. Strafbewehrung des Verhaltens (z. B. bei pädophilen Aspekten im Rahmen eines pathologischen Online-Sexverhaltens)
- soziale Notwendigkeit einer normalen Verhaltensausübung (z. B. bei pathologischem E-Mail-Schicken)
- Fähigkeit, das Verhalten in einer quantitativ und qualitativ unproblematischen Form in Selbstkontrolle zu überführen
- motivationale Aspekte des Patienten

Wahl des Interventionssettings

Die grundsätzliche Planung orientiert sich an den Therapieleitlinien für stoffgebundene Süchte. Grundsätzlich ist das am wenigsten restriktive Setting zu wählen, in dem eine hinreichende Sicherheit und Effektivität der Behandlung gewährleistet werden kann. Dies betrifft zunächst die physische Sicherheit des Jugendlichen selbst und dritter Personen (Fremdgefährdung durch den Jugendlichen). Wenn keine Notwendigkeit für eine akute stationäre Aufnahme aufgrund einer somatischen oder psychiatrischen Indikation besteht, ist für die weitere Auswahl des Interventionssettings Folgendes maßgeblich:

- Art und Schweregrad der Abhängigkeit
- Gefahr einer deutlichen Entzugssymptomatik
- frühere Behandlungsmisserfolge in einem weniger restriktiven Setting

Erforderlichenfalls sollte die „Entgiftung" als stationäre Entzugsbehandlung durchgeführt werden, gefolgt von einer ggf. stationären Behandlung der komorbiden Störung und einer Rehabilitation in einer spezialisierten Einrichtung für Jugendliche mit Substanzabhängigkeit.

Die nachhaltige intrinsische Motivation des Jugendlichen kann in den wenigsten Fällen vorausgesetzt werden, weswegen der verbindliche Einbezug der sorgeberechtigten Eltern oder eines Beistands bzw. die Kooperation mit den regional zuständigen Jugendschutzbehörden (KESB) essenziell ist.

Eltern und Sorgeberechtigte sind verbindlich in die Therapie miteinzubeziehen.

Wichtige Therapiehindernisse in der Adoleszenz

- ungünstige Entwicklung der Leistungen (Leistungsknick?)
- erhöhte Impulsivität
- hypomaniformes „Sensation und Novelty Seeking"
- erheblicher sozialer Rückzug
- geringe Motivation zur Verhaltensreduktion oder Abstinenz
- Reduktion bestehender psychischer Symptome durch Medienkonsum
- Vernachlässigung früherer Freunde und Hobbys
- virtuelle Welten als zentraler Lebensinhalt
- narzisstische Selbstwertkrisen

Hierarchie des Vorgehens

Die Therapieplanung hat auf dem Boden der bisherigen schulischen Vorgeschichte, der aktuellen Leistungsdiagnostik und der ggf. durch den Drogenkonsum entstandenen intellektuellen Einschränkungen von Anfang an auf schulische und berufliche Rehabilitation und Integration abzuzielen und sollte nicht Sekundärziele, wie z. B. eine optimale Passung in eine Therapie-WG oder aufarbeitende familientherapeutische Gespräche, zu scheinbaren Hauptzielen erklären. Eine klare Hierarchie des Vorgehens ist sinnvoll:

Übergeordnete Behandlungsziele

- Abstinenz
- adäquate Lösung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben

Teilziele

- Reduzierung des Konsums als Zwischenziel
- Klärung bahnender Mechanismen des Cravings und der Rückfallgefährdung
- Überwindung des suchtbezogen eingeengten Denkens und Handelns
- Reduzierung der Häufigkeit und Schwere von Rückfällen
- Behandlung der komorbiden psychischen Störungen entlang der Leitlinien der jeweiligen Diagnosegruppen

Therapiephasen

Die Therapie umfasst nach heute üblichem Kenntnisstand und selbstverständlich auf den Einzelfall zugeschnitten zumeist 3–4 ähnliche Phasen:

1. Phase

Hierzu gehören die folgenden Punkte:

- Schaffung eines Problembewusstseins
- Erarbeitung eines gemeinsamen Störungs- und Problemkonzepts
- völlige Abstinenz von elektronischen Medien für mindestens 2 Wochen (sämtliche möglichen Geräte)
- vertiefte Diagnostik psychischer und somatischer Erkrankungen
- Psychoedukation der Eltern
- rigorose Analyse der schulischen und Ausbildungssituation

In dieser Phase ist die Abbruchquote eher hoch. Es kommt der motivierenden Gesprächsführung eine entscheidende Bedeutung zu, und auch die Frage der Fremdmotivation (Druck durch Schule, Ausbildungsstätte oder Eltern) sollte diskutiert werden.

Diese Phase ist in schwierigen Einzelfällen und bei chronisch progredientem Krankheitsverlauf oft nur im tagesklinischen Setting bzw. vollstationär zu leisten.

2. Phase

Sachgerechter Umgang. Nach Erarbeitung einer Basismotivation und Diagnostik der komorbid bestehenden psychiatrischen Störungen erfolgt in dieser Phase die spezifische Behandlung der komorbiden Störungen mittels Psychotherapie im Einzel- oder Gruppenkontext, weitere Psychoedukation und ggf. Pharmakotherapie der seelischen Erkrankung. Gleichzeitig erfolgt eine am Schul- und Leistungskontext orientierte Wiederaufnahme von Tätigkeiten am PC. Es stehen dann nicht die interaktiven und unterhaltenden bzw. von anderen Problemen ablenkenden Aspekte im Vordergrund, sondern die sachgerechte Nutzung des technischen Hilfsmittels Computer für andere klar definierte Ziele, meistens aus dem Bereich der Schule. Da der im Prinzip positive Umgang mit dem PC verloren gegangen ist und einer fast zwanghaften suchtartigen Benutzung, teilweise auch mit Selbstbehandlungscharakter, Platz gemacht hat, ist in dieser Phase auch dem spielerischen Anteil Bedeutung beizumessen.

> Die sachgerechte Nutzung des Computers für Schule und Beruf soll wieder in den Vordergrund rücken.

Interaktion in der realen Welt. Eher sind prosoziale spielerische und selbstverständlich auch von Sorgen ablenkende Aspekte in der realen Welt zu suchen. Dem Kontakt zu anderen Familienmitgliedern, dem Sportverein, zur Schule sowie anderen positiv erlebten Interaktionsmöglichkeiten in der realen „Offline-Welt" ist völlige Aufmerksamkeit zu schenken.

Inwieweit in dieser Phase die Teilnahme an den überaus wichtigen sozialen Netzwerken wie Facebook etc. erlaubt werden soll, hängt von der Einbettung des Jugendlichen in eben diese Netzwerke ab, von deren prosozialem Charakter sowie deren Verbindung mit realen Kontakten.

Medienkompetenz erwerben. Diesem Bereich wird in der Zukunft auch in der Diagnostik eine höhere Bedeutung beigemessen werden müssen, denn viele Kinder und Jugendliche leben einen Großteil ihres sozialen Lebens mittlerweile in derartigen virtuellen Netzwerken mit einem beständigen Strom an Austausch von alltagsrelevanten Informationen, wie dies Kinder und Jugendliche – und hier insbesondere Mädchen – „offline" schon immer getan haben. Ein vollständiges Fernbleiben des Jugendlichen von diesen Kommunikationswegen kann somit sekundär zu einem „Verpassen" wichtiger Verabredungen oder Ähnlichem führen und soziale Isolation bedingen. Dieser Sachverhalt verdeutlicht, wie relevant der Erwerb einer konstruktiven Medienkompetenz für aktuelle und künftige Generationen erscheint.

3. Phase

In der 3. Phase geht es darum, eine Psychotherapie von bestehenden seelischen Störungen fest zu etablieren, die Rolle der Eltern zu definieren und deren Medien-

konsum langfristig miteinzubeziehen sowie die Rückkehr zu einem spielerisch explorativen Verhalten zu erproben.

In dieser Phase zeigt sich meist, ob der Jugendliche für sich selbst das Abhängigkeitspotenzial – z. B. von „World of Warcraft" (WOW) oder „League of Legends", einem onlinebasierten Rollenspiel – erkannt hat und aktiv von sich aus jeglichen weiteren Kontakt meidet, um nicht in alte Verhaltensweisen zurückzufallen.

„Cue Exposure" als Kontrolltest. Im Sinne der „Cue Exposure" – einem in der Suchtmedizin gebräuchlichen Konzept der Identifikation von Schlüsselreizen, die Suchtverhalten wieder auslösen – ist zu prüfen, ob nicht bestimmte grafische, akustische und interaktionelle Muster in jeweiligen Computerspielen genau wieder das abhängige Verhalten induzieren. Hier können sich Hinweise auf ein bestehendes Suchtgedächtnis im Hinblick auf bestimmte Spiele ergeben.

In dieser Phase sollte ein offener Gesprächskontakt mit Kind und Jugendlichem dazu führen, dass wieder eigenständige Kompetenz im Umgang mit dem potenziell suchterzeugenden Medium ganz im Vordergrund steht. Durch die bessere Integration in Gleichaltrigengruppen, die interaktive Medien prosozial nutzen und soziale Aktivitäten auch in der realen Welt verfolgen, sowie durch wiedererlangte schulische Aktivität treten die abhängigkeitsauslösenden Aspekte aber bei vielen Fällen von selbst in den Hintergrund.

Ressourcen und Chancen moderner Medien

Unbestritten stellt die Verfügbarkeit moderner Medien- und Computertechnologie für Kinder und Jugendliche auch aus sozial schwachen Schichten und aus Entwicklungsländern eine enorme Chance dar. Dies gilt sicher für die soziologisch und demografisch zu definierende Generation der „Digital Natives" sowohl im schulischen wie im sozialen und nicht zuletzt im therapeutischen Bereich.
Der Einsatz moderner Medien bei Kindern und Jugendlichen zu therapeutischen Zwecken stieß vor 15 Jahren noch überwiegend auf Ablehnung, hat sich mittlerweile aber zunehmend etabliert.
Es darf allerdings nicht der Trugschluss erfolgen, dass die reine Verfügbarkeit und Einsetzbarkeit von Ressourcen bereits für das Individuum, v. a. für bestimmte Risikogruppen, einen Vorteil bringt, wie Medienkritiker seit Langem darstellen. Erst die gezielte Hinführung, die persönliche Begleitung, die indizierte Prävention von Problemverhaltensweisen sowie die nachhaltige Führung durch unterschiedliche Lebensphasen lassen derartige technologisch vorhandene und gesellschaftlich akzeptierte Ressourcen im Sinne der Medienmündigkeit auch für den Einzelnen wirksam werden.

Kasuistik

Beispiel 1

Der 15-jährige Max wird aufgrund einer intensiven Zwangssymptomatik mit vorwiegend Zwangsgedanken und Ängsten im Hinblick auf ein Durchbrechen aggressiver Impulse aufgenommen. Es besteht ein Verlust der Selbst-Objekt-Grenzen und eine psychotisch anmutende Reizoffenheit. Außerdem kristallisiert sich ein deutlicher pathologischer Medienkonsum mit intensivem Craving auch während der stationären Behandlung heraus. Der Jugendliche zeigt ein ausgeprägtes Interesse für Spiele unterschiedlicher Art mit einem Schwerpunkt auf Rollenspielen, wobei er intensiv in der virtuellen Welt versinkt.
Ätiologisch relevant erscheinen eine langjährig bestehende psychiatrische Erkrankung der Kindsmutter, eine vollständige Abwesenheit des dem Patienten unbekannten Vaters sowie eine symbiotisch anmutende Mutter-Sohn-Beziehung. Zu Beginn der Pubertät hatte sich der ohnehin wenig in die Peergroup integrierte Jugendliche vollständig sozial zurückgezogen, verbrachte seine Zeit in der mütterlichen Wohnung ausschließlich mit Medien. Er besuchte, begründet mit negativen Erfahrungen mit Mitschülern, nicht mehr die Schule, hatte sich zunehmend in der Welt der Konsolen- und Computerspiele verloren, wobei ein Realitätsverlust mit zunehmend psychosenahen Ängsten und Zwängen – häufig geprägt durch Spielinhalte – sowie eine psychosoziale Verwahrlosung damit einhergingen.
Bei Max ergeben sich Hinweise auf eine frühe Beziehungs- und Interaktionsstörung. Diese entwickelte sich vermutlich durch das Aufwachsen mit einer psychisch kranken Mutter und das Fehlen einer väterlichen Identifikationsfigur sowie damit einhergehend ausbleibende Triangulierung der die Autonomieentwicklung hemmenden Beziehung. Aufgrund der mangelnden Integration in die Peergroup schon im frühen Alter zeigte sich ein gravierender Risikofaktor für das Entstehen des pathologischen Medienkonsums. Relevant für die Prognose erscheinen das Nachreifen im Hinblick auf entwicklungspsychologische Aspekte sowie positive Beziehungserfahrungen in der realen Welt mit Gleichaltrigen und Alternativen in der Freizeitgestaltung.

Kasuistik

Beispiel 2

Die 19-jährige Maria wurde in den letzten 3 Jahren ambulant und auch zweimalig für mehrere Wochen stationär jugendpsychiatrisch behandelt. Vorstellungsanlass waren ein intensiver pathologischer Medienkonsum und ein damit einhergehender zunehmender sozialer Rückzug. Maria spielte täglich bis zu 15 Stunden das Online-Rollenspiel „Guildwars". Die Gymnasiastin hatte zuletzt nicht mehr die Schule besucht, keine realen Kontakte zu Gleichaltrigen gehabt und sei vermehrt depressiv und antriebslos gewesen. Die Mutter der Patientin wies ebenso wie die Großmutter eine schwere psychische Krankheit auf. Bereits in der frühen Kindheit Marias hatte es körperliche Misshandlungen gegeben. In der Pubertät der Patientin kam es erneut zu massiven verbalen und körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Mutter und Tochter. Im Anschluss an die erste stationäre Behandlung kam es im häuslichen Rahmen schnell zu einem Rückfall hinsichtlich des Spielverhaltens wie auch hinsichtlich der Konflikte. Während der folgenden Behandlung mit dem Ziel eines Wohnortwechsels traten unter Abstinenzbedingungen eine schwere depressive Krise und intermittierend selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken auf. Bis heute tritt bei der Jugendlichen, die nun in einer therapeutischen Wohngruppe lebt, die Oberstufe besucht und mehrere Freundschaften pflegt, in emotionalen Krisen ein Craving nach „Guildwars" auf.

Kernaussagen

Es findet ein grundsätzlicher gesellschaftlicher und technologischer Wandel statt, der sich mit medizinischen Kategorien nur begrenzt beschreiben lässt.
80 – 90 % der Kinder und Jugendlichen haben ein entwicklungsförderndes, kritisches und positiv-kreatives Verhältnis zu modernen Medien. 10 – 20 % der Kinder und Jugendlichen haben ein Risiko, durch und wegen moderner Medien und deren pathologischer Nutzung seelische und körperliche Probleme zu entwickeln.
Die primäre Verantwortung der Familie für die Medienerziehung ist in Kombination mit der Schule und dem Kindergarten zu betonen und zu unterstützen. Dabei ist eine genaue Beobachtung einzelner Entwicklungsphasen (schlechte Angewohnheit, vorübergehende Intensivbenutzung) angezeigt.
Die eigene Beschäftigung mit aktuell bedeutenden Spielen und Freizeitaktivitäten ist unspezifisch hilfreich zum Verständnis der Kinder und Jugendlichen. Allerdings sind allgemeine Empfehlungen, z. B. Stundenzeiten etc., im Einzelfall wenig förderlich, da die unterschiedliche Vulnerabilität und Risikoproblematik des Kindes eine wichtige Rolle spielt.
Die spezifischen seelischen Störungen Depression, Angst, ADHS und soziale Phobie können im Einzelfall Prädiktoren für pathologischen Mediengebrauch sein. Das frühzeitige genaue Erfassen seelischer und körperlicher Auffälligkeiten bei pathologischem Medienkonsum ist im Grundsatz eine kinder- und hausärztliche Aufgabe. Bei Auftauchen ernsthafter Komorbidität, wie Depression, und erheblichem sozialen Rückzug ist eine fachärztliche Betreuung anzuraten.

Fazit

Im Zuge der zunehmenden Medialisierung der sozialen Lebensbedingungen verändern sich auch Beziehungs- und Individuationsprozesse dramatisch. Dies wirkt sich auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wie die Nähe-Distanz- und Affektregulation sowie den Umgang mit aggressiven Impulsen und sexuellen Bedürfnissen aus.

In der Psychotherapie von Heranwachsenden mit pathologischer Gaming- und Internetnutzung geht es u. a. darum, einen Abgleich zwischen den häufig als potenziell bedrohlich und kränkend erlebten realen Beziehungen und den verführerisch kontrollierbaren virtuellen Identitäten zu erzielen. Die Einordnungen von Young (1996) bzw. Block (2008) sind eine gute Orientierung.

Diese müssen aber erweitert werden durch eine entwicklungspsychiatrisch fundierte und mediensoziologisch und medienwissenschaftlich empirisch erforschte Klassifikation von Spieltypen, die nicht von Industrievorgaben her definiert ist. Außerdem sollten Aspekte des Belohnungssystems, die in den jeweiligen Geschichten narrativ dargestellten Konflikt- und Strukturthemen sowie ein für die jeweiligen Altersphasen bzw. Geschlechter mögliches Gefährdungs- und Abhängigkeitspotenzial dargestellt und damit empirischer Forschung zugänglich gemacht werden.

Da der Einfluss der neuesten Medien nicht nur auf internetabhängige, sondern auf alle Kinder und Jugendliche immens ist, kommen Psychiater ebenso wie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nicht umhin, sich mit den digitalen Formaten und Inhalten zu beschäftigen.

Über die Autoren

Oliver Bilke-Hentsch

Dr. med. MBA, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut FMH. Zert. Forensischer Kinder- und Jugendpsychiater (D). Ärztlicher Leiter Schweizer Zentrum für Suchtfragen im Kindes- und Jugendalter Zürich. Chefarzt und Stv. Geschäftsleiter Modellstation SOMOSA in Winterthur (CH), Co-Autor der Leitlinien Sucht der DGKJPP, OPD-KJ-Fortbildungsbeauftragter, Supervisor, Projektentwickler und Coach in eigener Praxis in Zürich.

Anneke Aden

Dr. med. Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Seit 2005 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seit 2008 im Arbeitsbereich Suchtstörungen und am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ). Seit 2011 Oberärztin und Gründung und Leitung der Ambulanz für seelisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit Schwerpunkt Suchterkrankungen.

Tagrid Lemenager

Dr. sc. hum. Studium der Diplompsychologie an der Universität Mannheim. Seit 2001 tätig im Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) am Lehrstuhl für Suchtforschung und in der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin. Im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit promovierte sie über psychologische und neurobiologische Mechanismen des Alkoholrückfalls. Seit 2009 gehört sie der Arbeitsgruppe Spielsucht an und erforscht psychologische und neurobiologische Grundlagen für die Entstehung pathologischen Glücksspiels und der Computer- und Internetsucht.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch MBA
Modellstation SOMOSA
Zum Park 20
CH-8404 Winterthur
E-Mail: oliver.bilke-hentsch@somosa.ch
www.somosa.ch

Weiterführende Literatur

1 Batthyány D, Pritz A. Rausch ohne Drogen: substanzungebundene Süchte. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009
2 Bergmann W. Computerspiele – im Bann des Phantasmas, erfahrungsarm und sehr allein. In: Möller C, Hrsg. Sucht im Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2007: 132–148
3 Bilke O, Spitzcok v Brisinski I. Pathologischer Mediengebrauch. Entwicklungspsychiatrische Ansätze für die kinder- und jugendmedizinische Praxis und Klinik. Monatsschr Kinderheilkunde 2009; 1: 1–8
4 Bleckmann P. Medienmündigkeit. 2. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta; 2012
5 Block JJ. Issues for DSM-V. Internet addiction. Am J Psychiatry 2008; 165: 306–307
6 Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological internet use. Computers in Human Behavior 2001; 17: 187–195
7 Durkee T, Kaess M, Carli V et al. The SEYLE group: prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and health related risk factors. Eur Psychiatry 2012; 27: 598
8 Everitt BJ, Robbins TW. From the ventral to the dorsal striatum: devolving views of their roles in drug addiction. Neurosci Biobehav Rev 2013; 37: 1946–1954
9 Ghassemzadeh L, Shahraray M, Moradi A. Prevalence of internet addiction and comparison of internet addicts and no-addicts in Iranian high schools. Cyberpsychol Behav 2008; 11: 731–733
10 Johansson A, Götestam K. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12–18 years). Scand J Psychol 2004; 45: 223–229
11 Kim K, Ryu E, Chon MY et al. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. Int J Nursing Stud 2006; 43: 185–192
12 Ko CH, Liu GC, Hsiao S et al. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. Journal of Psychiatric Research 2009; 43: 739–747
13 Kuss DJ, Griffiths MD, Binder JF. Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. Computers in Human Behavior 2013; 29: 959–966
14 Lemenager T, Gwodz A, Richter A et al. Self-concept deficits in massively multiplayer online role-playing games addiction. Eur Addict Res 2013; 19: 227–234; Doi: 10.1159/000345458
15 Li Y, Zhang X, Lu F et al. Internet addiction among elementary and middle school students in China: a nationally representative sample study. Cyberpsychol Behav Soc Netw 2014; 17: 111–116
16 Palfrey J, Gasser U. Born digital. New York: Basic Books; 2008
17 Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. The shorter PROMIS questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment or multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. CNS Spectr 2006; 11: 966–974

18 Peukert P, Wölfling K et al. Computer- und Internetsucht. In: Batra A, Bilke-Hentsch O. Praxisbuch Suchttherapie. Stuttgart: Thieme; 2011: 170 – 177

19 Rehbein F, Kleimann M, Mössle T. Computerspielabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Forschungsbericht Nr. 8. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. 2009

20 Reis O. Risiko- und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungsdynamische Aspekte. In: Batra A, Bilke-Hentsch O. Praxisbuch Sucht. Stuttgart: Thieme; 2011: 8 – 15

21 Rumpf HJ, Meyer C, Kreuzer A, John U. Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit; 2012: Im Internet: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf (Stand: 23.07.2014)

22 Seiffge-Krenke I. Therapieziel Identität. Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2012

23 Stavropoulos V, Alexandraki K, Motti-Stefanidi F. Recognizing internet addiction: prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural Greek high schools. J Adolesc 2013; 36: 565 – 576

24 Turkle S. Alone together. New York: Basic books; 2011

25 Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. Neuropharmacology 2004; 47 (Suppl. 01): 3 – 13

26 Wölfling K, Müller KW, Beutel ME. Internetsucht – psychologische Variablen, diagnostische Einordnung und therapeutische Implikationen. Psychother im Dialog 2011; 12: 132 – 136

27 Wölfling K, Leménager T, Peukert P et al. Computer games and Internet addiction as well as pathological gambling. Therapy approaches. Nervenarzt 2013; 84: 576 – 583

28 Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. CyberPsychology and behaviour 1996; 3: 237 – 244

29 Young K, Pistner M, O'Mara J et al. Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium. Cyberpsychol Behav 1999; 2: 475 – 479

CME-Fragen

CME.thieme.de

CME-Teilnahme

- Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter http://cme.thieme.de
- Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter http://cme.thieme.de/hilfe finden Sie eine ausführliche Anleitung.

1

Welche Verhaltensweise gehört *nicht* zur Klassifikation nach Young?

- **A** pathologisches Recherchieren
- **B** pathologische Nutzung von Online-Pornografie
- **C** pathologisches Kaufen
- **D** Sexting
- **E** pathologisches Glücksspiel

2

Welche Aussage trifft zu? Komorbidität im Kindes- und Jugendalter…

- **A** stellt eine ausgesprochene Ausnahme dar.
- **B** ist in jedem Fall systematisch zu prüfen.
- **C** stellt besonders bei Mädchen eine Gefährdung dar.
- **D** beschränkt sich bei Jungen auf den unaufmerksamen Typ des ADHS.
- **E** wird in den Leitlinien nicht berücksichtigt.

3

Was sind die wichtigsten Endgeräte für pathologischen Internet- und Mediengebrauch?

- **A** leistungsfähige stationäre Rechner mit großen Bildschirmen
- **B** Smartphones
- **C** Laptops
- **D** Google-Glasses
- **E** in die Kleidung integrierte Geräte

4

Worauf beruht die Diagnostik pathologischen Internet- und Mediengebrauchs in erster Linie? Auf…

- **A** standardisierten Interviews
- **B** standardisierten Fragebögen
- **C** klinischer Anamnese und Interview
- **D** Selbstdarstellung der Patienten
- **E** Befragung der Eltern

5

Welche Aussage ist richtig? Die Diagnose eines pathologischen Medien- und Internetverhaltens…

- **A** lässt sich in der ICD-10 nicht stellen.
- **B** ist voll umfänglich im DSM-5 etabliert.
- **C** gelingt in der ICD-10 über die Kodierung F63.8.
- **D** wird im DSM-5 als irrelevant betrachtet.
- **E** kann in der ICD-10 im Rahmen von Zwangserkrankungen klassifiziert werden.

6

Welche Aussage trifft zu? Die Therapieplanung bei pathologischem Internet- und Mediengebrauch…

- **A** konzentriert sich nur auf die komorbide Grunderkrankung.
- **B** beinhaltet ein abgestimmtes interdisziplinäres Vorgehen.
- **C** ist durch Psychostimulanzien am Einfachsten zu beginnen.
- **D** erfordert vor allem langfristige psychodynamische Psychotherapie.
- **E** ist ohne Familientherapie überhaupt nicht möglich.

CME-Fragen

Pathologischer PC- und Internetgebrauch bei Kindern und Jugendlichen

7

Welche Antwort ist richtig? Mädchen und junge Frauen ...

- **A** unterscheiden sich in ihrem Spiel- und Medienverhalten de facto nicht von Jungen.
- **B** spielen besonders gern soziale Simulationsspiele.
- **C** sind in Social Media weit weniger aktiv als erwartet.
- **D** sind eher passive Zuschauerinnen.
- **E** meiden konsequent pornografische Websites.

8

Welche Antwort ist richtig? Medienkompetenz ...

- **A** gehört heute zu den selbstverständlichen Kulturtechniken.
- **B** ist primär eine Aufgabe des Sachkundeunterrichts.
- **C** wird von den Landesfilm- und Medienanstalten vermittelt.
- **D** ist ein soziologisches Konstrukt.
- **E** beschränkt sich auf technische Fähigkeiten.

9

Was ist richtig? Auffälliges Medien- und Internetverhalten ...

- **A** wird von Jugendlichen meist spontan berichtet.
- **B** stellt eine Übergangsphase dar.
- **C** ist nur bei komorbiden Störungen klinisch relevant.
- **D** muss ausdrücklich exploriert werden.
- **E** ist ein genderabhängiges Problem.

10

Welches Therapieverfahren hat sich in der Therapie bewährt?

- **A** SSRI
- **B** Stimulanzien
- **C** atypische Neuroleptika
- **D** multimodale psychiatrische Behandlung auf dem Boden des multiaxialen Klassifikationsschemas
- **E** psychoanalytische Familientherapie