

Inhalt

Misophonie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Ingo Spitzcok von Brisinski, Petra Semmler, Simone Schüller, Martin Heidenreich</i>	2
Handreichung zur Behandlung stoffgebundener Suchterkrankungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis <i>Gemeinsame Suchtkommission der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Bundes- arbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP), und des Berufsverbands der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)</i>	21
Zu medienbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter	
Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände <i>(DGKJP, BAG KJPP, BKJPP)</i>	42
Positionspapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände <i>(DGKJP, BAG KJPP, BKJPP)</i>	76
Zur Diskussion gestellt:	
Gesund aufwachsen in der digitalen Welt /Schulen vom Netz???	
„Zauberwort Digitalisierung“ <i>Matthias Wildermuth</i>	80
Kolumne: Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i>	101
Ausschreibung Promotionsstipendium Stiftung Irene in der Autismusforschung	105
Hinweise für Autoren	107
Abonnement forum	109
Beitrittserklärung zum Berufsverband BKJPP	110
Anzeigen	111
Mediadaten	123
Impressum	124

Misophonie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Petra Semmler,
Simone Schüller, Martin Heidenreich*

Definition und Beschreibung

Misophonie (aus dem griechischen misos – ‚Hass‘, Phonie – ‚Ton‘) ist durch ein hohes Maß an emotionaler Reaktivität infolge von Intoleranz auf bestimmte akustische Reize gekennzeichnet (Brout et al. 2018). Es können spezifische Muster von Geräuschen und/oder Geräusche in spezifischen Situationen oder Settings als aversiv empfunden werden, während andere, auch deutlich lautere Geräusche toleriert werden (Jastreboff & Jastreboff, 2014). Dozier & Morrison (2017) schließen Reaktionen durch visuelle Auslöser (z. B. Beinschwingen einer anderen Person) ein.

Es findet sich keine eindeutige physikalische Eigenschaft des Stimulus‘ zur Erklärung der Reaktion (Jastreboff & Jastreboff, 2014). Stattdessen scheinen die Bedeutung, der soziale Kontext oder die Interpretation des Auslösers die Reaktion auf diese Geräusche zu beeinflussen (Bruxner, 2015; Schröder et al., 2013).

Ausgeprägte Unverträglichkeit spezifischer Geräusche, die für Misophonie charakteristisch sind, wurde erstmals in den 1990er Jahren von der Audiologin Marsha Johnson als ‚selective sound sensitivity syndrome‘ (4S) bezeichnet oder als ‚soft sound sensitivity‘ (Bernstein et al. 2013). Später prägten die Neurowissenschaftler Pawel und Margaret Jastreboff den Begriff ‚Misophonie‘ für ungewöhnlich starke negative Reaktionen des autonomen und des limbischen Systems auf bestimmte Geräusche (Jastreboff & Jastreboff 2001, 2002, 2014).

Sowohl das ‚selektive Geräuschempfindlichkeitssyndrom‘ als auch ‚Misophonie‘ sind in der Literatur präsent, letztere ist jedoch gebräuchlicher (Siepsiak & Dragan 2019).

Es geht insbesondere um sofort durch spezifische, als aversiv erlebte Geräusche, z. B. durch Essen oder Atmen anderer Personen, ausgelöste, stark ausgeprägte Emotionen wie z. B. Wut, Verärgerung, Ekel oder Angst (Edelstein et al. 2013, Jastreboff & Jastreboff 2015, Johnson et al. 2013, Schröder et al. 2014, 2017) und/oder somatische Reaktionen wie z. B. Druck auf Brust, Arme, Kopf oder den ganzen Körper, Erhöhung von Blutdruck, Puls oder Körpertemperatur, körperliche Schmerzen oder Atembeschwerden (Edelstein et al. 2013), die mit Leid und einer deutlichen Abnahme der Lebensqualität verbunden sind.

In der Stichprobe von Edelstein et al. (2013) wurden Kauen, Essen und Knirschen als die schlimmsten Trigger-Geräusche angegeben, gefolgt von Geschmatze, Klicken mit dem Kugelschreiber und Uhricken. Als weitere Trigger-Geräusche wurden tieffrequente Bässe, Fußschritte, Fingertippen, Pfeifgeräusche und Tippen berichtet.

Die Arbeitsgruppe um Dozier (Dozier et al. 2017, Dozier & Morrison 2017) postuliert aufgrund eigener Forschungsergebnisse Muskelkonstriktion (je nach Individuum unterschiedlich) als eines der Hauptsymptome der Misophonie, zusätzlich zu unangenehmen emotionalen Reaktionen.

Die Betroffenen betrachten diese schwierigen Emotionen als unerwünscht, unkontrolliert, und übermäßig (Schröder et al. 2013). Die Gefühle gehen oft mit dem Wunsch einher, die Quelle des Geräuschs zu verletzen, sowie verschiedenen Gedanken wie z. B. ‚Ich hasse diese Person‘ (Edelstein et al. 2013). Manchmal führt eine starke unkontrollierte emotionale Erfahrung zu verbalen und körperlichen aggressiven Ausbrüchen (Edelstein et al. 2013, Schröder et al. 2013). Dies sind jedoch seltene Fälle.

Jastreboff & Jastreboff (2015) sind der Auffassung, dass die Reaktion von der eigenen Vorgeschichte, der subjektiven Beurteilung des Geräuschs, Überzeugungen über mögliche Gefahren, sowie vom psychologischen Profil und dem Kontext, in dem das Geräusch wahrgenommen wird, abhängt. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Edelstein et al. (2013), in deren Studie die Mehrheit der Probanden angab, dass sich ihre Reaktionen in der Regel auf Mitglieder ihrer Familie oder Mitarbeitende beschränken, und dass sie keine misophonischen Reaktionen erfahren, wenn das Geräusch von einem Kind oder einem Tier erzeugt wird.

Ätiologie

In der Studie von Edelstein et al. (2013) berichteten 6 von 11 Probanden mit Misophonie, dass ein oder mehrere nahe Familienmitglieder misophonische Symptome und Verhaltensweisen aufweisen, in einer Online-Befragung von 300 Personen mit Misophonie (Rouw & Erfanian 2018) mindestens 22% der Teilnehmer. Eine familiäre Häufung kann daher angenommen werden. Ob sie allerdings genetisch bedingt ist oder epigenetisch und/oder psychosozial, ist bisher unbekannt.

Edelstein et al. 2013 fanden in ihrer Studie bei 6 Probanden mit Misophonie im Vergleich zu 5 Kontrollprobanden bei der Präsentation von Videos mit Geräuschen und vorhergesagten emotionalen Reaktionen bei misophonen Probanden (Vogelgesang, Kinderlachen, Walgesang, Nägel auf einer Tafel, Schmatzen, Kaugummikauen, etc.) einen erheblichen Unterschied in der Bewertung der Stimuli und in den Veränderungen des elektrischen Hautwiderstands als elektrophysiologisches Korrelat: Die Probanden mit Misophonie berichteten im Vergleich zur Kontrollgruppe über signifikant höhere Bewertungen auf der Aversivitätsskala bei auditiven Stimuli ($p < 0,01$), aber nicht bei visuellen Stimuli. Die Befunde der Veränderungen des elektrischen Hautwiderstands waren analog. Dies passt zu den Ergebnissen von Fabijańska et al. (1999) sowie Jastreboff & Jastreboff (2014), dass Hyperakusis häufig gleichzeitig besteht, während es bisher keine profunden Hinweise für eine generell erhöhte visuelle Empfindlichkeit gibt.

Schröder et al. (2014) fanden bei einer Gruppe von 20 Probanden mit Misophonie bei unspezifischen auditorisch ereigniskorrelierten evozierten Potentialen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe eine Verminderung von N1. Der N1-Peak steht in Beziehung zur frühen Verarbeitung von auditorischer Aufmerksamkeit (ca. 120 bis 160 Millisekunden nach Auftreten des Stimulus) und es wird angenommen, dass die Erkennung abrupter Änderungen im sensorischen Input signalisiert wird, um sich auf Ereignisse konzentrieren zu können, die potenziell informativ sind. Ein analoger Befund fand sich auch bei mehreren Studien zu schizophrenen Störungen, während die Ergebnisse bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) inkonsistent sind.

Diagnosestellung

Misophonie ist bisher weder in ICD noch DSM aufgeführt.

Basierend auf den verfügbaren Forschungsdaten haben Schröder et al. (2013) Misophonie wie folgt definiert:

- A. Das Vorhandensein oder die Erwartung eines bestimmten Geräusches, das von einem Menschen erzeugt wird (z. B. Essgeräusche, Atemgeräusche), löst eine impulsive aversive körperliche Reaktion aus, die mit einer Reizung oder einem Ekel beginnt und unverzüglich zu Ärger wird.
- B. Dieser Ärger löst ein tiefgehendes Gefühl des Verlustes der Selbstbeherrschung aus mit seltenen, aber möglichen aggressiven Ausbrüchen.
- C. Die Person erkennt an, dass die Wut oder der Ekel übertrieben, unvernünftig oder in keinem Verhältnis zu den Umständen oder dem provozierenden Stressor steht.
- D. Der Betroffene neigt dazu, die misophone Situation zu meiden, oder wenn nicht, erträgt er Begegnungen mit der misophonen Geräuschsituation mit starkem Unbehagen, Ärger oder Ekel.
- E. Wut, Ekel oder Vermeiden des Betroffenen verursachen eine erhebliche Belastung (d. h. es stört die Person, die Wut oder den Ekel hat) oder verursachen eine erhebliche Beeinträchtigung des täglichen Lebens des Betroffenen. Beispielsweise kann der Ärger oder Ekel es der Person erschweren, wichtige Aufgaben bei der Arbeit auszuführen, neue Freunde zu treffen, an Kursen teilzunehmen oder mit anderen zu interagieren.
- F. Wut, Ekel und Vermeidung des Betroffenen lassen sich nicht besser durch eine andere Störung erklären wie z. B. durch eine Zwangsstörung (z. B. Ekel bei jemandem, der von Kontamination besessen ist) oder eine PTBS (z. B. Vermeidung von Stimuli, die assoziiert sind mit einem Trauma bzgl. drohendem Tod, schwerer Verletzung oder Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit von sich selbst oder anderen).

Dozier et al. (2017) schlug folgende Kriterien für Misophonie vor:

- A. Das Vorhandensein oder die Antizipation einer bestimmten sensorischen Erfahrung wie z. B. eines Geräusches, eines Anblicks oder eines anderen Reizes (z. B. Essgeräusche, Atemgeräusche, Maschinengeräusche, Beinbewegung, Vibration) provoziert eine impulsive, aversive physische und emotionale Reaktion, die typischerweise mit Irritation oder Ekel beginnt und schnell in Wut übergeht.
- B. Der Reiz löst eine sofortige physische Reflexantwort aus (Aktivität der Skelett- oder viszeralen Muskulatur, sexuelle Reaktion, Wärme, Schmerz oder andere körperliche Empfindungen). Beachte, dass die physische Reaktion nicht immer identifiziert werden kann, aber die Präsenz einer sofortigen physischen Reaktion kann genutzt werden, um die Symptome klarer als Misophonie zu identifizieren.
- C. Eine moderate Reizdauer (z. B. 15 Sekunden) löst allgemeine physiologische Erregung aus (z. B. Schwitzen, erhöhte Herzfrequenz, Muskelanspannung).
- D. Fehlregulation von Gedanken und Emotionen mit seltenen, aber potenziell aggressiven Ausbrüchen. Bei Kindern können aggressive Ausbrüche häufig sein.
- E. Die negative emotionale Erfahrung wird später als übertrieben, unvernünftig, oder unverhältnismäßig zu den Umständen oder dem provozierenden Stressor anerkannt.
- F. Die Person neigt dazu, die misophone Situation zu vermeiden, oder wenn nicht, erträgt sie die misophonische Reizsituation mit Unbehagen oder Leid.
- G. Emotionales und physisches Erleben, Vermeidung und Bemühen zu vermeiden führen zu erheblichem Leid oder bedeutsamen Beeinträchtigungen im Alltag des Betroffenen. Zum Beispiel ist es schwierig für die Person, bei der Arbeit Aufgaben auszuführen, am Unterricht teilzunehmen, an Routinetätigkeiten zu partizipieren oder mit bestimmten Personen zu interagieren.

Beide Kriterien-Sets basieren auf Forschungsergebnissen und Fallstudien von Menschen mit Misophonie, wurden bisher aber nur begrenzt empirisch verifiziert.

In der Stichprobe von Edelstein et al. (2013) äußerten 8 von 11 Teilnehmenden, dass Ess- und Kaugeräusche als schwer beleidigende Trigger mit Unverschämtheit assoziiert werden, wenn sie von erwachsenen Menschen produziert werden, aber nicht annähernd so stark bei Tieren oder Babys. Ein Proband beschrieb, dass letztere wenig Kontrolle hätten über ihre Handlungen und „es nicht besser wissen“. Diese Sichtweise helfe dabei, stark aversive Gefühle zu neutralisieren. Demnach sind die aversiven Reaktionen der Misophonie explizit mit anderen Individuen verknüpft, was eine zugrundeliegende soziale Komponente impliziert. Auch wenn die Probanden dem diagnostischen Kriterium entsprachen, dass sie sich ihres Zustands bewusst sind und ihre Gefühle als übertrieben, unvernünftig oder unangemessen erkennen, empfanden sie dennoch eine gewisse Unangemessenheit des Verhaltens der anderen Person. Daraus kann abgeleitet werden, dass Misophonie nicht unbedingt zu 100% als Ich-dyston empfunden werden muss.

Differentialdiagnosen und komorbide Störungen

Die meisten Autoren vertreten die Auffassung, dass es sich bei Misophonie um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, das nicht Teil oder Folge einer anderen (psychischen oder somatischen) Erkrankung ist. Dennoch können komorbide Störungen vorliegen oder es können sich weitere Störungen als Folge der Misophonie entwickeln. Cavanna & Seri (2015) vertreten dagegen, dass gegenwärtig Misophonie in konkurrierenden Paradigmen als ein physiologischer Zustand angesehen wird, der bei jedem Subjekt potenziell induzierbar ist, ein idiopathischer Zustand (der bei komorbiden psychiatrischen Störungen auftreten kann) oder symptomatische Manifestation einer zugrundeliegenden psychiatrischen Störung.

Misophonische Reaktionen sind selektiv und stehen in keinem Zusammenhang mit Hörschäden. Hyperakusis und Misophonie müssen unterschieden werden, beiden Bedingungen können jedoch gemeinsam vorliegen (Jastreboff & Jastreboff 2014, 2015):

- Menschen mit Hyperakusis zeigen aversive Reaktionen auf Geräusche, die durch bestimmte physikalische Eigenschaften wie Lautstärke oder Frequenz gekennzeichnet sind. Ihre emotionalen Reaktionen sind konsistent und nicht von sozialen Situationen abhängig.
- Bei Misophonie gibt es eine unnatürlich starke, negative emotionale Reaktion auf bestimmte Geräusche, die für jeden Einzelnen einzigartig

tig ist. Die akustischen Eigenschaften der Trigger können variieren, sie sind jedoch eher sanft und leise. Misophonie ist daher keine Unverträglichkeit von lauten Geräuschen oder Krach. Es ist wichtig zu erfahren, welche Geräusche für den Einzelnen aversiv sind und welche Geräusche toleriert werden.

In der Untersuchung von Edelstein et al. (2013) äußerten 9 von 11 Teilnehmenden bzgl. Aufmerksamkeit, dass sie sich auf Geräusche konzentrieren, die normalerweise als Hintergrundgeräusche auftreten. So wurde beispielsweise die Unfähigkeit beschrieben, Hintergrundgeräusche auszublenden, als „unfreiwilligen Cocktailparty-Effekt“, und von einem weiteren Teilnehmer, dass „Geräusche niemals im Hintergrund sind. Menschengerausche krachen durch Triebwerksgeräusche hindurch“. 8 von 11 Teilnehmenden gaben an, dass sie einem Film oder einer Vorlesung keine Aufmerksamkeit schenken können, wenn Personen in ihrer Umgebung Trigger-Geräusche erzeugen.

Weitere Differentialdiagnosen:

- Tinnitus (Hören eines Geräusches obwohl kein Geräusch extern präsent ist)
- Phonophobie (umschriebene Angst vor einem spezifischen Geräusch).

Schröder et al. (2013) fanden in ihrer klinischen Stichprobe aus Patienten mit Misophonie und zusätzlichen psychischen Störungen eine anankastische Persönlichkeit (über 50%), affektive Störungen, Tourette-Syndrom, ADHS, Trichotillomanie, Zwangsstörungen und hypochondrische Störung. In einer weiteren Studie fanden Schröder et al. (2014) unter 20 Probanden mit Misophonie nur 1 Patienten mit akuter komorbider Störung (ADHS) und 2 mit remittierter (depressive Störung bzw. generalisierte Angststörung).

Edelstein et al. (2013) fanden Hinweise auf Zwangsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (ADS), PTBS, auditorische Verarbeitungsstörungen sowie Tinnitus und Hyperakusis.

Erfanian et al. (2019) fanden unter 52 Probanden mit Misophonie 15% mit PTBS, 12% mit Zwangsstörung, 10% mit Major Depression, und 10% mit Anorexia nervosa.

Von 22 Patienten mit Misophonie hatten in der Studie von Eijsker et al. (2019) 2 zusätzlich AD(H)S und 1 eine Borderline-Störung. Die Ausprägung von Angst- und depressiver Symptomatik war in der Gruppe mit Misophonie signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Natalini et al. (2019) untersuchten 3 Patienten einer Klinik für Hörstörungen, die unter Misophonie litten, zusätzlich psychiatrisch. Alle 3 erfüllten die Kriterien einer Anankastischen Persönlichkeitsstörung, 1 Patient zusätzlich die einer Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung und einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung, 1 Patient zusätzlich zur Anankastischen Persönlichkeitsstörung die einer Borderline-Störung. Zusätzlich hatten 2 der 3 Patienten eine depressive Störung.

Wu et al. (2014) befragten 483 Studierende der Psychologie anhand des Misophonia Questionnaire (MQ) und fanden bei 20% klinische Symptome einer Misophonie. Es zeigte sich eine moderate, signifikante Korrelation der Intensität der Misophonie mit Zwangsstörungen und Depressionen. Angst (bewertet mit der Depression Anxiety Stress Scale-21, DASS-21) stellte sich als ein Mediator zwischen Misophonie (gemessen mit der Misophonia Symptom Scale) und durch Kontakt mit aversiven Auslösern hervorgerufenen aggressiven Ausbrüchen (bewertet mit der Rage Outbursts and Anger Rating Scale, ROARS) dar.

Zhou et al. (2017) befragten 415 chinesische College-Studierende. Es wurden mittlere bis starke Beziehungen zu allgemeiner sensorischer Empfindlichkeit, Zwangsstörungen, Angstzuständen und depressiven Symptomen beobachtet. Auch in dieser Studie stellte sich Angst als signifikanter Mediator bzgl. der Beziehung zwischen Misophonie und Wutausbrüchen heraus.

Rouw & Erfanian (2018) fanden in ihrer Online-Befragung von 300 Personen mit Misophonie folgende komorbiden Störungen: Angststörungen (13%), depressive Störungen (13%), Tinnitus (12%), PTBS (12%), ADS/ADHS (12%), Essstörung (8%), Zwangsstörung (8%), selektiver Mutismus (6%), Hyperakusis (4%). Die Hälfte der Teilnehmenden berichtete über keine komorbiden klinischen Zustände oder Diagnosen.

Webber et al. (2013) beschreiben einen Patienten mit Misophonie und komorbider Zwangsstörung sowie Tourette-Syndrom.

Beginn, Verlauf und Häufigkeit

In der Online-Befragung von Kumar et al. (2014) gaben die Teilnehmer als Alter bei Erkrankungsbeginn im Mittel 12 Jahre (Spannbreite 5 bis 50 Jahre) an. Dozier (2016) konstatiert, dass Misophonie oft zu Beginn der Pubertät beginnt. In der Stichprobe von Schröder et al. (2014) lag der Erkrankungsbeginn im Mittel bei 12 Jahren (SA 4.9), in der von Eijsker et al. (2019) ebenfalls (SA 3.2). Bei Edelstein et al. (2013) gaben die meisten Probanden an, dass die

Erkrankung im Kindesalter begonnen hat, ein kleinerer Teil im Jugendalter. Zwei Probanden berichteten, dass sie mit zunehmendem Alter lernten, mit ihrer Misophonie besser umzugehen. Fünf Probanden berichteten, dass sie sich im Laufe der Zeit verschlechterte (aufgrund zunehmender Aversivität sowie zunehmender Anzahl von auslösenden Reizen) und drei erinnerten sich an keine Veränderung im Laufe der Zeit. Es ist nicht vollständig geklärt, warum sich Unterschiede in der Triggerakkumulation und im Schweregrad entwickeln, aber es scheint, dass ein längerer und wiederholter Kontakt mit einem Geräusch ein Faktor sein kann, der dazu beiträgt, die Misophonie zu verschlimmern.

In der 300 Personen umfassenden Online-Befragung von Rouw & Erfanian (2018) gaben die meisten Teilnehmer an, dass ihre Symptome in der Kindheit oder im frühen Jugendalter einsetzten. Bei 77% nahm der Schweregrad misophonischer Reaktionen mit der Zeit zu. Andere gaben an, dass die misophonischen Reaktionen gleich geblieben sind, die Anzahl der Auslöser jedoch zugenommen hat. Manche Teilnehmer gaben an, Bewältigungsstrategien entwickelt bzw. Veränderungen in ihrem Leben vorgenommen zu haben, die den Umgang mit der Misophonie erleichtern.

Prävalenz und Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung sind bisher nicht bekannt. Eine auf den Daten des Emory Tinnitus and Hyperacusis Center basierende Schätzung geht von rund 3% aus (Jastreboff & Jastreboff 2014). Bei verminderter Schalltoleranz liegt die Prävalenz bei bis zu 15% (Fabijańska et al. 1999). Nach Jastreboff & Jastreboff (2014) leiden 92% der Menschen mit verminderter Schalltoleranz unter Misophonie.

Im Laufe von 5 Jahren kontaktierten fast 500 Menschen mit Misophonie eine Klinik in Amsterdam (Schröder et al. 2017). Fast 20% von 483 amerikanischen Psychologiestudierenden (Wu et al. 2014) und 6% von 415 chinesischen Collegestudierenden (Zhou et al. 2017) gaben an, unter klinisch signifikanten misophonischen Symptomen zu leiden.

Bewältigungsstrategien

Von Edelstein et al. (2013) durchgeführte Interviews bei 11 Personen mit Misophonie (Alter 19 – 65 Jahre) zeigten, dass die problematischsten Geräusche gewöhnlich mit dem Verhalten anderer Personen zusammenhängen. 9 von 11 gaben an, dass ihre Misophonie von bestimmten Personen, in der Regel engen Freunden, Mitarbeitenden oder Familienmitgliedern, denen sie häufig ausgesetzt sind, isoliert oder verstärkt wird. 10 von 11 berichteten,

dass selbsterzeugte Trigger-Geräusche nicht annähernd so viele aversive Reaktionen hervorrufen wie von anderen Personen erzeugte. Als Bewältigungsstrategien wurden Vermeiden von oder sich Entfernen aus bestimmten Situationen, Nachahmen von Auslösegeräuschen oder der daraus resultierende Aktion zum „Aufheben“ oder „Gegensteuern“, Verwenden von Ohrstöpseln, Kopfhörern oder Hören von Musik, Ablenken, Rezitieren, positiver interner Dialog, um sich zu beruhigen, andere aufzufordern, keine Geräusche mehr zu machen, sowie gewissenhaft mit ihren eigenen Geräuschen umzugehen genannt.

Das Nachahmen der Trigger-Geräusche wird angewandt, um den von einer anderen Person erzeugten störenden Klang zu ‚überschreiben‘. Einige berichten sogar, dass sie dazu synchron mit der anderen Person essen. Nachahmung wird jedoch auch als eine Möglichkeit erwähnt, sich am ‚verletzenden‘ Individuum, das die Geräusche produziert, zu rächen, um so mit dem durch den aversiven Reiz hervorgerufenen Ärger umzugehen.

Seebeck & Dozier (2019a) führen folgende Bewältigungsstrategien an, die zwar nicht misophonische Reflexe ändern würden, aber deren Auswirkung auf das Leben der Betroffenen reduzieren könnten: Offen über Misophonie reden, eine triggerfreie Oase schaffen (einschließlich Kopfhörer mit Geräuschunterdrückung sowie einer Rausch-App, um Trigger ausreichend zu blockieren), auf Gesundheit und Wohlbefinden achten wegen dann geringerer Beeinträchtigung durch Trigger, Triggern aus dem Weg gehen, Bewältigungspläne für die ganze Familie erstellen, Sorgen für eine geräuschvolle Umgebung.

Therapie

Bisher publizierte Behandlungen für Misophonie umfassen kognitive Verhaltenstherapie (Bernstein et al. 2013, McGuire et al. 2015, Schröder et al. 2017), Tinnitus-Retraining-Therapie (Jastreboff & Jastreboff, 2014) und Gegenkonditionierung (Dozier, 2015).

Aazh et al. (2019) fanden in ihrer Übersicht zu Verhaltenstherapie bei Misophonie keine randomisierten Studien mit einer Kontrollgruppe, jedoch mehrere Fallstudien (Bernstein et al. 2013, McGuire et al. 2015, Reid et al. 2016) zu kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie positive Ergebnisse von Gruppentherapie (Schröder et al. (2017).

Die Gruppe um Schröder behandelte 90 Patienten mit wöchentlich stattfindender kognitiver Verhaltenstherapie in Gruppen von je vier bis neun Pa-

tienten. Die Sitzungen fanden über sieben bis acht Wochen statt, dauerten jeweils vier Stunden und umfassten Psychoedukation, psychomotorische Behandlung, Gegenkonditionierung und Beratung. Nachdem sich während einer Wartezeit vor der Therapie keine spontanen Veränderungen zeigten, war nach Ende der Therapie eine signifikante Verbesserung der Misophonie-Symptomatik in der Selbsteinschätzung zu verzeichnen.

Das von der audiologischen Arbeitsgruppe um Martha Johnson entwickelte Misophonia Management Protocol (MMP) umfasst den Einsatz von Geräten, die kontrastierende Geräusche erzeugen um die Wahrnehmung der misophonischen Geräusche zu reduzieren, sowie kognitive Verhaltenstherapie einschließlich Exposition bzgl. physikalischer Eigenschaften des Triggerreizes als auch bzgl. mit dem Triggerreiz in Beziehung stehender sozialer Erwartungen und situativer Kontexte (Duddy & Oeding 2014).

Seebeck & Dozier (2019b) führen noch folgende Behandlungsmöglichkeiten auf: Progressive Muskelentspannung nach Jakobson (PMR) zur Entspannung des Reflexmuskels, Neural-Repatterning-Technique (NRT), Sequent-Repatterning-Hypnotherapie (SRT), Neurofeedback, Blockieren des Reflexes, Trauma Buster Technique (TBT), Klopfakupressur, Trauma and Tension Releasing Exercises (TRE).

Schröder et al. (2013) schlagen vor, Misophonie den Zwangsspektrum-Störungen zuzuordnen aufgrund der mit Misophonie verbundenen charakteristischen zwanghaften Symptome und Impulsivität. In mehreren Studien zu Misophonie wurde von erhöhten Raten komorbider Zwangsstörungen, Angststörungen, depressiver Störungen und elektivem Mutismus berichtet, so dass selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) möglicherweise eine hilfreiche Therapieoption darstellen. In der Studie von Schröder et al. (2014) nahmen 5 der 20 Patienten mit Misophonie bereits vor Beginn der Studie SSRI oder selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SS-NRI) ein, obwohl bei keinem akute Depression, Angst- oder Zwangsstörung bestand und nur bei je einem sich in der Anamnese eine remittierte Depression bzw. generalisierte Angststörung fand. Welchen Effekt sie hatten, wird leider nicht berichtet. Lyle (2015) berichtet von einer Regressionsanalyse, die einen positiven Effekt medikamentöser Behandlung von Angst oder Depression auf die misophonischen Symptome zeigte.

Quek et al. (2018) fanden in ihrer Regressionsanalyse einen signifikanten Zusammenhang zwischen Ausprägungsgrad der Misophonie und Angst, aber nicht Depression. In den Studien von Wu et al. (2014) und Zhou et al. (2017)

fand sich Angst als signifikanter Mediator bzgl. der Beziehung zwischen Misophonie und Wutausbrüchen. Da SSRI auch Angst vermindern können, stellen sie möglicherweise eine Therapieoption bzgl. aggressiver Impulse bei Misophonie dar. 2016 berichtete Seebeck, dass sein Sohn im Alter von 18 Jahren in eine Depression gerutscht sei und er Citalopram eingenommen habe, was kurzzeitig die Empfindlichkeit Geräuschen gegenüber etwas zu verbessern schien. 2019 äußerte Seebecks Sohn „Seit ich Medikamente dagegen nehme, ist wenigstens die extreme Wut weg.“

Die oben berichtete Filterschwäche bzgl. Aufmerksamkeit lässt an eine Therapie ähnlich wie bei AD(H)S denken. Frank et al. 2019 fanden eine schlechtere alerting attention (Fähigkeit, einen wachen Zustand herzustellen und zu erhalten) bei Patienten mit Misophonie im Vergleich zur Kontrollgruppe. In der Untersuchung von Eijsker et al. nahm ein Patient aufgrund von AD(H)S 30 mg/d Methylphenidat ein. Es wird aber nicht referiert, ob diese Dosierung die AD(H)S-Symptomatik ausreichend besserte und ob das Medikament die misophonische Symptomatik positiv oder negativ beeinflusste.

Fallbeispiel

Der 16-jährige Max berichtete bei Erstvorstellung von zwanghaften Selbstverletzungen, fraglich autistischen, rigiden Verhaltensweisen sowie suizidalen Impulsen und Panikattacken-ähnlichen Zuständen, differentialdiagnostisch war auch eine psychotische Entwicklung (Gedankeneingebung und Fremdsteuerung) abzuklären. Es folgte ein dreitägiger stationärer Aufenthalt zur Abklärung der fraglichen Psychose und Krisenintervention.

Max berichtete von seit Jahren bestehenden, zwanghaft anmutenden Verhaltensweisen (sich selbst Schlagen bei Empfinden von unangenehmer Berührung durch diverse Gegenstände und eine Überempfindlichkeit gegenüber bestimmte Geräuschen, z. B. Essengeräusche der Eltern). Er versuche immer wieder Widerstand gegen das Sichschlagen zu leisten. Dies gelinge ihm zwar in der Schule gut, zu Hause aber nicht. Die ganze Familie sei durch Max' Verhalten zu Hause hoch belastet. Die Eltern berichteten außerdem von mangelnder Hygiene bei Max und sehr unaufgeräumtem Zimmer sowie Selbstgesprächen. Die Schulleistungen seien befriedigend, es wurde kein Leistungsknick berichtet. Er gehe regelmäßig zur Schule und führe dort kaum Zwangshandlungen aus.

Psychopathologischer Befund: Max war zu allen Qualitäten orientiert, bewusstseinsklar, bei erhaltenen mnestischen Fähigkeiten. Er zeigte sich leicht

antriebsgesteigert, sehr mitteilungsbedürftig, insgesamt jedoch konzentriert und zugewandt. Keine Hinweise auf Störungen des formalen Denkens, fragile Störungen im inhaltlichen Denken, wobei er Äußerungen zu Gedankeneingebung umgehend relativierte. In der Interaktion autistisch anmutend, eingeschränkt, bei adäquater Freundlichkeit und Höflichkeit. Stimmung oder Affekt nicht erkennbar eingeschränkt, jedoch deutliche Anspannung und Leidensdruck. Hinweise auf Zwänge, Wahrnehmungsstörungen und Autoaggressionen waren vorhanden, jedoch keine akute Fremdgefährdung. Keine akute Suizidalität, aufgrund der Belastung jedoch latent geäußert.

Körperlicher Befund: Gepflegter Allgemeinzustand, schlanker Ernährungszustand. Am rechten Oberarm verschiedene Hämatome unterschiedlichen Alters und am Rücken vernarbte reizlose Striemen, anamnestisch nach autoaggressivem Verhalten. Restlicher internistischer Befund unauffällig. In der neurologischen Untersuchung fanden sich keine Befunde von Krankheitswert.

Drogenscreening: Kein Nachweis illegaler Substanzen.

Verlauf: Im stationären Rahmen erlebten wir Max äußerst mitteilungsbedürftig, stets freundlich und angepasst. Eine psychotische Symptomatik und eine Panikstörung konnten ausgeschlossen werden. Zwangshandlungen und selbstverletzendes Verhalten wurden nicht beobachtet. Trotz der emotionalen Stabilisierung während der stationären Krisenbehandlung berichtete Max über die Belastungserprobung nach Hause am Wochenende, dass er auf seinem Zimmer starke Zwangshandlungen ausgeführt habe (sich selbst schlagen).

Max und seine Eltern wurden über die elektiven Behandlungsmöglichkeiten beraten. Eine tagesklinische Behandlung konnte er sich gut vorstellen.

Suizidalität konnte während des gesamten Aufenthaltes sicher ausgeschlossen werden.

Als *Indikation für die tagesklinische Behandlung* wurde berichtet: Bei Max lösten Essgeräusche und Stimmen seiner Eltern intensive Wut und Aggressionen aus, gepaart mit starker Anspannung. Höre er sie kauen oder sprechen, merke er, wie sich Nacken und Schultergürtel massiv anspannen und verkrampfen, gleichzeitig verspüre er rasende Wut, obwohl er seine Eltern liebe und ihnen nichts tun wolle. Er gehe ihnen aus dem Weg, nehme keine gemeinsamen Mahlzeiten mit ihnen ein und habe sich zurückgezogen. Dies habe bereits vor mehreren Jahren begonnen. Zunächst habe er nur die Kau- geräusche seiner Eltern nicht ertragen können, später habe er sich schon im

Gespräch mit ihnen maximal angespannt erlebt und ein Gefühl rasender Wut verspürt.

Auch könne er viele taktile Empfindungen (Stoff auf der Haut; unbeabsichtigte Berührung von Gegenständen) nicht ertragen. Dies löse massiv Ekel und Wut bei ihm aus, was er mit autoaggressiven Handlungen bekämpfe, indem er z.B. gegen eine Wand schlage. Inzwischen schreie er dabei auch, weil er das Gefühl habe, die Anspannung auch verbal herauslassen zu müssen. Er versuche dieses Verhalten zu unterdrücken, aber das für ihn extrem unangenehme Dranggefühl lasse sich nur dadurch beenden, dass er schlage und schreie. Im Anschluss verspüre er kurzfristig Erleichterung, bis sich dieses Gefühl wieder erneut aufbaue.

Außerhalb von zu Hause habe er diese Probleme nicht, in der Schule wirke er diesbezüglich unauffällig, auf Klassenfahrten tauche das Problem ebenfalls nicht auf. Deshalb habe er auch die Idee entwickelt, von zu Hause ausziehen zu müssen.

Weitere Vorgeschichte: Max habe bereits als Baby eine feste Struktur und einen starren Tagesablauf gebraucht. Auf Veränderungen habe er mit massivem Unwillen reagiert. So habe der Wechsel von Winter- auf Sommerschuhe große Verunsicherung ausgelöst. Im Kindergarten sei er sozial unsicher und zurückhaltend gewesen, habe wenig Gefühl dafür gehabt, wie er sich im Umgang mit anderen verhalten solle. Er habe einen Freund gehabt, gefördert durch seine Eltern, mit dem er sich regelmäßig getroffen habe. Während der Grundschulzeit sei er immer etwas seltsam gewesen, in die Klassengemeinschaft integriert, dennoch am Rand stehend. Im Schulverlauf habe er große Probleme mit erhöhten Anforderungen an Selbstorganisation gehabt. Er habe sich schlecht strukturieren können und auch leistungsmäßig verschlechtert.

Die Misophonie habe im Alter von 10 Jahren begonnen. Zunächst sei dies mit der beginnenden Pubertät und dem daraus entstandenen Ablösungswunsch erklärt worden. Wegen des aggressiven Verhaltens sei jedoch bald psychotherapeutische Hilfe gesucht worden. Unter mehrjähriger Therapie habe sich die Symptomatik weiter verschlechtert, so dass er schließlich zu Hause permanent angespannt gewesen sei, fast durchgehend gegen irgendetwas geschlagen habe und daher zahlreiche Hämatome auf beiden Armen, häufig auch am Bauch aufgewiesen habe.

Der Wechsel in eine Jugendhilfwohngruppe habe zu deutlicher Abnahme der Misophonie geführt, Schlagen und Schreien auf unspezifische Berührungsreize sei jedoch bestehen geblieben.

Familienanamnese: In der Verwandtschaft gab es mehrere Personen mit Autismus-Spektrum-Störung.

Behandlungsverlauf: Da mit dem Umzug in die Wohngruppe die Misophoniesymptome in den Hintergrund getreten waren, konzentrierten wir uns darauf, mit Max eine Reduktion seiner Anspannung zu bewirken. Max wurden Grundlagen der progressiven Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson vermittelt. Obwohl er dem Konzept offen gegenüberstand, konnte er sich lange nicht darauf einlassen, PMR regelmäßig einzüben, so dass sich zunächst bei ihm der Eindruck verfestigte „es hilft sowieso nicht.“ Diese Einstellung zeigte er in vielen Bereichen, so dass er häufig als kaum anstrengungsbereit und eher passiv wahrgenommen wurde, obwohl er hohen Leidensdruck und starken Wunsch nach Veränderung angab, ohne jedoch in Bewegung zu kommen.

Während der tagesklinischen Behandlung wurde zudem ein Tourette-Syndrom diagnostiziert. Es fiel Max schwer, sich zur Behandlung der Tics auf Habit Reversal Training einzulassen. Er konnte sich nicht überwinden, Videos von Tics, die nur in seinem Zimmer auftraten, wenn er dort allein war, zu erstellen. Bewegungen, die er während der Tics ausführte, zu demonstrieren, fiel ihm ebenfalls zu schwer. Aufgrund des hohen Leidensdrucks erfolgte in Absprache mit der Familie eine Behandlung mit Tiaprid. Max war zwar sehr an der Medikation interessiert, verneinte bei den regelmäßigen Abfragen aber stets eine erwünschte Wirkung und gab auch keine unerwünschten Arzneimittelwirkungen an, wobei nach Eindruck des Betreuerteams der Wohngruppe eine erwünschte Wirkung bestand.

Die Betreuer der Wohngruppe gaben immer wieder an, wie wichtig es Max war, dass Neuankömmlinge ausführlich über seine Symptomatik aufgeklärt wurden. Auch benutzte er seine Symptomatik als Erklärung, weshalb er basalen Alltagsanforderungen wie Körperhygiene, Aufräumen etc. nicht nachkommen konnte. Auf alternative Bewältigungsmodelle, wie z.B. Aufräumen in Begleitung, Duschen in öffentlichen Schwimmbädern u.a. ließ er sich zunächst nur verhalten ein.

Obwohl Max im täglichen Miteinander höflich, überangepasst und im Sinne sozialer Erwünschtheit agierend wahrgenommen wurde, zeigte er auch oppositionelles Verhalten. So verweigerte er konsequent, sich die Zähne zu putzen. Indem wir mit ihm wiederholt trainierten, sich mehr zu behaupten, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und sich auch in Konfliktgesprächen zu äußern, ließ sich diese Haltung allmählich aufweichen. Max wurde selbstsicherer und wirkte im Umgang mit Jugendlichen authentischer und adäquater.

Lange Zeit schienen er und seine Eltern fast ausschließlich Tics und Misophonie als Ursache innerfamiliärer Spannungen und Konflikte anzusehen. In den Familiengesprächen ging es aber auch darum, die Familienmitglieder, die am Ende ihrer Kräfte schienen, in ihren Bedürfnissen wahrzunehmen und wieder handlungsfähig zu machen. Hier erlebten wir die Eltern als sehr engagiert. Da zunächst bei allen eine große Sorge vor gemeinsamen Gesprächen, die Max ja lange nicht mehr ertragen hatte, zu verspüren war, gaben wir der Familie in jeder Sitzung Aufgaben, um ihnen die Möglichkeit zu geben, sich im gemeinsamen Tun als selbstwirksam zu erleben. Erst unter engmaschiger Anleitung und Begleitung, dann zunehmend auf sich gestellt, gelang es, vorgegebene Themen (z.B. Familienskulptur, Familienvehikel, Familienwappen etc.) zu bearbeiten. Trotz schwieriger und emotional belastender Themen schienen alle die gemeinsame Zeit zu genießen und Max verabschiedete sich von Mal zu Mal herzlicher von seinen Eltern. Auch das als sehr schwierig und verhärtet erlebte Verhältnis zum Vater ließ sich positiver gestalten und beiden gelang es, neue Facetten am Gegenüber zu entdecken. Da sich alle Familienmitglieder als deutlich unabhängiger, autonomer und wieder deutlich besser im Kontakt erlebten und Max sich trotz der noch vorhandenen Symptomatik wieder handlungsfähig erlebte, wurde Max in Absprache mit der Familie aus der tagesklinischen Behandlung entlassen und die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ambulant weitergeführt..

Literatur:

- Aazh, H., Landgrebe, M., Danesh, A. A., & Moore, B. C. (2019). Cognitive Behavioral Therapy For Alleviating The Distress Caused By Tinnitus, Hyperacusis And Misophonía: Current Perspectives. *Psychology research and behavior management*, 12, 991–1002
- Bernstein R, Angell K, Dehle C. A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonía: A case example. *The Cognitive Behaviour Therapist* 2013; 6(10): 1–13
- Brout JJ, Edelstein M, Erfanian M, Mannino M, Miller LJ, Rouw R, Kumar S, Rosenthal MZ(2018) Investigating Misophonía: A Review of the Empirical Literature, Clinical Implications, and a Research Agenda. *Front Neuro-sci* 12: 36
- Bruxner, G. (2015). "Mastication rage": A review of misophonía—an under-recognised symptom of psychiatric relevance? *Australasian Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/1039856215613010>
- Cavanna AE & Seri S. Misophonía: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015;11 2117–2123

- Dozier, T. H. (2015). Treating the initial physical reflex of misophonia with the neural repatterning technique: A counterconditioning procedure. *Psychological Thought*, 8(2), 189–210. <https://doi.org/10.1073/pnas.94.8.4119>
- Dozier TH. *Misophonie verstehen und überwinden: Entstehung und Verlauf, Diagnose und Behandlung*. Lotus-Press. 2., vollst. Überarb. Aufl. 2016
- Dozier TH, Lopez M, Pearson CH. Proposed Diagnostic Criteria for Misophonia: A Multi-sensory Conditioned Aversive Reflex Disorder. *Front. Psychol.* 2017; 8: 1975
- Dozier TH, Morrison KL. Phenomenology of Misophonia: Initial Physical and Emotional Responses. *Am. J. Psychol.* 2017; 130(4): 431–438
- Duddy DF & Oeding KAM (2014) Misophonia: An Overview. *Semin Hear* 2014; 35(02): 084-091. DOI: 10.1055/s-0034-1372525
- Edelstein M, Brang D, Rouw R, Ramachandran VS. Misophonia: Physiological investigations and case descriptions. *Front. Hum. Neurosci.* 2013; 7: 296
- Eijsker N, Schröder A, Smit DJA, van Wingen G, Denys D. Neural Basis of Response Bias on the Stop Signal Task in Misophonia. *Front Psychiatry.* 2019; 10: 765. Published online 2019 Oct 23. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00765
- Erfanian M, Kartsonaki C, Keshavarz A. Misophonia and comorbid psychiatric symptoms: a preliminary study of clinical findings. *Nord J Psychiatry.* 2019;73:219–228 doi:10.1080/08039488.2019.1609086
- Fabijańska A, Rogowski M, Bartnik G, Skarżyński H. Epidemiology of tinnitus and hyperacusis in Poland. In: Hazell JWP [ed.] *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar*. Cambridge, UK–London: The Tinnitus and Hyperacusis Centre; 1999, 569–571
- Fackrell K, Potgieter I, Shekhawat GS, Baguley DM, Sereda M, Hoare DJ. Clinical Interventions for Hyperacusis in Adults: A Scoping Review to Assess the Current Position and Determine Priorities for Research. *BioMed Research International Vol.* 2017 <https://doi.org/10.1155/2017/2723715>
- Ferreira, G. M., Harrison, B. J., & Fontenelle, L. F. (2013). Hatred of sounds: Misophonia disorder or just an underreported psychiatric symptom? *Annals of Clinical Psychology*, 25(4), 271–274
- Frank B, Roszyk M, Hurley L, Drejaj L, McKay D. Inattention in miso-phonía: Difficulties achieving and maintaining alertness. Published online: 19 Sep 2019. <https://doi.org/10.1080/13803395.2019.1666801>
- Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. (2001). Hyperacusis. *Audiology Online*, 1–5
- Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Decreased Sound Tolerance and Tinnitus Retraining Therapy (TRT). *Australian and New Zealand Journal of Audiology* 2002; 24(2): 74–84
- Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Treatments for Decreased Sound Tolerance (Hyperacusis and Misophonia). *Seminars in Hearing* 2014; 35(2): 105–120
- Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, diplacousis, and polyacousis. In: Ceesia GG, Hickok G, editors. *Handbook of Clinical Neurology* 2015; 129: 375–387

- Johnson P, Webber TA, Wu MS, Lewin AB, Murph TK, Storch EA. When selective audio-visual stimuli become unbearable: A case series on pediatric misophonia. *Neuropsychiatry* 2013; 3(6): 1–7
- Kumar, S, Hancock, O, Cope, T, Sedley, W, Winston, J, Griffiths, TD (2014). Misophonia: A disorder of emotion processing of sounds. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(8), e3–e3. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-308883.38>
- Lyle RR. (2015) Medication for Anxiety or Depression. <https://misophoniainstitute.org/383-2/>
- McGuire, JF, Wu, MS, Storch, EA (2015). Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *The Journal of Clinical Psychiatry* 76(5), 1–478 <https://doi.org/10.4088/JCP.14cr09343>
- Natalini E, Dimaggio G, Varakliotis T, Fioretti A, Eibenstein A. Misophonia, Maladaptive Schemas and Personality Disorders: A Report of Three Cases. *J Contemp Psychother* (2019), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09438-3>
- Quek TC, Ho CSH, Choo CC, Nguyen LH, Tran BX, Ho RC. Misophonia in Singaporean Psychiatric Patients: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15, 1410; doi:10.3390/ijerph15071410
- Reid AM, Guzick AG, Gernand A, Olsen B. Intensive cognitive-behavioral therapy for comorbid misophonic and obsessive-compulsive symptoms: A systematic case study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2016; 10: 1–9.
- Rouw R, Efranian M. A Large-Scale Study of Misophonia. *J. Clin. Psychol.* 2018; 74(3): 453–479
- Schröder A, van Diepen R, Mazaheri A, Petropoulos-Petalas D, Soto de Amesti V, Vulink N, Denys D. Diminished N1 Auditory Evoked Potentials to Oddball Stimuli in Misophonia Patients. *Front Behav Neurosci.* 2014; 8: 123. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00123
- Schröder A, Vulink NC, Loon van AJ, Denys DA. Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: An open trial. *J. Affect. Disord.* 2017; 289–294
- Schröder A, Vulink N, Denys D. Misophonia: Diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS One* 2013; 8(1): e54706
- Seebeck A. (2016) Erfahrungsberichte. <https://misophonie.de/erfahrungsberichte>
- Seebeck A. (2019) Geräuschempfindlichkeit oft bei Angehörigen. <https://www.rnd.de/wissen/misophonie-der-hass-auf-gerausche-LHMSLCTBHFKWMKNX6QOZ3R2OGM.html>
- Seebeck A & Dozier TH. Mit Misophonie leben – Bewältigungsstrategien. <https://misophonie.de/mit-misophonie-leben-bewaeltigungsstrategien> [Zugriff 10.12.2019a]
- Seebeck A & Dozier TH. Behandlungsmethoden bei Misophonie. <https://misophonie.de/behandlungsmethoden-bei-misophonie> [Zugriff 10.12.2019b]
- Siepsiak M, Dragan W. Misophonia – a review of research results and theoretical concepts *Psychiatr. Pol.* 2019; 53(2): 447–458
- Taylor S. Misophonia: A new mental disorder? *Medical Hypotheses* 2017; 103: 109–117

- Webber TA, Johnson PL, Storch EA. Pediatric misophonia with comorbid obsessive-compulsive spectrum disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:231.e1–2 doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.10.018
- Wu MS, Lewin AB, Murphy TK, Storch EA. Misophonia: Incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. *J. Clin. Psychol*. 2014; 70(10): 994–1007
- Zhou X, Wu MS, Storch EA. Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2017; 14: 7–12.

Kontaktadresse:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
LVR-Kliniken Viersen
Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Website: <https://klinik-viersen.lvr.de>

Handreichung zur Behandlung stoffgebundener Suchterkrankungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis

*Gemeinsame Suchtkommission der
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
(DGKJP),
Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für
Kinder- und Jugend-psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie (BAG KJPP),
und des Berufsverbands der Ärzte für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
(BKJPP)*

1. Einleitung

1.1 Zusammenfassung

Diese Handreichung richtet sich an Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und andere mit der Behandlung von suchtgefährdeten und von Suchtstörungen betroffenen Kindern und Jugendlichen betraute Fachärzte¹. Es werden speziell für das ambulante Behandlungssetting verschiedene multiprofessionelle Zugänge zu dem suchtgefährdeten und von Suchtstörungen betroffenen Kind bzw. Jugendlichen und dessen Familie beschrieben. Ausführlich dargestellt werden die Methoden der störungsspezifischen Diagnostik, der Motivationserarbeitung und der differenziellen Therapieindikation. Spezielle Nachsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, welche für die poststationäre Behandlung und Betreuung des Kindes bzw. Jugendlichen neben der ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen, werden im letzten Abschnitt der Handreichung erläutert.

¹ z.B. Kinderärzte mit SPV-Zulassung oder ZBW Psychotherapie

1.1 Einführung

Jugendliche erwarten vom Konsum psychotroper Substanzen Glücksgefühle sowie Abbau von Hemmungen, Erhöhung ihres sozialen Status in der Gleichaltrigen-Gruppe und Entlastung von Alltagsproblemen. Nur ein kleiner Teil der konsumierenden Kinder und Jugendlichen entwickelt einen problematischen Substanzgebrauch oder eine Abhängigkeit. Etwa 1 bis 2 Prozent der 12- bis 17-Jährigen geben regelmäßigen Konsum von Cannabis an (Orth, 2016).

Vielfältige biologische (genetische Vulnerabilität und Transmission) und sozioökonomische (Aufwachsen in Armut, außerfamiliäre Unterbringung, soziale Deprivation) Faktoren haben Einfluss auf die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung (Thomasius, Weymann, Stolle & Petersen, 2009; Tretter, 1998). Eine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt sich aufgrund der Unreife des zentralen Nervensystems sowie einer erhöhten Ansprechbarkeit des sogenannten Suchtgedächtnisses in der Pubertät besonders rasch. Zusätzlich besteht bei belastenden Kindheitserfahrungen ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch: Emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung, elterliche Gewalt, psychische Erkrankung oder Suchterkrankung der Eltern, elterliche Trennung/Scheidung und ein Elternteil im Strafvollzug sind in dieser Hinsicht bedeutsame widrige Kindheitserfahrungen (Adverse Childhood Effects, ACE). Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer dieser Kindheitsbelastungen erhöht das Risiko an einer Substanzabhängigkeit zu erkranken (für Nikotinabusus um das 2,2-fache, den Gebrauch illegaler Drogen um das 4,7-fache, übermäßigen Alkoholkonsum um das 7,4-fache und intravenösen Gebrauch illegaler Drogen um das 10,3-fache) (Anda et al., 2007). Anhaltende psychosoziale Belastungen, in deren Zusammenhang psychoaktive Substanzen als Copingstrategie genutzt werden, also der Linderung seelischer Not dienen, können ein weiterer Risikofaktor für Suchtgefährdung und im Falle regelmäßiger Konsummuster für Abhängigkeitsentwicklung sein.

Kinder und Jugendliche mit Suchtproblemen wenden sich in der Regel nicht primär und eigenständig an niedergelassene Ärzte oder Suchtberatungsstellen. Häufig entwickeln sich infolge des Substanzmissbrauchs zunächst Konflikte in der Familie, in der Schule oder in Jugendhilfeeinrichtungen. Probleme bei der Erfüllung schulischer Aufgaben sowie Konflikte mit dem Rechtssystem sind fast immer vorhanden. Betroffene Jugendliche fallen durch eine Vernachlässigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben, Wechsel ihrer Peergroup sowie Verweigerung schulischer Leistung und privater

Verpflichtungen auf. Drogenkonsum und -beschaffung können zu Rechtsüberschreitungen, Drogenhandel (Dealen), Diebstahl und Prostitution führen sowie durch Suchtdruck und substanzbedingte Affektlabilität neben den Substanzwirkungen als solchen in gewalttätige Auseinandersetzungen münden. Die Abhängigkeitserkrankung entwickelt sich in den meisten Fällen vor dem Hintergrund erschwerter Entwicklungsbedingungen. Komorbide psychische Störungen sind häufig anzutreffen, insbesondere frühe Bindungsstörungen, Traumafolgestörungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, affektive Erkrankungen sowie Frühstadien psychotischer Erkrankungen.

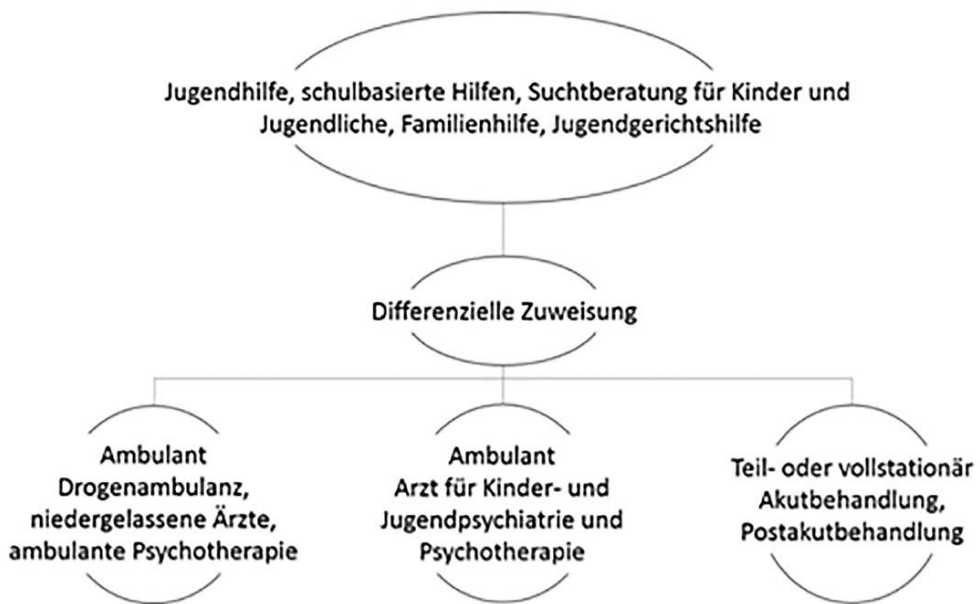


Abbildung 1: Hilfen für suchtgefährdete und abhängige Kinder und Jugendliche

Nur im Ausnahmefall stellt der konsumierende Jugendliche aus eigener Veranlassung ein Hilfesuch. Meistens nehmen betroffene Eltern oder andere Sorgerechtsinhaber, oft auf Initiative von Bezugspersonen aus der Jugendhilfe, Sozialarbeitern oder Streetworkern, wegen der Suchtgefährdung des Kindes oder Jugendlichen mit dem Hilfesystem initialen Kontakt auf.

2. Zugänge zum jungen Patienten

2.1. Multiprofessionelle Zugänge zum Kind/ Jugendlichen und seiner Familie

Betroffene Eltern suchen mit ihrem suchtgefährdeten oder süchtigen Kind häufig niedrigschwellige Beratungs- und Behandlungsangebote in der regionalen Jugend- und Drogenberatungsstelle auf. Andere wenden sich an ihren Haus- oder Kinderarzt. Im günstigen Fall ist der erste Ansprechpartner in ein interdisziplinäres Hilfenetzwerk eingebunden, das die Schülerhilfe, Jugendhilfe, Jugendgerichtshilfe und einen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten umfasst (siehe Abbildung 1). Förderlich ist die enge Zusammenarbeit mit der regionalen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit einem suchtspezifischem Schwerpunkt (siehe im Internet unter: <http://www.dgkjp.de/kliniken>, Kliniktyp: Suchtkliniken).

In der initialen Behandlungsphase des Jugendlichen muss (neben der kinder- und jugendpsychiatrischen und störungsspezifischen Diagnostik) der Erarbeitung von Änderungsmotivation auf Seiten des Jugendlichen besonderer Stellenwert beigemessen werden. Als zielführende therapeutische Methode für Kinder und Jugendliche mit geringer Änderungsmotivation hat sich das *Motivational Interviewing* (Miller, 2015) erwiesen. Bei der Indikationsstellung für weiterführende Hilfen müssen primäre psychische und somatische Störungen sowie Folgestörungen des Substanzmissbrauchs berücksichtigt werden und es sollte erörtert werden, ob ambulante Maßnahmen ausreichen.

Zu Beginn der Behandlung sind die jungen Patienten häufig fremdmotiviert. Sie leisten dem Druck der Eltern nach einer Vorstellung Folge und zeigen kaum Problembewusstsein oder Änderungsbereitschaft. Jede vorschnelle Initiative des Arztes bzw. des Suchttherapeuten ruft beim Patienten leicht Widerstand hervor. Daher muss die Änderungsbereitschaft des Jugendlichen bereits in der initialen Kontaktphase hinreichend analysiert und in ersten Behandlungsschritten aufgegriffen werden.

Die Veränderungsbereitschaft lässt sich mit dem *transtheoretischen Modell* nach Prohaska und di Clemente geeignet beschreiben (siehe Abbildung 2 (Prohaska, 1986)). In vielen Fällen befinden sich die jungen Patienten während des Erstkontaktes im Stadium der Absichtslosigkeit („*precontemplation*“; mitunter auch mit „Sorglosigkeit“ übersetzt). Sie zeigen keine Neigung, ihr problematisches Verhalten zu ändern. Hier besteht die vordringliche Aufgabe darin, ein Problembewusstsein zu schaffen. Psychoedukative Elemente

können mit Motivationsarbeit verbunden werden, wobei sich insbesondere das *Motivational Interviewing* (Miller, 2015) bewährt hat. Ist diese Arbeit erfolgreich, entwickeln die Patienten eine Absicht, irgendwann einmal ihr Verhalten zu ändern. In dieser Phase („*contemplation*“) unterstützt der Therapeut und klärt mit den Patienten etwaige Ambivalenzen, etwa den Widerspruch zwischen Zugehörigkeit zu einer Peergruppe und Aspekten der Gesundheit. In der nächstfolgenden Stufe, der Vorbereitung („*preparation*“), beginnen die Patienten, konkrete Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung zu unternehmen. Beispielsweise stellen sie Überlegungen zu geeigneten Zeitpunkten einer Behandlung oder zur Konsumreduktion an (etwa in den Ferien vs. in der Schulzeit). Kleine aber nachhaltige Schritte sind auch in dieser Phase der Motivationsbildung einer übereilten Handlungsplanung vorzuziehen. Im Handlungsstadium („*action*“) verändern die Patienten tatsächlich ihr Konsumverhalten und bedürfen nun fortwährender Verstärkung durch den Therapeuten. In dieser Phase formt sich das Selbstvertrauen der Patienten aus, und mitunter werden eigene Erwartungen zu hoch gesteckt. Von entscheidender Bedeutung ist hier (wie auch im weiteren Verlauf der Suchttherapie), dass die Verhaltensänderung fortgeführt und aufrechterhalten wird („*maintenance*“). Je länger es dem Jugendlichen gelingt drogenfrei zu leben, desto stärker entwickelt sich das Selbstvertrauen des Jugendlichen.



Abbildung 2: Modell der Motivationsbildung nach Prohaska und Di Clemente. Prozesse des Patienten während der Suchtbehandlung

In dieser Phase des Konsumstopps müssen viele Verhaltensweisen gelernt werden, die mittelbar mit der Funktionalität des Substanzgebrauchs verbunden sind. Hierzu gehört der Umgang mit den alten, oftmals devianten Freunden, das Gewinnen neuer Freunde, die (Neu-)Gestaltung der Beziehungen zu den Eltern (z.B. Autonomiegewinn bei zunehmendem Vertrauen, etwa beim Auszug aus der elterlichen Wohnung), die Schaffung anhaltender gesunder Alternativen zum Drogenkonsum, der Umgang mit Verführungssituationen („*temptation*“) usw. Gelingt die Neuausrichtung individuellen Verhaltens nur unzureichend, besteht die Gefahr von Rückfällen. Mit jedem Rückfall beginnt der Zirkel der Absichtsbildung (siehe Abbildung 2) von neuem. Das Abschlussstadium („*termination*“), also die dauerhafte Verhaltensänderung, stellt das letztendliche Ziel der Interventionen dar.

Wichtig ist es, das Kind bzw. den Jugendlichen in seiner Bedürftigkeit inklusive seiner dysfunktionalen Copingstrategie anzunehmen (siehe Tabelle 1). Zukunftsperspektiven, die oftmals verschüttet sind, sollten wieder zu Tage treten und weiterentwickelt werden können. Die haltende, akzeptierende und stabile Beziehung zu dem Berater, Arzt oder Therapeuten ist notwendig, damit gemeinsam mit dem Kind bzw. Jugendlichen individuelle Entwicklungsfantasien aufgegriffen und eine an der Lebensrealität orientierte Perspektive erarbeitet werden können. Auf dieser Grundlage kann mit dem Kind bzw. Jugendlichen und seiner Familie bzw. der Jugendhilfeeinrichtung eine gegebenenfalls notwendige ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung vorbereitet und die Behandlung von Komorbidität und Folgestörungen des Substanzmissbrauchs initiiert werden.

Tabelle 1:
Substanzkonsum als Copingstrategie – Anforderung an die Therapie

Substanzkonsum als Copingstrategie – Anforderung an die Therapie:

- Das Verhalten macht im aktuellen Lebenskontext Sinn
- Substanzkonsum als derzeit „beste verfügbare Lösung“
- Zielkonflikt: Aufgabe alter Verhaltensweisen und Erlernen neuer Strategien
- Cave: Balance halten zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung

2.2. Psychoedukation und Elternarbeit

Im Rahmen der psychoedukativen Arbeit mit dem suchtgefährdeten oder von Suchtstörungen betroffenen Kind bzw. Jugendlichen und seinen Eltern werden diagnostische Begriffe und Erkrankungsverläufe sowie Inhalte und Strukturen der störungsspezifischen Therapie angesprochen. Zusätzlich sind Erläuterungen über Entstehungsbedingungen der Erkrankung, Förderung von aktiver Krankheitsbewältigung, Beteiligung an Therapieentscheidungen, Verbesserung des Selbstmanagements und der Problemlösefähigkeiten von Relevanz. Das übergeordnete Ziel der Psychoedukation und Elternarbeit besteht darin, eine Veränderungsmotivation beim betroffenen Kind bzw. Jugendlichen und seiner Familie zu erreichen (Bilke-Hentsch & Batra, 2012).

Wertvolle Hilfe leistet in diesem Zusammenhang die *Motivierende Gesprächsführung* nach Miller und Rollnick (Miller, 2015). Durch *Motivierende Gesprächsführung* soll eine stabile therapeutische Beziehung aufgebaut werden, die sich durch Empathie, verstehende Haltung, nicht wertende Akzeptanz, kritische Distanz, Authentizität, Fachkompetenz und Beziehungskonstanz auszeichnet.

Für die Elternarbeit sind je nach Phase der Abhängigkeitsentwicklung folgende Themen relevant: Umfassende Information, Schutz vor der Gewaltbereitschaft betroffener Kinder, Schadensminderungskonzepte, Förderung von Alternativen zum Konsum, Vermeidung von korrigierenden Diskussionen über den Lebensstil. An die Eltern richtet sich die Empfehlung, den Kindern Unterstützung bei der Lebenssicherung zu geben und nicht etwa bei der Drogenbeschaffung, adäquate Anforderungen zu stellen und Grenzen zu setzen sowie positive Erwartungen zu entwickeln. Je nach Situation kann auch die Bearbeitung einer eigenen Suchtproblematik der Eltern bzw. Weiterverweisung erforderlich sein.

3. Diagnostik

Suchtgefährdete und von Suchtstörungen betroffene Kinder und Jugendliche müssen einer umfassenden kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik unterzogen werden. Die ausführliche Anamneseerhebung inklusive strukturierter Drogenanamnese (siehe Kapitel 8.1. *Erweiterte Drogenanamnese*) berücksichtigt zurückliegende und aktuelle Belastungssituationen, psychische Störungen in früher/später Kindheit und Jugend, Risikofaktoren (traumatische Erfahrungen), Schwierigkeiten bei der Bewältigung entwicklungspezifischer Aufgaben und Übergänge, Teilleistungsstörungen und Aufmerksam-

keits- und Hyperaktivitätsstörungen. Bei der Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus wird vor allem die soziale Integration bzw. Desintegration fokussiert (u.a. in den Bereichen Schule, Beruf, Freundschaften, Hobbys, Partnerschaften, Sexualverhalten, Konflikte mit Eltern, Justiz, Schulden). Wichtig ist weiterhin, im Rahmen der Beziehungsanalyse des Familiensystems Ressourcen aufzuspüren und diese in der Therapie dem Jugendlichen und seiner Familie zugänglich zu machen.

Tabelle 2:

Screening-Instrumente zum Einsatz beim suchtgefährdeten und von Suchtstörungen betroffenen Jugendlichen

Name des Screening-Instrumentes	Zweck des Instrumentes	Anzahl der Items	Vorschlag für einen Cut-Off (Autoren)
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Erfassung problematischen Alkoholkonsums	10	6 (<i>Rumpf, Wohler, Freyer-Adam, Grothues, & Bischof, 2013</i>)
CRAFFT-d	Erfassung problematischen Alkoholkonsums	6	2 (<i>Tossmann, Kasten, Lang, & Struber, 2009</i>)
RAFFT-Drogen	Erfassung riskanten Konsums illegaler Drogen	6	2 (<i>Laging, 2005</i>)
Severity of Dependence Scale (SDS)	Erfassung der Schwere der Abhängigkeit von einer Substanz	5	Verschiedene Werte je nach Substanz: 2 (Cannabis) (<i>Baumgärtner & Kestler, 2014</i>)
Cannabis Abuse Screening Test (CAST)	Erfassung problematischen Cannabiskonsums	6	4 (<i>Kraus, 2013</i>)

3.1. Somatische Diagnostik

Die **somatische Diagnostik** umfasst eine Ganzkörperuntersuchung inklusive neurologischem Befund (z.B. auf Hinweise einer Polyneuropathie). Riskantes Sexualverhalten, mangelnde Hygiene und Ernährung sowie Immunschwächen erfordern spezielle Untersuchungen der inneren und äußeren Organe (auch Selbstverletzung) und der entsprechenden Laborparameter. Die Durch-

führung eines Drogenscreenings erfolgt unter Sichtkontrolle oder Verwendung personenbezogener Marker. Polyvalente Konsummuster und stete Neuentwicklungen von teilweise nicht nachweisbaren psychoaktiven Substanzen sollen berücksichtigt werden (siehe Kapitel 8.2. *Nachweisbarkeit von Drogen im Urin* sowie Kapitel 8.3. *Abrechnung von Drogentests im Urin*). Weiterhin sind sexuell übertragbare Krankheiten, HIV, Hepatitis, Tbc und parasitäre Erkrankungen im Blick zu behalten. Die Ableitung von Herz- und Hirnströmen (EKG und EEG) und bei Bedarf eine Durchführung bildgebender Verfahren des ZNS (MRT) sind notwendige diagnostische Maßnahmen.

3.2. Psychodiagnostik

Im Rahmen der Psychodiagnostik hat der riskante Suchtmittelkonsum besonderen Stellenwert. Standardisierte Screeninginstrumente sind gut eingeführt (siehe Tabelle 2).

Sämtliche psychischen Störungen sind differenziert zu erfassen. Symptomorientierte Diagnostik, Erhebung der allgemeinen Symptombelastung und Erfassung der intellektuellen Leistungsfähigkeit, Gedächtnisfunktionen und Konzentrationsfähigkeit ergänzen die Befunde. Die psychiatrische Diagnostik ist zumeist erst nach Abklingen der toxischen Substanzwirkung bzw. Durchführen einer Entzugsbehandlung aussagekräftig.

4. Motivationale Arbeit auf systemischer und individueller Ebene

4.1. Kooperation

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen macht eine enge Zusammenarbeit der niedrigschwelligen Angebote in der Jugend- und Drogenberatung mit Spezialambulanzen, niedergelassenen Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie teil- und vollstationären Behandlungseinheiten in spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken erforderlich. Ein bewährtes Modell ist die in eine Jugend- und Drogenberatungsstelle integrierte kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Drogensprechstunde. Durch enge Kooperation der vor Ort zuständigen und in Suchtfragen erfahrenen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen mit Kollegen aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgebiet wird die Zugangsschwelle in das medizinische Versorgungssystem gesenkt und Übergänge werden für Patienten erleichtert.

Wichtig ist auch eine gute Zusammenarbeit mit Schulen, Ausbildungsstätten und Jugendgerichtshilfen. Pädiatrische Kliniken sind für die Notfallbehand-

lungen zuständig, beispielsweise bei Alkohol- und Drogenintoxikationen, und sollten ihrerseits erstmals auffällige Patienten im Sinne der Hilfeanbahnung an das regionale HaLT-Projekt verweisen.

4.2. Motivational Interviewing

Die motivierende Gesprächsführung (*Motivational Interviewing*) fußt auf der Überzeugung, dass Motivation zur Veränderung von Problemverhalten nicht durch Belehren, Drohen („Entweder Du hörst auf, oder ...“), Moralisieren, Ignorieren oder Abwerten zu erzeugen ist. Solche Interventionen führen beim Kind bzw. Jugendlichen zu Widerstand, Aggression, Verzweiflung oder nur scheinbarem Eingehen auf Vorschläge. Miller und Rollnick (Miller, 2015) haben für die Durchführung motivierender Gesprächsführung vier Behandlungsprinzipien formuliert, die sich auf Empathie, Motivation, Widerstand und Zuversicht beziehen (siehe Tabelle 3). Motivierende Gesprächsführung kann sowohl in der Arbeit mit dem Indexpatienten als auch in der Familienberatung eingesetzt werden.

Empathie ist gekennzeichnet durch aufmerksames Zuhören des Therapeuten, der sich in die Lage des Patienten versetzt um dessen Sichtweise zu verstehen. Seine Annahmen werden dem Patienten zusammenfassend und wertschätzend zur Verfügung gestellt („*einfaches Spiegeln*“).

Die Förderung der *Motivation* erfolgt durch verständnisvolles „Abholen“ des Patienten. Durch den vom Patienten wahrgenommenen Widerspruch („*kognitive Dissonanz*“) zwischen eigenen Werten und Zielen einerseits und selbstschädigendem Verhalten infolge übermäßigen Substanzgebrauchs andererseits soll Veränderungsmotivation geschaffen werden (Demmel & Peltenburg, 2006). Mittels *Change Talk* (Äußerungen in Richtung einer Veränderung) – das laute Nachdenken – können Veränderungen angeregt werden.

Fordert der Therapeut zu viel Veränderung ein, fühlt sich der Patient unter Umständen in seiner Entscheidungsfreiheit bedroht. Es entsteht *Widerstand*. Therapeutisches Ziel ist es daher, den Widerstand des Patienten aufzugreifen, anzuerkennen und zu integrieren, damit eigene konstruktive Lösungen vom Patienten entwickelt werden können. Durch überzeichnende Spiegelung mit Hilfe wohl dosierter Übertreibung kann der Patient angeregt werden, seine Position zu reflektieren. Die zustimmende Wendung erlaubt es dem Therapeuten, den Patienten in seiner korrigierten Wahrnehmung zu bestätigen und eine besondere Bedeutung zu geben. Durch dieses „*Reframing*“ wird dem Patienten eine andere Sicht auf seine Situation eröffnet. Die Neuinterpretation

bietet eine andere Sichtweise an, ohne die Wahrnehmungen des Patienten in Frage zu stellen. Durch die Technik des „*Shifting Focus*“ soll die Aufmerksamkeit des Patienten auf vernachlässigte Aspekte (Hobbys, Freundschaften etc.) gelenkt und die Entwicklung neuer Schlussfolgerungen angeregt werden. Befindet sich der Patient in einer für ihn unlösbaren Situation, beleuchtet der Therapeut beide Seiten des Konfliktes und erkennt die Schwierigkeit an, einen Ausweg zu finden („*Double-sided reflection*“).

Zuversicht hat wesentlichen Anteil an einer Verhaltensänderung. Zuversicht muss erworben werden. Selbstüberschätzung oder Selbstunterschätzung sowie mangelnde Risikowahrnehmung gehen mit erhöhtem Rückfallrisiko einher (Demmel & Peltenburg, 2006). Zuversicht wird durch kritische und realistische Einschätzung, Ermutigung und Erarbeitung von Lösungsstrategien verbessert.

Tabelle 3: Motivierende Gesprächsführung

Grundprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung:

- Empathie ausdrücken
- Diskrepanz entwickeln
- Widerstand aufnehmen
- Beweisführung vermeiden
- Selbstwirksamkeit fördern

5. Indikationsstellung

5.1. Differenzielle Indikationsstellung in Abhängigkeit von der Intensität des Substanzgebrauchs

In Abhängigkeit von der Intensität des Substanzgebrauchs, dem Vorhandensein und Ausmaß komorbider psychischer Störungen, der psychosozialen Lebensumstände sowie der Risiken für fortgesetzten Substanzmissbrauch wird ermittelt, ob eine ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Behandlung der Jugendlichen indiziert ist. Bei Kindern und Jugendlichen kann eine stationäre Behandlung auch in dem Fall indiziert sein, wenn noch keine manifeste Abhängigkeitserkrankung, wohl aber eine hochgradige psychosoziale Entwicklungsgefährdung im Rahmen eines beginnenden Substanzmissbrauchs besteht.

Tabelle 4: Differenzielle Indikationsstellung (nach Thomasius et al., 2009)

Die differenzielle Indikationsstellung zur Behandlung substanzbezogener Störungen ist abhängig von:

- körperlichen Auswirkungen
- psychischen Funktionsstörungen
- Entwicklungsstörungen
- komorbiden psychischen Störungen

In Tabelle 5 werden unterschiedlichen Ausprägungsgraden bei Intoxikationen, Entzugssymptomen, Verhaltensproblemen, Behandlungsbereitschaft und Rückfallgefahr die jeweils am besten geeigneten Behandlungssettings zugeordnet (Frühintervention, ambulante Behandlung, intensive ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, stationäre Intensivbehandlung).

6. Stationäre Aufnahme

6.1. Vorbereitung zur stationären Behandlung

Besteht die Indikation zu einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung und gelingt es, das Kind oder den Jugendlichen und seine Familie für eine stationäre Behandlung zu gewinnen, ist eine elektive Aufnahme anzustreben.

Bei der Vorbereitung auf die stationäre Behandlung müssen sowohl die Sorgeberechtigten als auch das Kind bzw. der Jugendliche in Vereinbarungen einbezogen werden. In vorausgehenden Gesprächen sind die therapeutischen Maßnahmen und die weitere Perspektivklärung zu erörtern. Die Psychoedukation sollte begleitend fortgesetzt werden. Dabei werden Zusammenhänge zwischen seelischer Erkrankung und Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit im familiären System angesprochen. Es ist sinnvoll, den Allgemeinen Sozialdienst der Kommune frühzeitig einzubeziehen, damit die sich in vielen Fällen an die qualifizierte Entzugsbehandlung und die Behandlung der komorbiden Störungen anschließenden rehabilitativen Maßnahmen (nach SGB VIII §35a, SGB IX oder SGB V) ambulant, teil- oder vollstationär rechtzeitig gebahnt werden. Größtmögliche Transparenz und Teilhabe an Entscheidungsprozessen stärken und stützen die Selbstverantwortung des Kindes bzw. Jugendlichen und sind der erste Schritt in Richtung einer neu erlebten Selbstwirksamkeit.

Tabelle 5:**Differenzielle Indikationsstellung für unterschiedliche Behandlungssettings (nach McLellan et al., 1992)**

Behandlung Art der Störung	Frühintervention	Ambulante Behandlung	Intensive ambulante Behandlung	Stationäre Behandlung	Stationäre Intensivbehandlung
Akute Intoxikation Entzug	Kein Entzugsrisiko	Kein Entzugsrisiko	Keine manifesten Entzugssymptome	Entzugsrisiko	Schweres Entzugsrisiko
Verhaltensprobleme	Keine, sehr stabil	Keine oder geringe	Milder Schweregrad	24-h strukturiertes Setting erforderlich	Schwere Probleme, 24-h psychiatrische Intensivbehandlung
Akzeptanz, Kooperation	Möchte verstehen, wie Drogenkonsum persönliche Ziele beeinflusst	Kooperativ, aber benötigt Motivation und Überwachung	Widerstand gegen die Behandlung ambulant noch steuerbar	Hoher Widerstand trotz negativer Konsequenzen, Motivationsarbeit	
Rückfallgefahr	Benötigt Verständnis oder Anreiz um Gebrauchsmuster zu verändern	Kann Abstinenzziel mit minimaler Unterstützung erreichen	Abhängigkeitssymptome, hohe Rückfallgefahr, engmaschige Betreuung und Monitoring erforderlich	Kann den Konsum nicht kontrollieren, benötigt ganztägig vorgegebene Struktur	

6.2. Behandlung gegen den Willen des Betroffenen

Auf Antrag der Sorgeberechtigten kann beim Amtsgericht eine Unterbringung nach §1631b BGB erfolgen, wenn der substanzabhängige Jugendliche keine Änderungsmotivation hat und eine besondere Bedrohlichkeit für die biopsychosoziale Entwicklung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen besteht. Um die Freiheit des Kindes oder Jugendlichen einschränken zu dürfen, ist eine fachärztliche kinder- und jugendpsychiatrische Stellungnahme erforderlich. Eine Begutachtung kann, falls diese nicht ambulant durchzuführen ist, auch stationär erfolgen. Nachrangig ist die Unterbringung nach Psych-KG (länderspezifische Regelungen) oder bei akuter Kindeswohlgefährdung für die Dauer von 24 Stunden eine Inobhutnahme in einer Klinik durch das Jugendamt zu erwägen. In diesem Fall muss für die Fortsetzung der Behandlung unter Freiheitsentziehung anschließend die Genehmigung eines Gerichtes eingeholt werden.

6.3. Besondere Aspekte

Umso jünger der betroffene Patient ist, desto wichtiger ist es, angemessene Diagnostik und therapeutische Maßnahmen zeitnah anzubieten. Der Verbleib in einer Drogenszene mit allen somatischen, neurobiologischen und psychosozialen Risiken verursacht zusätzliche Schäden und zwingt zum zeitnahen Handeln. Bei Entwicklungsretardierung bzw. psychosozialer Reifeverzögerung kann erwogen werden, auch über 18-Jährige auf dem Boden der Freiwilligkeit und Regelakzeptanz in ein kinder- und jugendpsychiatrisches und -psychotherapeutisches Setting zu integrieren. Übergänge in die Versorgungsstrukturen für erwachsene Suchtkranke sind dann im Anschluss zu bahnen.

7. Nachsorge

7.1. Vorbereitung der Entlassung

Zum Zeitpunkt der Vorbereitung einer stationären Behandlung lässt sich die Notwendigkeit für eine poststationäre Behandlung und Betreuung des Kindes bzw. Jugendlichen in vielen Fällen noch nicht absehen. Häufig können diese Fragen erst im letzten Abschnitt der stationären Behandlung im Rahmen von Helferkonferenzen mit allen Beteiligten geklärt werden (neben dem Betroffenen und dessen Sorgeberechtigten sowie Therapeuten ASD, Suchthilfe, Jugendgerichtshilfe, Schule, Ausbildungsstätte, Freizeiteinrichtung). Niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychothe-

rapie, Institutsambulanzen, (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeuten und Institutionen der Suchtkrankenhilfe sind unverzichtbare Partner bei der Nachsorge, ebenso im Rahmen einer Intervallbehandlung sofern während einer stationären Behandlung kurzfristige Entlassungen zur Verbesserung der Motivation nach Regelverstößen erfolgen müssen oder wenn, was oft vorkommt, die Jugendlichen eine Behandlung vor deren regulärer Beendigung abbrechen (s. auch unter Krisenintervention).

7.2. Extrafamiliäre Betreuung und Wiedereingliederung

Ist eine Reintegration in das Familiensystem nicht möglich oder kontraindiziert, so ist frühzeitig mit der Familie und dem Kind oder Jugendlichen über eine notwendige räumliche Trennung zu sprechen. Im psychotherapeutischen Prozess muss sogenannte „Enttäuschungsarbeit“ geleistet werden, da notwendige emotionale und soziale Voraussetzungen für die weitere Förderung einer gesunden Entwicklung von Seiten der Eltern unter Umständen nicht zur Verfügung stehen. Weichenstellungen dieser Art im Rahmen einer ambulanten Behandlung können ggf. auch eine stationäre Phase überflüssig machen.

7.3. Weiterbetreuung in der Jugendhilfe nach § 35a SGB VIII

Im Anschluss an die stationäre Behandlung des substanzabhängigen Kindes oder Jugendlichen werden häufig Maßnahmen der Jugendhilfe für notwendig erachtet. Sie sind auf die speziellen Bedürfnisse und die Notwendigkeit zur Teilhabeförderung ausgerichtet. Diese Maßnahmen stellen pädagogische und therapeutische Förderung auch über einen längeren Zeitraum sicher. Pädagogische und therapeutische Maßnahmen (ambulant, teil- und vollstationär) in der Jugendhilfe nach § 35a SGB VIII werden auf Antrag der Sorgeberechtigten und/oder des betroffenen Jugendlichen nach Maßgabe der Jugendhilfeplanung eingerichtet. Dafür ist ein Gutachten (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) vorzulegen. Die spezialisierten Einrichtungen der Jugendhilfe weisen strukturgebende und andere auf den Substanzmissbrauch ihrer Klienten ausgerichtete Strukturmerkmale auf. Sie unterhalten enge Kooperationen mit Schulen und Ausbildungsstätten oder halten diese selber vor.

7.4. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nach SGB V

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sind von kürzerer Dauer als die Maßnahmen der Jugendhilfe. Die medizinische Rehabilitation hat zum Ziel Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen wieder die möglichst dauerhafte Eingliederung in Schule, Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen. Dem dienen die Erhaltung der Abstinenz, die weitgehende Behebung oder der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen und der Erwerb und die Stabilisierung sozialer Kompetenzen. Anträge auf medizinische Rehabilitation müssen frühzeitig mit den Krankenkassen abgestimmt werden. In sehr wenigen Regionen Deutschlands können medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in der gleichen Einrichtung erfolgen, in der auch die Akutbehandlung durchgeführt wurde oder in der gleichen Einrichtung, in der anschließend eine längerfristige Jugendhilfemaßnahme durchgeführt wird. Zur Struktur und zu Qualitätsaspekten der medizinischen Rehabilitation für suchtkranke Jugendliche wurde von der Gemeinsamen Suchtkommission der Fachgesellschaft und Verbände ein Positionspapier erarbeitet (siehe im Internet unter: <http://www.dgkjp.de/aktuelles/465-stellungnahme-der-gemeinsamen-suchtkommission-von-bag-kjpp-bkjpp-und-dgkjp>).

7.5. Reintegration in das Familiensystem und gesellschaftliche Teilhabe

Die Rückführung in die Familie des Kindes oder Jugendlichen muss über Belastungserprobungen, tagesklinische Behandlung und anschließend durch weiterführende sozialpädagogische und therapeutische Begleitung derart gestaltet werden, dass eine Rückfallgefährdung frühzeitig erkannt und bearbeitet werden kann. Der Erfolg der stationären Entzugsbehandlung inklusive Behandlung der komorbiden psychischen Störungen lässt sich unter anderem auch daran ermesen, ob dem Kind bzw. Jugendlichen im Anschluss an die stationäre Behandlung weiterführende Hilfen zur Verfügung stehen: Jugendhilfemaßnahmen, Reintegration in Schule oder berufliche Ausbildung, strukturierte Freizeitaktivität, Gleichaltrigenkontakte zu nicht drogenkonsumierenden Kindern und Jugendlichen, Urinkontrollprogramme sowie kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Nachsorge.

7.6. Behandlung von Komorbidität

Für Kinder und Jugendliche, die neben ihrer Abhängigkeitserkrankung eine Traumafolgestörung, Psychose, Persönlichkeitsentwicklungsstörung, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung oder eine andere seelische Störung aufweisen, ist eine kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Weiterbehandlung erforderlich, um die Rückfallgefährdung zu reduzieren.

7.7. Krisenmanagement

Bei vorzeitiger Entlassung aus stationärer Behandlung, Rückfall oder problematischer Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen ist die Kooperation von Helfern, Familien und Betroffenen erforderlich. Wie bei allen anderen zur Chronifizierung neigenden psychischen Erkrankungen müssen die Möglichkeiten des Krisenmanagements mit allen Beteiligten frühzeitig geklärt werden: Rückfallmanagement, Krisenbewältigung in Familie, Jugendhilfeeinrichtung, Schule und Ausbildungsstätte, Notfallbehandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis.

7.8. Überleitung in das Versorgungssystem für Erwachsene

Damit sich junge Erwachsene, die bereits im Jugendalter kinder- und jugendpsychiatrisch und -psychotherapeutisch aufgrund von Suchtgefährdung oder Suchterkrankung behandelt wurden, in den Strukturen des Hilfesystems für Erwachsene auskennen und Hilfestellung erhalten können, ist eine rechtzeitige Aufklärung und Begleitung notwendig. Das psychosoziale Hilfe- und Betreuungsnetz für Erwachsene weist erhebliche Unterschiede auf, sowohl im rechtlichen Bereich als auch in den Versorgungsstrukturen. Erwachsene Patienten nehmen Hilfen eigeninitiativ und selbstständig in Anspruch. Ihre rechtlichen Ansprüche in Krankenversorgung, Rehabilitation und Wiedereingliederung ändern sich. In der Transition vom Jugend- zum Erwachsenenalter sollte der Kontakt zu Suchtberatern und Sozialarbeitern rechtzeitig gebahnt werden. Behandlungsdokumentationen über den bisherigen Verlauf sowie Bewertungen weiteren Hilfebedarfs sollten mit dem Betroffenen besprochen und Informationen mit seinem Einverständnis an Weiterbehandelnde weitergereicht werden. Im Falle intensiven Hilfebedarfs sind gemeinsame Helferkonferenzen in Betracht zu ziehen.

8. Anlagen

8.1. Drogenanamnese

Substanz	Alter bei Erstgebrauch (in Jahren)	Aktuelle Dosis	Art und Weise der Einnahme 1- oral, 2 - nasal 3- geraucht, 4 - i. v.	Phasen exzessiven Gebrauch in den letzten 6 Monaten	Regelmäßiger Gebrauch in den letzten 6 Monaten	Absetzversuche ja/nein
Nikotin						
Alkohol						
Cannabis*						
Amphetamin						
Ecstasy						
Crystal						
Kräutermischung Badesalze						
LSD						
Psilocybin						
Meskalin						
Liquid Ecstasy GHB						
Heroin						
Methadon						
L-Polamidon						
Buprnormorphin						
Benzodiazepine						
Kokain						
Crack						
Ketamin						
Schnüffelstoffe (Deo, Feuerzeug- gas, Lachgas)						
Pflanzliche Stoffe						
Medikamente Tabletten						

* auch synthetische Cannabinoide (z.B. Spice)

Entzugserscheinungen: _____

Letzte Einnahme: _____

Besonderheiten (Toleranz, Kontrollverlust): _____

Juristische Probleme: _____

Wieviel Geld hast Du im letzten Monat für Drogen ausgegeben: ca. _____ Euro

Aus welcher Quelle stammt dieses Geld? _____

8.2. Nachweisbarkeit unterschiedlicher Substanzen im Urin

Substanz	Szenename	Symptomatik des Rausches	Nachweisbarkeit im Urin, bezogen auf Standard Cut-off
Alkohol	Alk	Stimmung abhängig von der Menge	bis 12 h
Amphetamin	Speed, Pep	Euphorie, Leistungssteigerung	1-3 Tage
Metamphetamin	Crystal, Ice	Euphorie, gesteigerte Leistungsfähigkeit	1-3 Tage
Ecstasy (MDMA)	XTC, Adam	Euphorie, gesteigertes Mitteilungsbedürfnis	1-3 Tage
Barbiturate	Barbs, Barbis, Downers	Reduziertes Urteilsvermögen, Benommenheit	1 Tag bis mehrere Wochen
Buprenorphin		Reduzierter Suchtdruck	2-6 Tage
Benzodiazepin	Benzos, Rohyps	Angstlösend, beruhigend	1-3 Tage bis zu mehreren Wochen
Cannabis (THC)	Shit, Joint, Gras	Innere Ruhe, Mitteilungsbedürfnis, Halluzinationen	Wenige Stunden (THC) 2-3 Tage (THC-COOH) bis zu 4 Wochen bei regelmäßigem Konsum
Ketamin	Ket, Lady K, Kitty	Halluzinationen, Depersonalisationserleben	2-4 Tage
Kokain	Koks, Schnee, Crack	Euphorie, gesteigertes Selbstbewusstsein, Antriebssteigerung	2-4 Tage
Methadon	Po, Dollies,	Reduzierter Suchtdruck	1-7 Tage
Methaqualon	Sven-one fours, Lemmon 714	Aphrodisierend, Euphorie	3-7 Tage
Opiate	Stoff, white stuff, H	Beruhigend, entspannend	2-4 Tage
Phencyclidin	Angel Dust, Peace Pill	Verwirrtheit, Aggressivität	7-14 Tage
LSD	Acid	Halluzinationen	2-4 Tage

8.3. Abrechnung von Drogentests im Urin

Substanz	Ziffer EBM	€ (Stand 2016)	Ziffer GOÄ	€
Amphetamin Metamphetamin	32140	3,05	A 4211	8,74
Barbiturate	32141	3,05	A 4211	8,74
Benzodiazepine	32142	3,05	A 4211	8,74
Cannabinoide, THC	32143	3,05	A 4211	8,74
Kokain	32144	3,05	A 4211	8,74
Methadon	32145	3,05	A 4211	8,74
Opiate	32146	3,05	A 4211	8,74
Phencyclidin, PCP	32147	3,05	A 4211	8,74
Buprenorphin- hydrochlorid	32147	3,05	A 4211	8,74
Urinkontrollstick	32030	0,50	3511	5,79

8.4. Literatur

- Anda, R. F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse Childhood Experiences and Prescribed Psychotropic Medications in Adults. *Am J Prev Med*, 32(5), 389-394. doi: 10.1016/j.amepre.2007.01.005
- Baumgärtner, T., Kestler, J. (2014). Suchtmittelgebrauch, Computerspielverhalten, Internetnutzung und Glücksspielerfahrungen von Jugendlichen in Hamburg und drei kommunalen Modellregionen in Deutschland. Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-regional-Studie 2012. Hamburg: Büro für Suchtprävention.
- Bilke-Hentsch, O., Bartra, A. (2012). Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. In A. Batra (Ed.), *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*; 52 Tabellen; Stuttgart u.a.: Thieme.
- Demmel, R., Peltenburg, M. (2006). *Motivational Interview - Kommunikation auf gleicher Augenhöhe [DVD]*: Neuland Verlagsgesellsch. .

- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Gomes de Matos, E. (2013). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. *59*(6), 309-320.
- Laging, M. (2005). Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. *Prävention, 1*, 9-12.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G. & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat, 9*(3), 199-213.
- Miller, W. R. (2015). *Motivational interviewing* (3. Auflage des Standardwerks in Deutsch ed.), Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. *BZgA-Forschungsbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Proschka, J., DiClemente, C.C. (1986). Towards a comprehensive Model of change. In W. Miller, Heather, N (Ed.), *Treating Addictive Behaviors - Processes of Change*. New York: Springer US.
- Rumpf, H. J., Wohler, T., Freyer-Adam, J., Grothues, J. & Bischof, G. (2013). Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *Eur Addict Res, 19*(3), 121-127. doi: 10.1159/000342331
- Stolle, M., Thomasius, R. (2008). Differenzialdiagnostik. In M. Schulte-Markwort, U. J. Küstner & P. Riedesser (Eds.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (1. Aufl.): Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O. & Reis, O. (2016). Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. *SUCHT 62*(2), 107-111.
- Thomasius, R., Weymann, N., Stolle, S., Petersen, K. U. (2009). Cannabiskonsum und -missbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Psychotherapeut 54*, 170-178. doi:10.1007/s00278-009-0662-x
- Tossmann, P., Kasten, L., Lang, P., & Struber, E. (2009). [Determination of the concurrent validity of the CRAFT-d - a screening instrument for problematic alcohol consumption]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 37*(5), 451-459. doi: 10.1024/1422-4917.37.5.451
- Tretter, F. (1998). *Ökologie der Sucht - Das Beziehungsgefüge. Mensch - Umwelt - Droge*. Göttingen: Hogrefe.

Autoren:

Dr. Edelhard Thoms, Prof. Dr. Rainer Thomasius, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Dr. Peter Melchers, Dr. Marianne Klein, Dr. Gisela Schimansky, Thomas Krömer, PD Dr. Olaf Reis

*Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission
der kinder- und jugendpsychiatrischen
Fachgesellschaft und Verbände
(DGKJP, BAG KJPP, BKJPP)*

**zu medienbezogenen Störungen im
Kindes- und Jugendalter**

*Kerstin Paschke, Martin Holtmann, Peter Melchers,
Marianne Klein, Gisela Schimansky, Thomas Kroemer,
Olaf Reis, Lutz Wartberg & Rainer Thomasius*

Zusammenfassung

Digitale Medien und das Internet entwickeln sich rasant. Sie sind ein fester und wichtiger Bestandteil unseres Alltags. Gefahren können v.a. für Kinder und Jugendliche entstehen, wenn die Nutzung unkontrolliert und nicht alterssprechend erfolgt. Daher ist es zentral, Kinder und Jugendliche zu kompetenten Usern zu erziehen, deren Selbstwirksamkeit im realen Leben gefördert wird. Gleichzeitig muss ein pathologisches Nutzungsmuster bestmöglich und frühzeitig erkannt werden, um einer Störung optimal entgegen wirken zu können. So sollten diejenigen schnellstmöglich erreicht werden, deren Nutzung mit Leid und dramatischen negativen Konsequenzen für ihren Alltag und ihre Entwicklung einherzugehen droht.

Unter der Bezeichnung medienbezogene Störungen wird sowohl eine problematische Nutzung des Internets und bestimmter Devices generell als auch ein problematischer Gebrauch bestimmter Anwendungen zusammengefasst. Im Kindes- und Jugendalter kommen hierbei den Anwendungen Computerspiele und Soziale Netzwerke die größte Bedeutung zu. Als bislang einzige Entität der medienbezogenen Störungen wurde die Computerspielstörung

2013 als Forschungsdiagnose in das DSM-5 und im Juni 2018 als klinische Diagnose in die Online-Version der ICD-11 aufgenommen. Von einer Störung ist demnach auszugehen, wenn in den vorangegangenen 12 Monaten ein Kontrollverlust bezüglich des Spielens mit zunehmender Priorisierung gegenüber anderen Lebensbereichen unter Fortsetzung des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen und mit signifikanter Störung wichtiger persönlicher

Funktionsbereiche besteht. Die Prävalenz der medienbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendbereich liegt in Deutschland bei 3 bis 5%. Bei der Mehrzahl der Betroffenen geht sie mit komorbiden internalisierenden und externalisierenden Störungsbildern einher. Im Rahmen der Diagnostik stehen neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Exploration mehrere deutsche Fragebögen zur Verfügung, wobei ein einheitliches klinisches Vorgehen bislang fehlt.

Nach dem (biopsychosozialen) Integrativen Prozessmodell der Internetsucht werden medienbezogene Störungen als das Ergebnis dysfunktionaler Lernprozesse unter Wechselwirkung allgemeiner und spezifischer Risikofaktoren verstanden. Neurobiologische Forschungsergebnisse unterstützen die Annahme einer Zuordnung der medienbezogenen Störungen zu den Verhaltenssuchten mit ähnlichen neuronal strukturellen und funktionellen Veränderungen wie bei substanzgebundenen Süchten.

Maßnahmen zur Prävention der medienbezogenen Störungen richten sich niedrigschwellig an Nutzer und Bezugspersonen mit dem Ziel einer alltagsadäquaten Nutzung unter Stärkung von Medien- und Lebenskompetenzen. Im Zuge der Einleitung und Durchführung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen sind sowohl die Politik, als auch Kindergärten und Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Beratungsstellen, Ärzte (Kinderärzte, Hausärzte, Kinder- und Jugendpsychiater) sowie Therapeuten gefragt.

Im Rahmen frühinterventorischer Maßnahmen bei missbräuchlichem oder pathologischem Nutzungsverhalten stehen onlinebasierte oder persönliche Beratungs-, familieninterventorische und ambulante gruppentherapeutische Angebote zur Verfügung. Die (teil-) stationäre i.d.R. mehrmonatige Therapie manifester Störungen (und bestehender Komorbiditäten) basiert auf kognitiv-behavioralen Therapieelementen und ist phasengesteuert. Der Einbeziehung der Eltern in den therapeutischen Prozess kommt eine ...

Unter der Bezeichnung *medienbezogene Störungen* wird sowohl eine problematische Nutzung des Internets und bestimmter Devices generell als auch ein problematischer Gebrauch bestimmter Anwendungen zusammen-

gefasst. Im Kindes- und Jugendalter kommen hierbei den Anwendungen Computerspiele und Soziale Netzwerke die größte Bedeutung zu. Als bislang einzige Entität der *medienbezogenen Störungen* wurde die Computerspielstörung 2013 als Forschungsdiagnose in das DSM-5 und im Juni 2018 als klinische Diagnose in die Online-Version der ICD-11 aufgenommen. Von einer Störung ist demnach auszugehen, wenn in den vorangegangenen 12 Monaten ein Kontrollverlust bezüglich des Spielens mit zunehmender Priorisierung gegenüber anderen Lebensbereichen unter Fortsetzung des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen und mit signifikanter Störung wichtiger persönlicher Funktionsbereiche besteht. Die Prävalenz der *medienbezogenen Störungen* im Kindes- und Jugendbereich liegt in Deutschland bei 3 bis 5%. Bei der Mehrzahl der Betroffenen geht sie mit komorbiden internalisierenden und externalisierenden Störungsbildern einher. Im Rahmen der Diagnostik stehen neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Exploration mehrere deutsche Fragebögen zur Verfügung, wobei ein einheitliches klinisches Vorgehen bislang fehlt.

Nach dem (biopsychosozialen) Integrativen Prozessmodell der Internetsucht werden *medienbezogene Störungen* als das Ergebnis dysfunktionaler Lernprozesse unter Wechselwirkung allgemeiner und spezifischer Risikofaktoren verstanden. Neurobiologische Forschungsergebnisse unterstützen die Annahme einer Zuordnung der *medienbezogenen Störungen* zu den Verhaltenssuchten mit ähnlichen neuronal strukturellen und funktionellen Veränderungen wie bei substanzgebundenen Süchten.

Maßnahmen zur Prävention der *medienbezogenen Störungen* richten sich niedrigschwellig an Nutzer und Bezugspersonen mit dem Ziel einer alltagsadäquaten Nutzung unter Stärkung von Medien- und Lebenskompetenzen. Im Zuge der Einleitung und Durchführung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen sind sowohl die Politik, als auch Kindergärten und Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Beratungsstellen, Ärzte (Kinderärzte, Hausärzte, Kinder- und Jugendpsychiater) sowie Therapeuten gefragt.

Im Rahmen frühinterventorischer Maßnahmen bei missbräuchlichem oder pathologischem Nutzungsverhalten stehen onlinebasierte oder persönliche Beratungs-, familieninterventorische und ambulante gruppentherapeutische Angebote zur Verfügung. Die (teil-) stationäre i.d.R. mehrmonatige Therapie manifester Störungen (und bestehender Komorbiditäten) basiert auf kognitiv-behavioralen Therapieelementen und ist phasengesteuert. Der Einbeziehung der Eltern in den therapeutischen Prozess kommt eine be-

sondere Bedeutung zu. Bislang existieren kaum kontrollierte Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Präventions- und Interventionsmaßnahmen bei *medienbezogenen Störungen* im Kindes- und Jugendalter. Eine Vertiefung der Forschung sollte daher dringend angeregt und ausgeführt werden.

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Im Zuge einer rasanten Entwicklung in der digitalen Welt ist die Nutzung des Internets zur Unterhaltung, zur Kommunikation und zur Informationsgewinnung nicht mehr wegzudenken. Besonders Jugendliche, die als *digital natives* von ihren ersten Lebensjahren an digitale Medien kennen, weisen eine besondere Affinität zu diesen und dem Internet auf. Das bildet sich in hohen Nutzungszeiten ab: In einer in Deutschland 2017 untersuchten repräsentativen Stichprobe von 12- bis 19-Jährigen lagen die täglichen Nutzungszeiten bei 221 Minuten täglich mit vergleichbaren Werten von Jungen (227 Minuten) und Mädchen (215 Minuten; Feierabend, Plankenhorn & Rathgeb, 2017). Digitale Medien und die Vernetzung über das *World Wide Web* bieten eine Vielzahl von Möglichkeiten im schulischen und privaten Kontext (z.B. Möglichkeiten zur Informationssuche, Nutzung von individualisierten Lernprogrammen, politischer Diskurs, Nutzung von Unterhaltungsangeboten, soziale Vernetzung). Sie beinhalten eine Vielzahl positiver Verstärker und adressieren typische Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters, wie die Entdeckung und Erschaffung neuer Welten, Erprobung neuer Rollen im sozialen Kontext, soziale Vergleiche eigener Fähigkeiten, zielgerichtete Bewältigung komplexer Aufgaben usw. Gleichzeitig ist in den letzten Jahren ein zunehmendes Bewusstsein für die Gefahren digitaler Medien und des Internets besonders für Jugendliche entstanden (für einen Überblick dazu siehe z.B. Cerniglia et al., 2017). Dies beinhaltet sowohl einen erleichterten Zugang zu nicht-altersangemessenen Inhalten, zu einer Vielzahl legaler und illegaler Produkte, die Gefahr von Cybermobbing, den Missbrauch von persönlichen Informationen, geteilten Fotos und Videos, den Kontakt zu Usern, die jugendliche Unbedarftheit für einen persönlichen Vorteil auszunutzen versuchen, aber auch Gefahren durch eine pathologische Nutzung, im Rahmen derer Leid entsteht und die Bewältigung von Entwicklungs- und Alltagsaufgaben gestört wird. Im Zuge der rasanten Weiterentwicklung und breiteren Verfügbarkeit digitaler Inhalte finden sich zunehmend Beschreibungen von Personen, denen eine vollständig kontrollierte und selbstbestimmte Nut-

zung nicht mehr möglich ist (Rehbein, Mößle, Araud & Rumpf, 2013). Bereits in den 1990er-Jahren wurden Abhängigkeitssymptome in Bezug auf die Nutzung digitaler Medien beschrieben, die mit einem exzessiven Gebrauch und der Unfähigkeit einher gehen, die Häufigkeit und Dauer der Nutzung zu beschränken (Young, 1998). Auf der Grundlage neu entstandener Lebenswelten bergen digitale Medien für eine Gruppe von Nutzern Risiken für die Entstehung einer Sucht. Aus entwicklungspsychologischer Sicht gab es in den letzten 70 Jahren keinen im Ausmaß vergleichbaren neu aufgetretenen Einflussfaktor auf die Kindheit und Adoleszenz.

1.2 Begrifflichkeiten

Bezogen auf die problematische Nutzung digitaler Medien und des Internets haben sich Suchtforscher im deutschsprachigen Raum auf die übergeordnete Bezeichnung der *Internetbezogenen Störungen* geeinigt (Rumpf et al., 2016). Dieser Sammelbegriff umfasst sowohl eine ausgeprägte Störung mit klinischer Bedeutung im Sinne einer Internetabhängigkeit wie auch mildere Ausprägungsgrade einer fortgesetzten schädlichen oder missbräuchlichen Nutzung, die mit negativen Folgen für die betroffene Person verbunden ist, aber noch nicht die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllt. Weiterhin werden hierunter auch riskante Nutzungsweisen verstanden, die als Vorformen einer ausgeprägten Störung angesehen werden.

In der internationalen Literatur finden sich synonyme Bezeichnungen wie *Internetsucht (Internet addiction)*, *pathologischer Internetgebrauch (pathological Internet use)*, *exzessive Internetnutzung (excessive Internet use)* oder *zwanghafte Internetnutzung (compulsive Internet use)*; Petersen, Hanke, Bieber, Mühleck & Batra, 2016).

Generell wird das Konzept einer *allgemeinen Internetsucht* zunehmend kritisiert (z.B. Starcevic & Aboujaoude, 2017) und empirische Befunde sprechen dafür zwischen der problematischen Nutzung verschiedener digitaler Anwendungen zu differenzieren (z.B. Király et al., 2014). Hierzu zählen nach Young (1998) die Abhängigkeit von Internetpornographie, die Abhängigkeit von Onlinebeziehungen („Social Media Disorder“, siehe van den Eijnden, Lemens, & Valkenburg, 2016), die Abhängigkeit von monetären Angeboten wie Glücksspiel, Auktions- und Shoppingseiten, abhängiges Surfen oder Absuchen von Datenbanken und die Abhängigkeit von Online-Spielen. Für das Kindes- und Jugendalter werden als potentiell „kritische Anwendungen“ am häufigsten eine problematische Nutzung von (Online- und Offline-)Computerspielen und

von Sozialen Medien genannt (z.B. Mérelle et al., 2017). Hierbei werden unter Sozialen Medien (*social media*) Internetseiten sozialer Netzwerke, *Messenger*, *Blogs* etc. zusammengefasst.

In diesem Evidenzpapier wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit und der Berücksichtigung von Online- und Offline-Medien im Folgenden der Begriff der *medienbezogenen Störungen* genutzt, unter dem sowohl eine problematische bzw. pathologische Nutzung des Internets generell als auch bestimmter Anwendungen (z.B. von Computerspielen oder sozialen Medien) zusammengefasst wird.

1.3 Klinische Einordnung medienbezogener Störungen

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien der Internet Gaming Disorder nach DSM-5 (APA, 2013)

Kriterium 1	Übermäßige Beschäftigung (z.B. gedankliche Vereinnahmung durch Computerspiele)
Kriterium 2	Entzugssymptomatik (z.B. Gereiztheit, Unruhe, Ängstlichkeit oder Traurigkeit), wenn das Computerspielen wegfällt
Kriterium 3	Toleranzentwicklung (z.B. Bedürfnis nach zunehmend längeren Spielzeiten)
Kriterium 4	Kontrollverlust über das Computerspielen
Kriterium 5	Interessenverlust an früheren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen (als Ergebnis des Computerspielens)
Kriterium 6	Fortführung eines exzessiven Computerspielens trotz der Einsicht in die psychosozialen Folgen
Kriterium 7	Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des Umfangs des Computerspielens
Kriterium 8	Nutzung von Computerspielen um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen (z.B. Gefühle der Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ängstlichkeit)
Kriterium 9	Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit aufgrund des Computerspielens

Mit der *Internet Gaming Disorder*, die sich auf eine problematische Nutzung von Computerspielen bezieht, wurde in der fünften Auflage des *Diagnostic und Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) der *American Psychiatric Association* (APA, 2013) erstmals eine (Forschungs-)Diagnose einer *medienbezogenen Störung* in einem international gängigen Klassifikationssystem berücksichtigt. Insgesamt werden neun Kriterien zur Beschreibung der *Internet Gaming Disorder* definiert (Tabelle 1), die aus den Kriterien zur Diagnostik von pathologischem Glücksspiel und denen der Substanzgebrauchsstörungen abgeleitet wurden (Thomasius, Sack, Strittmatter & Kaess, 2014; Petry, Rehbein, Ko & O'Brien, 2015).

Zur Diagnosestellung einer *Internet Gaming Disorder* müssen mindestens fünf dieser neun Kriterien in den letzten 12 Monaten erfüllt worden sein. Der Cut-off-Wert liegt damit über dem der Substanzgebrauchsstörungen (2/9) und dem des pathologischen Glücksspiels (4/9; APA, 2013).

Die fehlenden einheitlichen Diagnosekriterien für *die medienbezogenen Störungen* waren in der Vergangenheit oft kritisiert worden (z.B. Starcevic & Aboujaoude, 2017). Seit der Einführung der *Internet Gaming Disorder* im DSM-5 liegt nun ein Katalog von Kriterien vor, der hinsichtlich seiner Eignung empirisch überprüft werden kann (siehe z.B. Ko et al., 2014).

Im am 18.06.2018 *online* erschienenen offiziellen Entwurf der elften Version des Klassifikationssystems für medizinische Diagnosen (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, kurz ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist das Störungsbild der problematischen Nutzung von (Online-)Computerspielen als *Gaming Disorder* (im Folgenden *Computerspielstörung*) erstmals aufgeführt worden. Damit ist der erste Schritt für eine einheitliche klinische Diagnostik unternommen worden, auf Grundlage dessen geeignete Therapiemaßnahmen abgeleitet werden können. In der ICD-11 wird die Computerspielstörung als wiederkehrendes, kontinuierliches oder episodisches Computerspielverhalten der i.d.R. letzten 12 Monate verstanden, das mit

- Kontrollverlust (in Bezug auf Beginn, Frequenz, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext des Spielens),
- zunehmender Priorisierung gegenüber anderen Lebensinhalten und Alltagsaktivitäten sowie
- einer Fortsetzung des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen einhergeht. Dieses Verhalten resultiert in

- einer signifikanten Störung persönlicher, familiärer, sozialer, die Bildung/Ausbildung/den Beruf betreffender bzw. anderer wichtiger Funktionsbereiche.

Berücksichtigt werden sowohl (vorrangig) *online* als auch (vorrangig) *offline* genutzte Spiele. Die Computerspielstörung ist im Kapitel *Substanzbezogene Störungen oder Verhaltenssüchte* unter der Überschrift *Störungen durch Verhaltenssüchte* angesiedelt.

In der aktuellen ICD-10 werden *medienbezogene Störungen* unter den *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* unter F63.8: *Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle* kodiert. Der kategoriale Wechsel in das Kapitel *Substanzbezogene Störungen oder Verhaltenssüchte* ist damit ein Novum, das der aktuellen Forschungslage Rechnung trägt. Entsprechend handelt es sich bei den nun angeführten diagnostischen Kriterien um klassische Kriterien einer Abhängigkeit. Eine Unterteilung in missbräuchliches (schädliches) und abhängiges Verhalten ist analog den stoffgebundenen Süchten aktuell noch nicht festgeschrieben, erscheint jedoch für weitere präventive und therapeutische Maßnahmen sehr sinnvoll (Petersen & Thomasius, 2010).

Ein interessanter Ansatz ist die Übertragung der DSM-5-Kriterien auf andere Formen *medienbezogener Störungen*. So schlugen Ko et al. (2005) bezogen auf die Diagnostik *medienbezogener Störungen* im Allgemeinen die Berücksichtigung der o.g. DSM-5-Kriterien vor dem Hintergrund funktioneller Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen der Betroffenen und unter Ausschluss anderer psychischer Störungen wie einer Manie oder psychotischen Erkrankungen vor.

Bezüglich einer problematischen Nutzung Sozialer Medien sprechen van den Eijnden, Lemmens und Valkenburg (2016) analog zur *Internet Gaming Disorder* von einer *Social Media Disorder* und adaptierten zur Diagnostik dieses Problemverhaltens den Kriterienkatalog des DSM-5 für Soziale Medien.

Die Mitglieder der Suchtkommission begrüßen ausdrücklich die erstmalige Aufnahme einer Mediensucht in die vorläufige Version der ICD-11 der WHO. Gleichzeitig halten sie die Beschränkung auf die Computerspielsucht als alleinige Entität für zu eng gefasst und schlagen daher den Begriff der *medienbezogenen Störungen* als übergeordnete Verhaltenssucht vor.

1.4 Diagnostik

Die Diagnostik von *medienbezogenen Störungen* sollte stets durch die Erfassung möglicher Komorbiditäten begleitet werden. Neben der Exploration des Kindes/Jugendlichen und seiner Bezugspersonen erfolgt die Erhebung des psychopathologischen Befundes. Ein besonderes Augenmerk sollte der Kliniker auf die sog. *red flags* im Rahmen *medienbezogener Störungen* richten und in jedem Fall miterfassen: Leistungsabfall (Vernachlässigung von Pflichten und überdurchschnittliche Fehlzeiten) in Schule/Ausbildung/Beruf, Schlafstörungen (inklusive verschobenem Schlaf-Wach-Rhythmus) sowie rückzügliches Verhalten bezüglich (nicht-virtueller) Freizeitaktivitäten und Beziehungen (Sussmann et al., 2018).

Ergänzend zur anamnestischen suchtspezifischen Symptomerfassung, der Erhebung von Nutzungsart- und Nutzungszeiten, Funktionalität, Rahmenbedingungen und Begleitsymptomatiken bietet sich der Einsatz von Fragebögen zur Diagnostik *medienbezogener Störungen* an. Zu den am häufigsten weltweit eingesetzten Instrumenten bei Jugendlichen gehört der *Internet Addiction Test* (IAT, Young 1998b), die *Chen Internet Addiction Scale* (CIAS, Chen et al. 2003), der *Young Diagnostic Questionnaire* (YDQ, Young 1998a) und die *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS, Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst & Garretsen, 2009). Zum CIUS entwickelten Bischof et al. (2016) eine fünf Item umfassende Kurzversion als Screener. Sowohl zur deutschen Übersetzung des CIUS als auch des YDQ, sowohl als Jugendlichen- als auch als Elternversion, existieren umfangreiche Daten aus dem Einsatz an repräsentativen deutschen Stichproben mit Jugendlichen bzw. deren Eltern (Wartberg, Petersen, Kammerl, Rosenkranz & Thomasius, 2014; Wartberg et al., 2016; Wartberg, Kriston, Kegel & Thomasius, 2016).

Unserer Kenntnis zufolge existieren bislang keine an Kindern und Jugendlichen validierten klinischen Beurteilungsinstrumente, die die Angaben des Patienten/der Patientin strukturiert im Gespräch erfassen und den klinischen Eindruck des Diagnostikers einfließen lassen. Müller, Beuel & Wölfling (2017) haben ergänzend zu einem Fragebogen-Screener (Klinische Checkliste zu Internetbezogenen Störungen, AICA-C) ein halbstandardisiertes, strukturiertes klinisches Interview zu *medienbezogenen Störungen* für (junge) Erwachsene entwickelt (AICA-SKI: IBS). Dieses Interview basiert auf den DSM-5-Kriterien und erlaubt ein individuelles, adaptiertes exploratives Vorgehen mit vorformulierten Fragen und Beurteilungsregeln zur Erstdiagnostik und zur Verlaufsbeurteilung.

Zur standardisierten Erfassung der Computerspielstörung bei Jugendlichen stehen u.a. die *Video Game Addiction Scale for Children* (VASC, Yilmaz, Griffiths & Kan, 2017), die *Game Addiction Scale* (GAS, Lemmens, Valkenburg & Peter, 2009), der *Internet Gaming Disorder Questionnaire* (IGDQ, Petry et al., 2014) und die *Internet Gaming Disorder Scale* (IGDS, Lemmens, Valkenburg & Gentile, 2015) zur Verfügung. Die deutsche Version der IGDS ist bei zwei großen repräsentativen Stichproben im Alter von 12-25 und 12-17 Jahren zum Einsatz gekommen (Wartberg, Kriston & Thomasius, 2017, 2018). Mittels dieser 9-Item-Skala werden die DSM-5-Kriterien des pathologischen Computerspiels erfasst und eine Unterscheidung von unauffälligem, risikohaftem und auffälligem Spielverhalten ermöglicht. Von Wölfling, Müller und Beutel (2011) wurde die *Scale for the Assessment of Pathological Computer-Gaming* (CSV-S) für den deutschsprachigen Raum entwickelt und an ca. 1700 13- bis 18-Jährigen normiert. Hierbei handelt es sich um einen 16-Item-Fragebogen, der neben Kriterien einer Abhängigkeit, qualitative und quantitative Nutzungsmuster und emotionsregulative Aspekte des Computerspiels erfasst.

Durch die Übertragung der IGDS auf Soziale Medien kann mittels der *Social Media Disorder Scale* (SMDS) die pathologische Nutzung von *WhatsApp*, *Instagram*, *Facebook* und Co. erfasst werden (van den Eijnden, Lemmens & Valkenburg, 2016).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mehrere deutsche Fragebögen zur Messung risikohafter und pathologischer elektronischer Mediennutzung zur Verfügung stehen, die sich hauptsächlich an den oben beschriebenen DSM-5-Kriterien orientieren und im Rahmen von Studien entwickelt wurden. Ein einheitliches Vorgehen im Rahmen der Diagnostik fehlt bislang. Zudem ist die Abgrenzung zwischen risikoarmem, riskantem, missbräuchlichem und pathologischem Konsum analog der Diagnostik stoffgebundener Süchten aktuell nicht klar definiert. Insgesamt wäre es für den Kinder- und Jugendbereich wünschenswert im Rahmen der Diagnostik eine standardisierte Selbst- (ab ca. 11 Jahren) und Fremdbeurteilung zu erheben. Fragebögen können hierbei als Screening dienen und sollten durch strukturierte Interviews ergänzt werden. Aufgrund der oben beschriebenen hohen Komorbiditätsrate ist zudem die strukturierte Diagnostik begleitender kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder unerlässlich.

1.5 Prävalenz von medienbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter

Selbsteinschätzungen von Jugendlichen (14 bis 16 Jahre) und Fremdbeurteilungen einer repräsentativen Elternstichprobe zu *medienbezogenen Störungen* bei ihren 12- bis 17-jährigen Kindern ergaben Prävalenzwerte von ca. 3 bis 5 % (Rumpf et al., 2014; Wartberg, Kriston, Kammerl, Petersen & Thomasius, 2015; Wartberg, Kriston, Bröning, Kegel & Thomasius, 2017). Die DSM-5-Kriterien einer *Internet Gaming Disorder* erfüllen 3,5 % einer repräsentativen Stichprobe von 12- bis 17-Jährigen (Wartberg, Kriston & Thomasius, 2018). Weltweit zeigt sich eine durchschnittliche Prävalenz der Computerspielstörung von 4,7% mit der höchsten Prävalenz in Hongkong (Feng, Ramo, Chan & Bourgeois, 2017). Damit zählt die Computerspielstörung zu einem häufigen kinder- und jugendpsychiatrischen Phänomen. 2,6% der o.g. Stichprobe der 12- bis 17-Jährigen erfüllen die Kriterien einer *Social Media Disorder* (Wartberg, Kriston & Thomasius, 2018). Die Daten zeigen eine Überlappung beider *medienbezogener Störungen* von unter 1 %.

Außer für die Computerspielstörung, von der Jungen bis zu drei Mal häufiger betroffen sind als Mädchen, zeigten sich in den Prävalenzschätzungen der verschiedenen Studien für *medienbezogene Störungen* im Jugendalter in Deutschland keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern (Wartberg, Kriston & Thomasius, 2017, 2018).

Die Stabilität der *medienbezogenen Störungen* über die Lebenszeit ist aktuell unklar (Sussmann et al., 2018). Verschiedene Studien zeigen hohe Remissionsraten nach 1-2 Jahren (Mihara & Higuchi, 2017; Strittmatter et al., 2016). So berichten Lau et al. (2017) von einer Remission von 46 % ohne Intervention nach einem Jahr bei Schülern aus Hongkong. Im Gegensatz dazu konnte jedoch eine 2-Jahre-Längsschnittstudie lediglich eine Spontanremissionsrate von 15 % bei Jugendlichen mit Computerspielstörung aus Singapur zeigen (Gentile et al., 2011).

1.6 Komorbiditäten medienbezogener Störungen im Kindes- und Jugendalter

Mehrere Längsschnittstudien konnten sowohl Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als auch eine stärkere Depressivität als Prädiktoren für die Entwicklung einer *medienbezogenen Störung* bei Jugendlichen identifizieren (z.B. Gámez-Guadix, 2014; Ko, Yen, Chen, Yeh & Yen, 2009).

Neben ADHS (ca. 20 bis zu 80 % der Jugendlichen mit *medienbezogenen Störungen*) und Depressionen (30 %) werden häufig Angststörungen, insbesondere soziale Phobien (35 %), als komorbide Erkrankungen berichtet (Tsitsika et al., 2011, Bozkurt, Coskun, Ayaydin, Adak & Zoroglu, 2013). Japanische Jugendliche mit einer Autismusspektrumstörung (ASD) und ADHS erfüllten fast doppelt so häufig (20 %) die Kriterien einer Computerspielstörung im Vergleich zu Jugendlichen mit ASD oder ADHS alleinig (So et al., 2017). Im Vergleich zu ihren gesunden Geschwistern verbrachten autistische 8- bis 18-jährige Kinder und Jugendliche in den USA signifikant mehr Zeit mit Computerspielen und zeigten häufiger problematisches Nutzungsverhalten (Mazurek & Wenstrup, 2013). Im Gegensatz dazu nutzten sie in der genannten Studie seltener Soziale Medien und Computerspiele mit sozialen Interaktionen.

Emotionale Probleme mit affektiven, ängstlichen und sozialen Beeinträchtigungen ergaben sich für fast 85 % einer griechischen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit *medienbezogenen Störungen* (Tsitsika et al., 2011, S.868). In einer deutschen Stichprobe von jugendlichen Patienten mit *medienbezogenen Störungen* ergaben sich klinisch auffällige Befunde für Ängstlichkeit/Depressivität (knapp 40%), aggressiv-dissoziales Verhalten (ca. 20%), Ärgerkontrollprobleme und Selbstwertprobleme (je ca. 10%; Wartberg, Moll, Baldus, Thomsen & Thomasius, 2017).

Des Weiteren werden Assoziationen zwischen pathologischer Computernutzung und Cannabis-, Alkohol- sowie Nikotinabusus berichtet (Ko, Yen JY, Yen CF, Chen, Weng & Chen, 2008; Morioka et al., 2017; Van Rooij, Kuss, Griffiths, Shorter, Schoenmakers & Van De Mheen, 2014; Walther, Hanenstein & Hanewinkel, 2012).

Insgesamt ist festzuhalten, dass *medienbezogene Störungen* bei der Mehrzahl der Betroffenen mit internalisierenden und externalisierenden Störungsbildern einhergehen. Kritisch anzumerken ist, dass die meisten aktuell verfügbaren Studien Querschnitterhebungen sind, die repräsentative Bevölkerungsstichproben mittels Fragebogen im Selbsturteil untersucht haben. Unklar ist aktuell aufgrund fehlender Längsschnittstudien die Persistenz *medienbezogener Störungen* über die Lebenszeit.

1.7 Entstehung und Risikofaktoren medienbezogener Störungen

Um die Ätiologie der *medienbezogenen Störungen* besser zu verstehen, entwickelten Müller & Wölfling (2017) in Anlehnung an das Verhaltenssuchtmodell das Integrative Prozessmodell der Internetsucht. Unter biopsychosozialen Gesichtspunkten und Einbeziehung des Diathese-Stress-Modells werden *medienbezogene Störungen* als das Ergebnis dysfunktionaler Lernprozesse verstanden. Hiernach geht eine interessierte über eine exzessive in eine suchtartige Mediennutzung vor dem Hintergrund allgemeiner und spezifischer Risikofaktoren auf individueller, sozialer und nutzungsbedingter Ebene über. Hinweise für eine **biologische Prädisposition** ergeben sich aus Studien zu genetischen Polymorphismen in Neurotransmitterbildung und -regulation, so z.B. in Bezug auf das Serotonintransportergen 5HTT-LPE (Lee et al., 2008). Als **persönlichkeitspsychologische Prädispositionsfaktoren** ergeben sich Hinweise für erhöhte Werte bezüglich Neurotizismus, einer Dimension der *Big Five*, die mit emotionaler Instabilität, negativem Selbstbild und erhöhter Ängstlichkeit einhergeht. Zusätzlich werden eine erhöhte Impulsivität, eine erhöhte Stressvulnerabilität und dysfunktionale Copingstrategien als Risikofaktoren für die Entstehung einer *medienbezogenen Störung* genannt. Eine **soziale Prädisposition** ergibt sich z.B. auf der Grundlage einer niedrigeren Funktionalität der Familie (siehe auch Yu & Shek, 2013) und ungünstiger Sozialisationserfahrungen.

Neben den genannten allgemeinen Prädispositionen nehmen die Autoren **spezifische Risikofaktoren** an. Zu den am besten erforschten **individuellen Faktoren** zählen geringere Ausprägungen von Gewissenhaftigkeit, was mit geringerer Selbststrukturierung und weniger systematischer Zielverfolgung einhergeht, ein negatives Selbstkonzept und soziale Unsicherheit. Zu den **nutzungsbedingten Faktoren** zählen u.a. die virtuelle Gemeinschaft, aber auch der Aufbau von Computerspielen im Hinblick auf operante Verstärkungen und das Zurverfügungstellen ständig neuer Reize. **Umweltfaktoren** beinhalten Rollenmodelle durch z.B. Eltern oder Peers, Mediensozialisation und Marketingfaktoren. So können Eltern negative Rollenvorbilder mit riskantem oder inadäquatem Nutzungsmuster (z.B. durch die Vermischung von Familie und Beruf) sein, das von intrafamiliären Kommunikationsstörungen begleitet wird (Wartberg, Kammerl, Rosenkranz, & Thomasius, 2014). Die genannten Faktoren gehen mit emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklungsdefiziten einher.

Nach dem Modell resultiert die Kombination aus allgemeinen und spezifischen Risikofaktoren in Anpassungsschwierigkeiten an die Umwelt z.B.

in zwischenmenschlichen Konflikt- oder Leistungssituationen. Auf der Grundlage früher positiver Lernerfahrungen bezüglich digitaler Medien erfolgt eine vermehrte Hinwendung zu diesem Bereich. Damit erhöhen sich die wahrgenommenen Kompetenzen in der virtuellen Welt, während die wahrgenommenen Kompetenzen in der realen Welt sinken. Durch die massive Mediennutzung entstehen zunehmend **negative Konsequenzen** im persönlichen, familiären, sozialen und Bildungs-/Ausbildungs-/beruflichen Bereich mit ausbleibenden positiven Erfahrungen. Das **Stressniveau** und die damit einher gehende Gefahr **dysfunktionaler Bewältigungsversuche** steigen. *Online* hingegen gibt es spielerische Erfolgserlebnisse, Rollenübernahmen, eine Vielzahl neuer Reize und sozialen Anschluss (**positive Verstärkung**), so dass real erlebter Stress in den Hintergrund gerät und das Spielen als Ablenkung dient (**negative Verstärkung**). Gleichzeitig manifestieren sich psychische und neurobiologische Abhängigkeitsprozesse durch kognitive Einengung und Verzerrungen sowie eine Sensitivierung des Belohnungssystems.

Das *Dual Processing Model* dient der neurobiologischen Beschreibung von Verhaltenssuchten (siehe Sussmann et al., 2018). Das reaktive, aktivierende (*Go-*) Netzwerk steht hierbei in kompetitiver Wechselwirkung mit dem reflektiven, inhibierenden (*Stop-*) Netzwerk, wobei bei Suchterkrankungen eine Imbalance zuungunsten des *Stop-*Netzwerkes angenommen wird. Das *Go-*Netzwerk beinhaltet hierbei vorrangig mesolimbische und meso-kortikale dopaminerge Pfade (inklusive Ncl. Accumbens) und die Amygdala. Hingegen involviert das *Stop-*Netzwerk Regionen der Impulskontrolle, der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Regulation affektiver Zustände mit glutamergen Pfaden entlang mesokortikolimbischer Strukturen ausgehend vom präfrontalen Kortex. Im Gegensatz zum erwachsenen Gehirn ist bei Kindern und Jugendlichen eine Imbalance beider Systeme mit verringerter Aktivität des *Stop-*Netzwerkes physiologisch. Dies geht mit einer höheren Motivation gegenüber kurzfristigen im Vergleich zu langfristigen Zielen, risikoreicherem Verhalten und schlechterer Selbstregulation einher (Liu et al., 2017) und könnte erklären, warum der Beginn *medienbezogener Störungen* oftmals im Adoleszentenalter liegt. Es konnte gezeigt werden, dass Computerspiele aufgrund ihres inhaltlichen und graphischen Aufbaus mit ähnlichen Dopaminausschüttungen im Ncl. Accumbens wie die Einnahme von Drogen einhergehen können (Weinstein & Lejoyeux, 2015; Koepp et al., 1998). Dabei zeigen erwachsene Patienten mit *medienbezogenen Störungen* Veränderungen im dopaminergen System, wie z.B. eine

geringere Dopamin-Rezeptorendichte im Striatum, die neurofunktionell mit geringerer neuronaler Responsivität auf z.B. nicht-computerspiel-bezogene Belohnungsreize einherzugehen scheint (Hahn et al., 2014; Hou et al., 2012). Strukturell konnten Veränderungen im Volumen des Striatums, einem wichtigen Bestandteil des Belohnungssystems, und in der Dichte der weißen Substanz in Regionen zur Steuerung der Aufmerksamkeit, Impulskontrolle, Kontrolle motorischer Funktionen, Emotionsregulation und sensorisch-motorische Koordination nachgewiesen werden (Weinstein, Livny & Weizman, 2017).

Kuss & Griffiths (2017) beschäftigen sich im Speziellen mit der Entstehung von Störungen im Bereich der Sozialen Medien-Nutzung. Im Rahmen sozialpsychologischer Modellbildung wird die exzessive Verwendung sozialer Netzwerke mit geringem Selbstwertgefühl und geringen Selbstdarstellungskompetenzen der Betroffenen sowie deren Bevorzugung virtueller sozialer Interaktion gegenüber einer *face-to-face*-Kommunikation aufgefasst. Vor dem Hintergrund des sozio-kognitiven Modells ist die exzessive Anwendung mit verbessertem Selbstwirksamkeitserleben und positiven Bewertungen eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Internetkommunikation verbunden. Darüber hinaus wird angenommen, dass junge Menschen zur übermäßigen Nutzung neigen, wenn sie die Erfahrung machen, durch die Internetanwendung eine Linderung bei alltäglichen Konflikten und Stressoren inklusive Einsamkeitsgefühlen und Depressivität zu erfahren. Untersuchungen von erwachsenen exzessiven Nutzern haben Schwächen im direkten und realen Kommunikationsverhalten nachgewiesen. Soziale Medien offerieren eine Vielzahl unmittelbarer Rückmeldungen, Selbstwirksamkeitserfahrungen und Befriedigungen, welche wiederum zu einer fortgesetzten und gesteigerten Anwendung führen können, mit der Konsequenz einer Verstärkung der zugrundeliegenden Kommunikationsprobleme, inklusive der Negierung realer Beziehungen und Probleme in Schulausbildung und Berufsausübung. Die daraus resultierende Depressivität und Frustration kann zur Aggravierung der exzessiven Nutzung sozialer Medien beitragen und sich im Sinne eines Suchtkreislaufs niederschlagen.

Soziale Begegnung ist für die Identitätsentwicklung essentiell. Sie kann auch in sozialen Medien stattfinden. Somit können soziale Medien die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben befördern. Viele Jugendliche profitieren in ihrer Identitätsentwicklung davon, in kürzester Zeit verschiedene Selbstdarstellungen auszuprobieren und darauf entsprechende Rückmeldung von der Internetgemeinschaft zu erhalten. Bei der Nutzung sozialer Medien

sind sie von lokalen Gegebenheiten ihres Wohnortes unabhängig. Mittels vielfältiger Kommunikationsmöglichkeiten (Chats, Nachrichten, Gruppen) erhalten sie Selbstbestätigung durch Gleichaltrige. Die Anzahl der „Freunde“ dient der Bewertung eigener Beliebtheit. Den meisten Jugendlichen ist es wichtig, einen möglichst authentischen und attraktiven Eindruck zu machen. Andererseits dienen soziale Netzwerke der Erprobung von Kommunikation und Beziehungsgestaltung. Ganz ähnlich wie in einer Gleichaltrigengruppe oder Schulklasse werden Begegnungen im Einzelkontakt und in der Gruppe gestaltet. Dabei können Annäherung und Distanzierung, Fürsorge und Autarkie sowie Bemächtigung und Unterwerfung spielerisch erprobt werden.

Tabelle 2

Risikofaktoren und Komorbiditäten der *medienbezogenen Störungen*

Neurotizismus	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (und Autismusspektrumstörungen)
Impulsivität	Depression
Mangelnde Strategien zur Konfliktbewältigung	Angststörungen mit sozialen Phobien
Niedrige Familienfunktionalität	Substanzabusus
Gering ausgeprägte Gewissenhaftigkeit	Störung des Sozialverhaltens
Selbstwertprobleme	
Digitale Rollenvorbilder	
Aufbau der digitalen Programme	

2. Behandlung der medienbezogenen Störungen

2.1 Frühintervention

Im Rahmen der Frühintervention sollen die Familien angesprochen werden, deren Kinder (noch) kein Vollbild einer *medienbezogenen Störung*, jedoch bereits auffälliges Nutzungsverhalten im Sinne einzelner Symptome oder einer frühen Störungsform zeigen. Hilfen sollen hierbei proaktiv und möglichst früh greifen, um eine Exazerbation der Symptomatik zu verhindern und große Bevölkerungsanteile zu erreichen (Rumpf et al., 2017). Die Voraussetzung hierfür ist eine gute Früherkennung mittels standardisierter Diagnostik (siehe 1.4). Nach Rumpf et al. (2017) existieren in Deutschland frühinterventorische Angebote in vier Bereichen:

Onlinebasiert, wie die Beratung „Das andere Leben“ des Portals „ins-netzgehen.de“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eine Eltern- und Multiplikatorenberatung via E-Mail sowie eine Elternberatung zu Suchtgefährdung und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen (ELSA) mit dem Modul Mediennutzung zur Förderung von Erziehungskompetenzen und Reduktion familiärer Konflikte. Auf der Internetseite computersuchthilfe.org des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), die durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wird, erhalten Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie Angehörige, Lehrer und Ausbilder umfangreiches Informationsmaterial zu Internet-basierten Störungen. Des Weiteren steht eine Suchmaschine bundesweiter Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zur Verfügung.

Familieninterventorisch, wie das Projekt ESCape des BMG mit der Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln gGmbH. Ziel dieses Projektes ist es, Familien mit jugendlichen Kindern mit problematischer Computernutzung zu unterstützen, und durch eine familienbezogene Stressreduktion und Regelimplementierung eine Abhängigkeit zu vermeiden (Mücken et al., 2011).

Ambulant gruppentherapeutisch, wie das 8 mal 90 Minuten umfassende kognitivbehaviorale Programm „Lebenslust statt Onlineflucht“ zur Behandlung der Computerspielstörung des DZSKJ in der Drogen- und Alkohollambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Moll & Thomasius, 2019). Dieses Programm ist für 14- bis 19-jährige Jugendliche konzipiert und beinhaltet drei Phasen:

1. *Schrittweise!* (Klärung und Reflexion): Ziel der zwei Sitzungen (*Module*) umfassenden Phase ist die Motivation des Jugendlichen. Der pathologische Internetgebrauch und dessen Funktion für den Teilnehmenden soll der Reflektion zugänglich gemacht werden.
2. *Gemeinsam!* (Reduktion des Problems): Die zweite Phase umfasst vier Sitzungen und dient der adäquaten Reduktion des Internetgebrauchs und der Einführung alternativen Aktivitäten.
3. *Dauerhaft!* (Stabilisierung der Erfolge): Die letzten zwei *Module* dienen der Rückfallprophylaxe und dem Umgang mit sozialem Druck in der virtuellen Welt.

Im Rahmen der ambulanten Nachsorge sind vier und zwölf Wochen nach Programmbeendigung zwei weiteren Gruppentreffen (sog. *Booster-Sessions*) vorgesehen. Das bei Hogrefe erschienene Manual beinhaltet eine Vielzahl von Arbeitsblättern zu jedem Modul.

Ein ebenfalls kognitiv-behaviorales Interventionsprogramm der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz mit dem Titel „Medientraining“ richtet sich in 11 mal 90 Minuten an Kinder und Jugendliche ohne schwerwiegende Suchtproblematik. Systemische, gestalt- und verhaltenstherapeutische Elemente mit Übungen und Rollenspielen nutzt das Programm „The Quest“ der GK-Quest Akademie Heidelberg in zehn Sitzungen (Gohlke, 2011).

Proaktiv kurzberatend, wie in der Pilotstudie „iPIN“ (Intervenieren bei Problematischer Internetnutzung) der Universität Lübeck mit der Agentur für Arbeit und des Jobcenters (Bischof et al., 2016). Mittels *Motivational Interviewing*-Technik und behavioralen Methoden erfolgte eine Kurzintervention von ca. einer Stunde in durchschnittlich drei Kontakten nach positivem Screening mittels Kurzversion des CIUS (siehe Abschnitt 1.4).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die frühinterventorischen Programme keine umfassenden Evaluationen für Kinder und Jugendliche enthalten. Die meisten Programme sind wenig proaktiv und deutlich umfangreicher als eine Kurzintervention. Damit ist der Übergang zu allgemeinen Behandlungsmaßnahmen (Abschnitt 3.2) fließend.

Einen großen Stellenwert bei der Früherkennung, Beratung, Weitergabe von BZgA-Infoblättern sowie bei der Durchführung und Weitervermittlung von Frühinterventionsangeboten (z.B. in Beratungsstellen und kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Praxen) besitzen die Kinder-

und Jugendärzte im Rahmen der U- und J-Untersuchungen sowie die Hausärzte der Familien. Proaktive Maßnahmen könnten des Weiteren gut über Bildungseinrichtungen, Jugendfreizeiten und das Internet umgesetzt werden.

2.2 Ambulante und (teil-)stationäre Intervention

In Deutschland werden seit einigen Jahren mit zunehmender Tendenz Kinder und Jugendliche mit einem übermäßigen Mediengebrauch in den Praxen der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, aber auch in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken vorgestellt und behandelt. Auch für junge Erwachsene stehen in Deutschland spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren zur Verfügung. Dabei ist die Latenz zwischen Erkennen und Behandeln einer *medienbezogenen Störung* aktuell noch oftmals zu lang. Ebenfalls benötigen Behandler vielerorts Fort- und Weiterbildungen, um eine State-of-the-art-Behandlung zu gewährleisten.

Eine besondere Bedeutung kommt der leitliniengerechten Behandlung komorbider Störungen zu. Aktuell liegen noch wenige Befunde aus methodisch umfassenden klinischen Studien zu Behandlungsansätzen für *medienbezogene Störungen* bei Kindern und Jugendlichen vor. Die beste empirische Evidenz gibt es aktuell für **kognitiv-behaviorale psychotherapeutische Interventionsansätze**, für die in randomisiert-kontrollierten Studien die Wirksamkeit belegt werden konnte (z.B. Du, Jiang & Vance, 2010; für einen Überblick siehe Winkler, Dorsing, Rief, Shen & Glombiewski, 2013; Zajac, Ginley, Chang & Petry, 2017 und King, Felfabbro, Wu et al., 2017).

Chand, Kandasamy & Murthy (2016) beschreiben angelehnt an Young (1999) drei Phasen der Behandlung *medienbezogener Störungen*. Diese schließen sich an eine dezidierte Diagnostik der *medienbezogenen Störung* selbst, von Komorbiditäten und Temperamentsmerkmalen an. Sie umfassen eine behaviorale Phase, während der ein Internettagebuch zu Nutzungszeiten, Inhalten und anderen Aktivitäten geführt wird. Der Hauptfokus während dieser Phase liegt in der Tagesstrukturierung, Einführung von Aktivitäten und Zeitmanagement mit dem Ziel verminderter Nutzungszeiten und, im Falle der Unkontrollierbarkeit einer spezifischen Anwendung, deren Abstinenz. In der zweiten Phase stehen die Erfassung dysfunktionaler Denkmuster und die kognitive Umstrukturierung im Mittelpunkt. Die dritte Phase zur Reduktion von Schaden beinhaltet die Adressierung persönlicher, sozialer und beruflicher/schulischer Schwierigkeiten. Zur Rückfallprophylaxe sollen Ursachen der

pathologischen Internetnutzung bearbeitet und komorbide Störungen behandelt werden.

Das kognitiv-behaviorale Gruppenprogramm „Lebenslust statt Onlineflucht“ ist ein Beispiel einer ambulanten Intervention bei Computerspielstörung (Moll & Thomasius, 2019). Die Inhalte wurden im vorangegangenen Absatz (2.1) beschrieben. Ergebnisse einer Pilotstudie zu diesem Programm sind vielversprechend und zeigen eine Reduktion der CIUS-Fragebogensummenwerte sowie der Internetnutzungszeiten (Moll, Thomasius, Thomsen & Wartberg, 2014).

Wölfling, Beutel, Dreier & Müller (2014) entwickelten ein ambulantes *Short-Term Treatment for Internet and Computer Game Addiction* (STICA) für Jugendliche ab 16 Jahren und Erwachsene. Dieses Programm umfasst 15 Gruppensitzungen und acht Einzeltherapiesitzungen und gliedert sich in vier Phasen. In der ersten Phase (*Probatory/Diagnostik* und *Therapievorbereitung*) stehen wie bei Young (1999) diagnostische Anteile zur Erfassung der *medienbezogenen Störung*, Mediennutzung, Nutzungsinhalte, komorbide Störungen, psychopathologischen Symptome und psychosozialer Ressourcen im Vordergrund. In der zweiten Phase (*Initial stage/Initialphase*) geht es um den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, um Motivationsarbeit, um die Entwicklung kurz- und langfristiger Therapieziele und um Psychoedukation. Die Psychoedukation wird in der dritten Phase (*Behaviour modification/Verhaltensmodifikation*) ausgebaut und um die Identifikation von Triggern des Problemverhaltens, Problemanalysen nach dem SORKC-Schema und kognitive Umstrukturierung erweitert. In Trainingsmodulen werden das Erkennen emotionaler Zustände und soziale Kompetenz geübt sowie alternative Handlungsstrategien und Interessen gestärkt. In der vierten Phase (*Stabilization and relapse prevention/Stabilisierung und Rückfallprophylaxe*) geht es um die Rückfallprophylaxe durch die Vertiefung alternativer Handlungsstrategien und Interessen, Expositions- und Habituationstraining, Stopp-Techniken und Notfallpläne.

Da sich diese Intervention hauptsächlich an erwachsene Patienten wendet, fehlt der wichtige Baustein der Familienarbeit zur Psychoedukation (Entwicklung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, elterliche Modellfunktion), Stärkung der Erziehungskompetenzen, der Regeletablierung und -durchsetzung, Stärkung der Ressourcen des Kindes und Unterstützung in alternativen Handlungen sowie in der Verbesserung der intrafamiliären Kommunikation. Dabei erscheinen Therapieprogramme, die die Familie z.B. im Rahmen systemischer Therapieelemente mit einbeziehen, erfolgversprechend

(Du, Jiang & Vance, 2010; Liu et al., 2015; Shek, Tang & Lo, 2009; Zhong et al., 2011).

Ebenfalls sollte die *Peer group* des Jugendlichen nicht außer Acht gelassen werden, ist doch für viele Betroffene das Internet ein wichtiger Anknüpfungspunkt für soziale Kontakte. Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche sollten am jeweiligen Entwicklungsalter ausgerichtet sein, um den aktuellen Entwicklungsaufgaben gerecht zu werden und Überforderungen aufgrund einer noch nicht ausreichend vorhandenen Introspektionsfähigkeit zu verhindern. Entwicklungsbedingte Defizite z.B. in der Emotionsregulation und Impulskontrolle sowie Alltagsorganisation sollten gezielt aufgegriffen und gefördert werden.

In Studien zur **Pharmakotherapie** von *medienbezogenen Störungen* wird eine Verringerung schädlicher bzw. abhängiger Verhaltensweisen unter Mitbehandlung der komorbiden Symptomatik berichtet. So zeigt sich eine Symptomreduktion bei gleichzeitig bestehender Depression durch Medikation mit Bupropion bei Jugendlichen und Erwachsenen (Han & Renshaw, 2012; Kim, Han, Lee & Renshaw, 2012) und bei ADHS durch Methylphenidat und (in geringerem Maße) durch Atomoxetin bei Kindern und Jugendlichen (Han et al., 2009; Park, Lee, Sohn & Han, 2016).

Wie bei anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen auch, entscheiden der Schweregrad der Symptomatik und das Funktionsniveau des Kindes oder Jugendlichen über die Indikation einer **teilstationären oder stationären Therapie**. Häufig sind es zudem zusätzliche komorbide Erkrankungen mit begleitendem z.T. mehrmonatigem Schulabsentismus im Rahmen derer eine ambulante Therapie nicht mehr ausreichend ist. Aus der klinischen Erfahrung heraus erscheint ein mindestens dreimonatiges (teil-) stationäres Behandlungsprogramm in/auf einer auf Suchterkrankungen spezialisierten Tagesklinik oder Station sinnvoll. Die von Wölfling et al. (2014) beschriebenen vier Phasen können analog auf den teil- und vollstationären Bereich übertragen werden und beinhalten entsprechend:

- Phase 1 und 2: Diagnostik und Therapievorbereitung sowie Initialphase unter Erhebung von Eigen- und Fremdanamnese sowie Nutzung standardisierter Verfahren und Verhaltensbeobachtungen, Schwerpunkt Motivation (Motivationsabklärung und -förderung, Zielformulierungen) und Beziehungsarbeit für ca. zwei Wochen,

- Phase 3: kognitiv-behaviorale Verhaltensmodifikation in Bezug auf die *medienbezogene* und komorbide Störung(en) für ca. sechs bis acht Wochen sowie
- Phase 4: Stabilisierung und Rückfallprophylaxe mit Medienkompetenzförderungen und Alltagserprobungen für zwei bis vier Wochen.

Im Rahmen von einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten, ggf. psychopharmakologischer Behandlung sowie pädagogischer Unterstützung ist das Ziel, dass der Alltag wieder bewältigt werden kann und sowohl die *medienbezogenen* als auch komorbiden Störungen behandelt werden. Eltern- und Familiengespräche sowie Elterngruppen sollten ein wichtiger Therapiebaustein über den gesamten Behandlungszeitraum sein. Im Rahmen der stationären Therapie kann Abstinenz deutlich besser kontrolliert werden als im teilstationären Setting. Hier sind feste Nutzungsregeln zu Beginn der Therapie zu konsentieren und durch Rückmeldungen des Patienten und der Bezugspersonen stetig zu überprüfen. Da eine dauerhafte Abstinenz im Alltag unrealistisch ist, sollte das Erlernen eines kontrollierten und konstruktiven Umgangs mit Medien das oberste therapeutische Ziel sein. Hierzu sollte im Therapieverlauf zunehmend an der Selbstkontrolle des Patienten mit z.B. Expositionsübungen, Tagesstrukturplänen, aber auch technischer Unterstützung (wie z.B. Wecker) gearbeitet werden und Alltagsüberprüfungen durch z.B. Tages- und Wochenendbelastungserprobungen erfolgen. Vor der Überleitung eines stationär behandelten Patienten in das ambulante Setting erscheint im Rahmen der vierten Phase (Stabilisierung und Rückfallprophylaxe) ein tagesklinischer Behandlungsschritt sinnvoll. Durch intensive Elternarbeit können so in der Klinik erarbeitete Strukturen in das häusliche Umfeld übertragen werden. Gleichzeitig kann der Patient die Übertragung des Gelernten in den Alltag unterstützt erproben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aktuell vielversprechende Programme zur Behandlung *medienbezogener Störungen* entwickelt werden, die etablierte Inhalte und Phasen stoffgebundener Therapieprogramme nutzen und um Medienkompetenzaspekte erweitern. Dabei fehlen aktuell etablierte Programme, die neben den Patienten selbst auch deren Eltern bzw. Bezugspersonen mit einbeziehen. Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche sollten am jeweiligen Entwicklungsalter ausgerichtet sein und komorbide Erkrankungen mit behandeln. Leider fehlt es bislang aufgrund methodischer Limitationen vorhandener Studien am Nachweis der Effektivität einzelner Programme (King et al., 2017; Zajac et al., 2017). Die Limitationen entste-

hen aus kleinen Stichproben, Versuchsdesigns ohne Kontrollgruppen, ohne Verblindung und Randomisierung, durch inkonsistente Definitionen *medienbezogener Störungen* und eine nicht standardisierte Diagnostik, durch unzureichende Kontrollen komorbider Störungen und eine z.T. wenig detaillierte Interventionsbeschreibung.

3. Prävention

Präventive Maßnahmen sollen einerseits die Entstehung einer *medienbezogenen Störung* verhindern (Kontrollverlust, negative Konsequenzen unter exzessiver Nutzung) und andererseits eine funktionale, alltagsadäquate Internetnutzung unter Stärkung von Medien- und Lebenskompetenzen fördern. Dabei ist insgesamt festzuhalten, dass kontrollierte Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen *medienbezogener Störungen* rar sind (für einen systematischen Überblick siehe Vondráčková & Gabrhelik, 2016). Im Gegensatz zu den westlichen Industrienationen, in denen Präventionsprogramme hauptsächlich von privaten und gemeinnützigen Organisationen vorangetrieben werden, hat Süd-Korea im Zuge hoher Prävalenzraten *medienbezogener Störungen* ein staatlich hoch koordiniertes und langfristig strategisch angelegtes Präventionssystem entwickelt, das alle Ebenen der Prävention inklusive rechtlicher Rahmenbedingungen adressiert (King, Delfabbro, Doh et al., 2018). So ist es südkoreanischen Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren im Rahmen des *Youth Protection Revision Act* (umgangssprachlich *Shutdown Act* oder *Cinderella Law*) seit 2011 gesetzlich verboten zwischen 0 und 6 Uhr online-basierte Computerspiele zu nutzen. Während dieser Zeit werden entsprechende *Online-Inhalte* blockiert (https://en.wikipedia.org/wiki/Shutdown_law).

3.1 Verhältnispräventive Maßnahmen

Bislang existiert keine Wirksamkeitsevaluation verhältnispräventiver Maßnahmen.

Eine Expertengruppe hat jüngst auf Initiative der Drogenbeauftragten für den Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung Empfehlungen für die Prävention *medienbezogener Störungen* ausgearbeitet (Rumpf et al., 2017). In dem Empfehlungskatalog wird dem Schutz von Minderjährigen besondere Relevanz beigemessen. Es wird darauf hingewiesen, dass die notwendige Umsetzung des Jugendschutzes hinsichtlich pornographischer Darstellungen, Glücksspielofferten sowie gewaltbezogener Inhalte

im Internet gestärkt werden muss. Im Einzelnen werden folgende Empfehlungen gegeben:

- In sozialen Netzwerken muss verstärkt auf Datenschutzbelange geachtet werden.
- Selbst- und fremdgefährdende Verhaltensweisen im Sinne physischer oder psychischer Grenzüberschreitungen müssen geahndet werden.
- Anbieter von jugendgeeigneten Seiten sollten darauf verpflichtet werden, keine Verlinkungen zu oder Bewerbungen von illegalen Anbietern vorzunehmen.
- Die unkontrollierte oder unreflektierte Nutzung von digitalen Medien sollte in öffentlichen Bildungs- sowie Kinder- und Jugendbetreuungseinrichtungen vermieden werden.
- Eine unkontrollierte Nutzung mobiler digitaler Endgeräte während des Schulunterrichts ist zu verhindern.
- Bildungspolitische Initiativen unter Verwendung digitaler Medien, welche in Kindergärten oder Grundschulen vorgehalten werden, sollten durch alters- und kontextspezifische Gütekriterien getragen und mit entsprechenden Gütesiegeln ausgestattet werden.

Kinder und Jugendliche bedürfen eines besonderen Schutzes vor einer unkontrollierten und exzessiven Nutzung digitaler Medien. Die Politik muss hierbei durch gezieltes Eingreifen einen gesunden Umgang mit Medien unterstützen. Bei der Altersbewertung von (Online-) Spielen sollten Kriterien für Spiele, die eine hohe Spielbindung und ein definiertes Suchtpotenzial erwarten lassen, berücksichtigt werden. Eine Altersfreigabe muss verpflichtend sein und in begründeten Fällen auch nachträglich (unter Berücksichtigung solcher Kriterien) verändert werden können. Altersfreigaben ab 3 Jahren sind aus Sicht der Suchtkommission nicht sinnvoll. In diesem Alter steht die sensomotorische Entwicklung im Vordergrund. Angebotene Lernsoftware steht in keinem effektiven Nutzen gegenüber realen Erfahrungen, die für die Entwicklungsaufgaben dieses Alters unabdingbar sind. Der Einfluss potentiell suchtfördernder Inhalte auf das Gehirn des Kindergartenkindes durch z.B. Verstärkerlernen und hohe visuelle Reizdichte bei Lern-Software ist nicht abschätzbar. Bewerbungen von Angeboten für Kinder und Jugendliche mit unklarem oder erwiesenem Suchtpotenzial müssen unzulässig sein. Die Integration von Möglichkeiten der elterlichen Kontrolle (z.B. in Bezug auf Nutzungszeiten) muss für Entwickler verpflichtend sein.

tend sein. Soziale Medien müssen in Bezug auf die Darstellung selbst- und fremdschädigender Verhaltensweisen besser geschützt werden. Die Einhaltung des Jugendschutzes muss stärker durch die Behörden kontrolliert werden.

Insgesamt muss bei der Produktgestaltung der Einsatz suchtfördernder Spielmechanismen gesetzlich eingeschränkt werden. Dazu gehört im Rahmen von Computerspielen der Verzicht auf negative Konsequenzen für den Spielverlauf bei Unterbrechungen des Spiels und auf enge Zeitfenster und Glücksräder oder Lootboxen (Überraschungskisten), in bzw. mit denen besondere Spielinhalte durch monetäre oder zeitliche Einsätze erworben werden können. Des Weiteren zählt dazu der Verzicht auf fiktive Spielwährungen (*Ingame*-Währung), mit denen Spielinhalte unter größerer Distanz zum realen Geldwert gekauft werden können, und *1-Click*-Käufe beim *Online-Shopping*, im Rahmen derer Waren gekauft werden, ohne dass eine erneute Bestätigung oder Eingabe von Daten erforderlich ist. Warnhinweise sollten über den erforderlichen Zeiteinsatz informieren und einen eventuell notwendigen Geldeinsatz deklarieren.

Wichtig ist zudem die Förderung von technischen Lösungen für die nutzerseitige Selbstbeschränkung von Anwendungen mit inhaltlichen und zeitlichen Filtern und Sperren sowie von Zahlungsmodalitäten und die Festsetzung von finanziellen Obergrenzen. So können gefährdete Nutzer ihr Konsumverhalten besser kontrollieren.

Angeregt wird auch, im Zuge der voranschreitenden Digitalisierung der Gesellschaft an die Vorbildfunktion der Erwachsenen zu appellieren und ein Bewusstsein für die Notwendigkeit medienfreier Zeiten, Räume und Situationen zu schaffen, so z.B. während des Schulunterrichts oder bei Freizeitaktivitäten.

3.2 Verhaltenspräventive Maßnahmen

Verhaltenspräventive Maßnahmen sollten mit der Stärkung der Vorbildfunktion der Eltern ab der Geburt des Kindes beginnen. So besteht die Gefahr von Störungen der Eltern-Kind Interaktion, wenn sich die Eltern statt mit dem Kind intensiv mit dem digitalen Endgerät beschäftigen. Auf Bedürfnisse des Kindes können sie dann nicht adäquat reagieren und haben weniger Zeit für z.B. gemeinsames Spiel. Werden digitale Medien bereits im Kleinkindalter durch Eltern zur „Ruhigstellung“ des Kindes eingesetzt,

wird der Erwerb einer adäquaten Emotionsregulation gestört. Gleichzeitig wird die stattfindende Emotionsregulation mit Medienkonsum verknüpft.

Uns liegen keine Kenntnisse über ein evaluiertes Programm vor, das sich an junge Eltern richtet. Dabei müssen gezielt Angebote zur Förderung elterlicher Erziehungskompetenz in Bezug auf Medien zur Verfügung gestellt werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bietet umfangreiche Informationsangebote für Eltern über das Initiativbüro „Gutes Aufwachsen mit Medien“ sowie den Online-Medienratgeber „Schau Hin! Was Dein Kind mit Medien macht“ (www.schau-hin.info).

Maßnahmen zur Verhaltensprävention, die sich an Kinder und Jugendliche richten, müssen sich an deren Entwicklungsphasen orientieren und individuelle Aspekte berücksichtigen (wie z.B. Geschlecht, Entwicklungsalter, sozialer Hintergrund, Bildungshintergrund). Neben der Vermeidung von zeitlich, inhaltlich oder funktional problematischer Nutzung des Internets sollten sie die Förderung von Lebens- und Medienkompetenzen zum Ziel haben. Dabei sollten Eltern als eine wesentliche Zielgruppe für die Prävention unbedingt einbezogen werden. Universelle Maßnahmen (z.B. in Kindergarten und Schule) sowie Interventionen im Rahmen von selektiver Prävention (z.B. in Fachberatungsstellen) sind gleichermaßen von Bedeutung. In Ermangelung wissenschaftlich evaluierter spezifischer Präventionsangebote bieten sich derzeit vor allem suchtspezifische, ressourcenorientierte Programme der Lebenskompetenzförderung an (sogenannte *Life-Skills-Ansätze*). Für spezielle Präventionsangebote mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche sowie Eltern und Multiplikatoren lässt sich aus der Präventions- und Medienwirksamkeitsforschung ableiten, dass Erfolgserlebnisse und Selbstwirksamkeit im realen Leben gefördert werden müssen. Auch sollten Eltern und die mit der Erziehung von Kindern und Jugendlichen betrauten Berufsgruppen den konstruktiven Umgang mit Misserfolgen und stressbelastenden Situationen im realen Leben fördern.

Die meisten publizierten Studien beziehen sich auf schulbasierte Programme zum Training gesunder Internetnutzungs- und Computerspielgewohnheiten (King & Delfabbro, 2017). Walter, Hanewinkel & Morgestern (2014) führten eine randomisierte Studie mit über 1800 Schülern zur Evaluation des schulischen universellen Präventionsprogramms „Vernetzte www.Welten“ durch. In vier Unterrichtseinheiten zu den Themen Internet, Kommunikation, Computerspiele und Glücksspiel erfolgte eine umfassende Psychoedukation unter Bewusstmachung und kritischer Reflexion

eigenen Internetverhaltens. Nach 12 Monaten zeigten sich in der Interventionsgruppe ein geringerer Nutzungszeitanstieg, weniger exzessive Nutzung und weniger Abhängigkeitsverhalten.

Es wird empfohlen, die Förderung von Medienkompetenz in bestehende Präventionsprogramme einzubinden (z.B. Entwicklungsförderung, Gesundheitsförderung, Förderung sozialer Kompetenzen, Suchtprävention).

Wichtig ist weiterhin die Förderung von Medienkompetenz der Eltern und anderer erwachsener Bezugspersonen, damit Kinder und Jugendliche zu einem bewussten, verantwortungsvollen und selbstbestimmten Umgang mit Internet- und Computerspielen angeleitet werden können. Schließlich findet der Erstkontakt mit digitalen Medien in der Regel im frühen Kindesalter im elterlichen Haushalt statt. Neben einer bedeutsamen Modellfunktion, bieten Eltern und Bezugspersonen den erzieherischen Rahmen zur Mediennutzung. Dafür sollten:

- Eltern informiert sein – hilfreich ist, Inhalte der Domänen, deren Suchtpotenzial und Alterskennzeichnungen zu kennen
- Eltern Interesse zeigen – hilfreich ist, Spielmotive, Vorlieben und Spielverhalten zu ergründen
- Eltern Grenzen setzen – hilfreich ist, eine Antwort auf das „Wann“, „Wo“ und „Was“ zu geben
- Eltern Alternativen anbieten – hilfreich ist, Vorschläge für eine ausgewogene Freizeitgestaltung mit positiven Erlebnissen und Möglichkeiten der aktiven Stressbewältigung aufzeigen

Das *Internationale Zentralinstitut für Jugend- und Bildungsfernsehen* (IZI) gibt für Kinder und Jugendliche folgende Empfehlungen zu:

- Nutzungsdauer (PC, Spielkonsolen): max. 45 Minuten am Tag für Kinder im Alter 7-10 Jahren bzw. max. 1 Stunde für Kinder im Alter 11-13 Jahren und max. 1,5 Stunden am Tag ab 14 Jahren
- PC im eigenen Zimmer: ab 12 Jahren, Regeln vereinbaren (z.B. nicht nachts spielen)
- Internetzugang nicht unter 8 Jahren, ab 8 Jahren nur für Kinder geeignete Seiten unter Aufsicht, ab 12 Jahren auch alleine
- Chatten: nicht unter 8 Jahren, ab 8 Jahren nicht ohne Kontrolle und nur für Kinder geeignete Angebote, ab 11 Jahren Regeln vereinbaren

Zu diesen Empfehlungen möchten die Mitglieder der Suchtkommission folgendes ergänzen:

- Die oben genannten Nutzungszeiten beziehen sich neben PC und Spielekonsolen auch auf Spiele am Smartphone. Der Online-Konsum von Serien, Filmen und Clips ist in die empfohlene Gesamtnutzungszeit mit einzubeziehen.
- Bis zum Schulbeginn sollen Kinder ausschließlich analog und nicht mit Hilfe digitaler Medien lernen und spielen.
- Vor Besuch der 5. Klasse sollten die Kinder kein eigenes Smartphone besitzen. Generell gilt: Die Nutzung digitaler Medien muss unter elterlicher Steuerung, Aufsicht und Medienkompetenzvermittlung (zeitlich und inhaltlich) erfolgen. Ziel des erzieherischen Rahmens sollte neben der Verhaltensbegrenzung an sich, das Erlernen eines altersadäquaten, verantwortungsbewussten Umgangs mit digitalen Medien unter Vorbildfunktion der Eltern sein. Ergänzt werden sollten diese Empfehlungen durch gemeinsame medienfreie Zeit, z.B. bei Mahlzeiten oder gemeinsamen Aktivitäten. Mit höherem Alter der Kinder sollte die eigene Verantwortungsübernahme einen größeren Stellenwert erhalten. Dabei ist es wichtig, die Kinder nicht durch eine zu frühe Verantwortungsübertragung zu überfordern und das individuelle Entwicklungsalter zu berücksichtigen. Die genannten Empfehlungen können daher nur als Richtlinie und in Verbindung mit den oben geschilderten Maßnahmen zur Förderung von Lebens- und Medienkompetenz gesehen werden.

4. Ausblick

Vor dem Hintergrund fortbestehender Diskussionen um die Akzeptanz der *medienbezogenen Störungen* als Gruppe eigenständiger Krankheitsbilder ist es sehr zu begrüßen, dass die Computerspielstörung als erste *medienbezogene Störung* in die ICD-11 mit aufgenommen wurde. Hierdurch wachsen die Möglichkeiten beträchtlich, eine einheitliche Diagnostik einzuführen und therapeutische Maßnahmen zu entwickeln, zu evaluieren und möglichst vielen betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien zugänglich zu machen. Gleichzeitig rücken Maßnahmen der Prävention zunehmend in den Fokus. Zukünftig sind weitere Studien notwendig. Es müssen klinisch-epidemiologische, diagnostische und therapeutische Forschungsansätze zu *medienbezogenen Störungen* bei Kin-

dern und Jugendlichen angeregt und ausgeführt werden. Besondere Berücksichtigung müssen dabei das Entwicklungsalter sowie Risikopopulationen, geschlechtsspezifische Ausrichtung und transkulturelle Aspekte erfahren. Untersuchungen von anderen exzessiven Formen des digitalen Mediengebrauchs (z.B. Soziale Netzwerke) müssen zeigen, ob bisherige, vor allem im Zusammenhang mit exzessiver Computerspielnutzung angewandte diagnostische Kriterien und Therapieansätze auf diese Nutzungsformen übertragbar sind. Dabei geht es nicht darum Freizeitmedien zu verteufeln und ganze Gruppen von Jugendlichen zu pathologisieren. Vielmehr geht es darum, einerseits Kinder und Jugendliche zu kompetenten *Usern* zu erziehen, die die positiven Errungenschaften der digitalen Welt optimal nutzen können. Andererseits geht es darum, Betroffene bestmöglich und frühzeitig zu erkennen, Risiken bewusst zu machen, mögliche Risikofaktoren zu identifizieren, um diejenigen zu erreichen, deren Nutzung mit Leid und dramatischen negativen Konsequenzen einhergeht, trifft es doch eine neurobiologisch, psychologisch und sozial besonders vulnerable Altersgruppe mit einer Vielzahl von zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben und weichenstellenden Anforderungen.

Literatur

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 5th edition. Washington, DC, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Bischof, G., Bischof, A., Besser, B., Glorius, S., Freyer-Adam, J., Ulbricht, S., et al. (2014). Pilotstudie iPin – intervenieren bei Problematischer Internetnutzung – Frühe Maßnahmen bei Risikogruppen. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Lübeck: Universität zu Lübeck.
- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I. & Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 67, 352-359.
- Chand, P., Kandasamy, A., & Murthy, P. (2016). PATHOLOGICAL INTERNET USE (“INTERNET ADDICTION”). *Addictive Disorders in India*, 221.
- Cerniglia, L., Zoratto, F., Cimino, S., Laviola, G., Ammaniti, M. & Adriani, W. (2017). Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 76, 174-184.
- Chen, Y. L., Chen, S. H., & Gau, S. S. F. (2015). ADHD and autistic traits, family function, parenting style, and social adjustment for Internet addiction among children and adolescents in Taiwan: A longitudinal study. *Research in Developmental Disabilities*, 39, 20-31.

- Chen, S., Weng, L., Su, Y., Wu, H., & Yang, P. (2003). Development of a Chinese internet addiction scale and its psychometric study. *Chinese Journal of Psychology*, 45, 279–294.
- Du, Y. S., Jiang, W. & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in ado-lescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 129-134.
- Falkai, P. & Wittchen, H.U. (Hrsgs) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Feierabend, S., Plankenhorn, T. & Rathgeb, T. (2017). *JIM 2017 – Jugend, Information, (Multi-) Media– Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest.
- Gámez-Guadix, M. (2014). Depressive symptoms and problematic internet use among adolescents: analysis of the longitudinal relationships from the cognitive-behavioral model. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17, 714-719.
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics*.
- Gohlke, A. (2011). The Quest–Programm zum selbstkontrollierten PC-/Internetkonsum. *Suchttherapie*, 12(S 01), S39_1.
- Hahn, T., Notebaert, K. H., Dresler, T., Kowarsch, L., Reif, A., & Fallgatter, A. J. (2014). Linking online gaming and addictive behavior: converging evidence for a general reward deficiency in frequent online gamers. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 8, 385.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2012). *Screening psychischer Störungen im Jugendalter - II (SPS-J-II). Deutschsprachige Adaptation des Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory™ (RAA-SI™) von William M. Reynolds (2., erweiterte Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., ... & Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive psychiatry*, 50(3), 251-256.
- Han, D. H., & Renshaw, P. F. (2012). Bupropion in the treatment of problematic online game play in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 26(5), 689-696.
- Kim, S. M., Han, D. H., Lee, Y. S., & Renshaw, P. F. (2012). Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in Human Behavior*, 28(5), 1954-1959.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Prevention and policy related to Internet gaming disorder. *Current Addiction Reports*, 4(3), 284-292.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Doh, Y. Y., Wu, A. M., Kuss, D. J., Pallesen, S., ... & Sakuma, H. (2018). Policy and prevention approaches for disordered and hazardous gaming and Internet use: An international perspective. *Prevention Science*, 19(2), 233-249.

- Király, O., Griffiths, M.D., Urbán, R., Farkas, J., Kökönyei, G., Elekes, Z., Tamás, D., Demetrovics, Z. (2014). Problematic internet use and problematic online gaming are not the same: findings from a large nationally representative adolescent sample. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17, 749-754.
- Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, S.H., Wang, P.W., Chen, C.S. & Yen, C. (2014) Evaluation of the diagnostic criteria of Internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 103-110.
- Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, C.S., Yeh, Y.C., Yen, C.F. (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163, 937-943.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., Weng, C. C., & Chen, C. C. (2008). The association between Internet addiction and problematic alcohol use in adolescents: the problem behavior model. *CyberPsychology & Behavior*, 11(5), 571-576.
- Koepp, M. J., Gunn, R. N., Lawrence, A. D., Cunningham, V. J., Dagher, A., Jones, T., & Grasby, P.
- M. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, 393(6682), 266. Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 311.
- Lau, J. T., Wu, A. M., Gross, D. L., Cheng, K. M., & Lau, M. M. (2017). Is Internet addiction transitory or persistent? Incidence and prospective predictors of remission of Internet addiction among Chinese secondary school students. *Addictive behaviors*, 74, 55-62.
- Lee, Y. S., Han, D. H., Yang, K. C., Daniels, M. A., Na, C., Kee, B. S., & Renshaw, P. F. (2008). Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *Journal of affective disorders*, 109(1-2), 165-169.
- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z. K., Yuan, X. J., Lan, J., & Liu, C. Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, 42, 1-8.
- Liu, L., Xue, G., Potenza, M. N., Zhang, J. T., Yao, Y. W., Xia, C. C., ... & Fang, X. Y. (2017). Dissociable neural processes during risky decision-making in individuals with Internet-gaming disorder. *NeuroImage: Clinical*, 14, 741-749.
- Mazurek, M. O., & Wenstrup, C. (2013). Television, video game and social media use among children with ASD and typically developing siblings. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(6), 1258-1271.
- Mérelle, S.M.Y., Kleiboer, A.M., Schotanus, M., Cluitmans, T.L.M., Waardenburg, C.M., Kramer, D., van de Mheen, D. & van Rooij, T. (2017). Which health-related problems are associated with problematic video-gaming or social media use in adolescents? A large-scale cross-sectional public health study. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 11-19.
- Moll, B. & Thomasius, R. (2019). *Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für Jugendliche mit abhängigem Computer- oder Internetnutzung*. Hogrefe-Verlag, im Druck.

- Moll, B., Thomasius, R., Thomsen, M., & Wartberg, L. (2014). Pilotstudie zur Effektivität eines kognitiv- verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms mit psychoedukativen Anteilen für Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(1), 21- 35.
- Morioka, H., Itani, O., Osaki, Y., Higuchi, S., Jike, M., Kaneita, Y., ... & Ohida, T. (2017). The association between alcohol use and problematic internet use: A large-scale nationwide cross-sectional study of adolescents in Japan. *Journal of epidemiology*, 27(3), 107-111.
- Mücken, D., Abke, C., Schaunig-Busch, I., Klein, M., & Keller, K. (2011). Bundesmodellprojekt ESCa- pade-Hilfe bei Gefährdung durch problematische Computernutzung—Die Evaluation eines familien- basierten Präventionsprogramms. *Suchttherapie*, 12(S 01), S35_2.
- Müller, K. W., Beutel, M. E., & Wölfling, K. (2017). Klinische Validierung von diagnostischen Merkmalen der Internetsucht. *Suchttherapie*, 18(S 01), S-10.
- Park, J. H., Lee, Y. S., Sohn, J. H., & Han, D. H. (2016). Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 31(6), 427-432.
- Petersen, K.U., Hanke, S., Bieber, L., Mühleck, A., Batra, A. (2016). *Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten (AbiS)*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Petersen, K. U., Thomasius, R., Schelb, Y., Spieles, H., Trautmann, S., Thiel, R., & Weymann, N. (2010). *Beratungs-und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland*. Pabst Science Publ.
- Petry, N.M., Rehbein, F., Ko, C.H. & O'Brien, C.P. (2015). Internet Gaming Disorder in the DSM-5. *Current Psychiatry Reports*, 17, 72.
- Poli, R. & Agrimi, E. (2012). Internet addiction disorder: Prevalence in an Italian student population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 55-59.
- Rumpf, H.J., Arnaud, N., Batra, A., et al. (2016). Memorandum Internetbezogene Störungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). *Sucht*, 62, 167-172.
- Rumpf, H.J., Batra, A., Bleckmann, P., et al. (2017). Empfehlungen der Expertengruppe zur Prävention von Internetbezogenen Störungen. *Sucht*, 63, 217-225.
- Rumpf, H.J., Vermulst, A.A., Bischof, A., Kastirke, N., Gürtler, D., Bischof, G., Meerkerk, G.J., John, U. & Meyer, C. (2014). Occurrence of Internet Addiction in a General Population Sample: A Latent Class Analysis. *European Addiction Research*, 20, 159-166.
- Shek, D. T., Tang, V. M., & Lo, C. Y. (2009). Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 44(174).
- Shek, D.T.L. & Yu, L. (2012). Internet addiction phenomenon in early adolescents in Hong Kong. *The Scientific World Journal*, 104304.
- So, R., Makino, K., Fujiwara, M., Hirota, T., Ohcho, K., Ikeda, S., ... & Inagaki, M. (2017). The prevalence of Internet addiction among a Japanese adolescent psychiatric clinic sample with autism spectrum disorder and/or attention-deficit hyperactivity disorder: a cross-sectional study. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(7), 2217-2224.

- Starcevic, V., Aboujaoude, E. (2017). Internet addiction: reappraisal of an increasingly inadequate concept. *CNS Spectrums*, 22, 7-13.
- Strittmatter, E., Parzer, P., Brunner, R., Fischer, G., Durkee, T., Carli, V., ... & Resch, F. (2016). A 2- year longitudinal study of prospective predictors of pathological Internet use in adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 25(7), 725-734.
- Sussman, C. J., Harper, J. M., Stahl, J. L., & Weigle, P. (2018). Internet and video game addictions: diagnosis, epidemiology, and neurobiology. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*.
- Thomasius, R., Sack, P. M., Strittmatter, E., & Kaess, M. (2014). Substanzgebrauchsstörung und nicht-substanzgebundene Süchte im DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Tsitsika, A., Critselis, E., Louizou, A., Janikian, M., Freskou, A., Marangou, E., Kormas, G. & Kafetzis, D.A. (2011). Determinants of Internet addiction among adolescents: a case-control study. *TheScientificWorldJOURNAL: TSW Child Health & Human Development*, 11, 866-874.
- Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S. & Valkenburg, P.M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478-487.
- Van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, T. M., & Van De Mheen, D. (2014). The (co-) occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of behavioral addictions*, 3(3), 157-165.
- Vondráčková, P., & Gabrhelík, R. (2016). Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, 5(4), 568-579.
- Walther, B., Morgenstern, M., & Hanewinkel, R. (2012). Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European addiction research*, 18(4), 167-174.
- Walther, B., Hanewinkel, R., & Morgenstern, M. (2014). Effects of a brief school-based media literacy intervention on digital media use in adolescents: cluster randomized controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(9), 616-623.
- Wartberg, L., Kammerl, R., Rosenkranz, M., Hirschhäuser, L., Hein, S., Schwinge, C., ... & Thomasius, R. (2014). The interdependence of family functioning and problematic Internet use in a representative quota sample of adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(1), 14- 18.
- Wartberg, L., Kriston, L., Bröning, S., Kegel, K. & Thomasius, R. (2017). Adolescent problematic Internet use: Is a parental rating suitable to estimate prevalence and identify familial correlates? *Computers in Human Behavior*, 67, 233-239.
- Wartberg, L., Kriston, L., Kammerl, R., Petersen, K.U. & Thomasius, R. (2015). Prevalence of Pathological Internet Use in a Representative German Sample of Adolescents: Results of a Latent Profile Analysis. *Psychopathology*, 48, 25-30.
- Wartberg, L., Kriston, L., Kegel, K., Thomasius, R. (2016). Adaptation and psychometric evaluation of the Young Diagnostic Questionnaire (YDQ) for parental assessment of adolescent problematic Internet use. *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 311-317.

- Wartberg, L., Kriston, L. & Thomasius, R. (2018). Psychosocial correlates and prevalence estimates of social media addiction and Internet gaming disorder in a representative sample of adolescents [Paper submitted].
- Wartberg, L., Kriston, L. & Thomasius, R. (2017). The prevalence and psychosocial correlates of Internet gaming disorder—analysis in a nationally representative sample of 12- to 25-year-olds. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 419-424.
- Wartberg L., Moll, B., Baldus, C., Thomsen, M. & Thomasius, R. (2017). Unterschiede zwischen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch in ambulanter und stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45, 313-322.
- Wartberg, L., Petersen, K.-U., Kammerl, R., Rosenkranz, M., & Thomasius, R. (2014). Psychometric validation of a German version of the Compulsive Internet Use Scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(2), 99-103.
- Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2015). New developments on the neurobiological and pharmacogenetic mechanisms underlying internet and videogame addiction. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 117-125.
- Weinstein, A., Livny, A., & Weizman, A. (2017). New developments in brain research of internet and gaming disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 75, 314-330.
- Winkler, A., Dörsing, B., Rief, W., Shen, Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(2), 317-329.
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed research international*, 2014.
- Wölfling, K., & Müller, K. W. (2017). *Pathologischer Mediengebrauch und Internetsucht*. Kohlhammer Verlag.
- Young, K. S. (1998a). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-244.
- Young, K. S. (1998b). *Caught in the net*. New York: John Wiley.
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in clinical practice: A source book*, 17, 19-31.
- Yu, L. & Shek, D.T. (2013). Internet addiction in Hong Kong adolescents: a three-year longitudinal study. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 26, S10-17.
- Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 979.
- Zhong, X., Zu, S., Sha, S., Tao, R., Zhao, C., Yang, F., ... & Sha, P. (2011). The effect of a family-based intervention model on Internet-addicted Chinese adolescents. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(8), 1021-1034.

*Positionspapier der Gemeinsamen Suchtkommission
der kinder- und jugendpsychiatrischen
Fachgesellschaft und Verbände
(DGKJP, BAG KJPP, BKJPP)*

**zu medienbezogenen Störungen im
Kindes- und Jugendalter**

Vor dem Hintergrund steigender Nutzungsintensitäten digitaler Medien bei Kindern und Jugendlichen gewinnen medienbezogene Störungen eine zunehmende Bedeutung für diese Altersgruppe. Das Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG KJPP, BKJPP) im Kindes- und Jugendalter beschreibt die Hintergründe dieser neuen Störungsgruppe und leitet Forderungen zur Prävention und Versorgung ab. Im Folgenden werden die zentralen Inhalte und Forderungen zusammengefasst:

1. Der Gebrauch digitaler Medien ist aus dem heutigen Zeitalter nicht mehr wegzudenken. Sie bieten durch den Zugang zu einer Vielzahl von Informationen und der Möglichkeit des breiten Austausches immense Chancen. Gleichzeitig beinhalten sie eine Vielzahl von positiven Verstärkern zur Intensivierung der Nutzung und sprechen typische Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters an: z.B. Entdeckung neuer Welten, komplexe Interaktionen, Zugehörigkeit zu einer sozialen Gemeinschaft, zielgerichtete Aufgabenbewältigung, Möglichkeiten der eigenen Gestaltung, Messen eigener Fähigkeiten im Wettbewerb.
2. Auf der Grundlage neu entstandener Lebenswelten bergen digitale Medien für eine Gruppe von Nutzern Risiken für einen übermäßigen Gebrauch oder gar die Entstehung einer Sucht. Aus entwicklungspsychologischer Sicht gab es in den letzten Jahrzehnten keinen im Ausmaß vergleichbaren neu aufgetretenen Einflussfaktor auf die Kindheit und Adoleszenz.

3. Die Mitglieder der Suchtkommission begrüßen ausdrücklich die erstmalige Aufnahme einer medienbezogenen Störung, der Computerspielsucht bzw. Gaming Disorder, in die vorläufige Version der ICD-11 der WHO. Gleichzeitig halten sie die Beschränkung auf die Computerspielsucht als einzige Störung für zu eng gefasst und schlagen den Begriff der medienbezogenen Störungen vor. Innerhalb der medienbezogenen Störungen sind unterschiedliche anwendungsbezogene Süchte zu unterscheiden (z.B. Computerspielsucht, Social-Media-Sucht).
4. Digitale Medien gehen bei etwa 3 bis 5% der deutschen Kinder und Jugendlichen mit einem pathologischen Nutzungsverhalten einher. Die diagnostischen Kriterien orientieren sich dabei an denjenigen für stoffgebundene Süchte. Dabei ist nicht die konkret aufgewandte Zeit für den Mediengebrauch für die Diagnosestellung entscheidend, sondern dessen negative Auswirkungen (gedankliche Vereinnahmung durch das Medium, Reizbarkeit bei Nichtnutzung, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, Verlust an sonstigen Interessen, Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen, Täuschen von Angehörigen und Freunden bzgl. der Nutzungsintensität, Nutzung zur Stimmungsregulation und Gefährdung wichtiger Lebensinhalte, insbesondere Schule und Sozialkontakte).
5. Medienbezogene Störungen betreffen insbesondere vulnerable Gruppen mit folgenden Charakteristika:
 - Biologisch bedingte Anfälligkeit, z.B. im Hirnstoffwechsel
 - Besonderheiten der Persönlichkeit mit erhöhtem Neurotizismus, erhöhter Ängstlichkeit, erhöhter Stressempfindlichkeit und nicht hilfreichen Strategien im Umgang mit Problemen
 - Niedrige Familienfunktionalität sowie negative Sozialisationserfahrungen mit z.B. abwertendem Kommunikationsstil und Interaktionsstörungen
 - Individuelle Besonderheiten wie geringere Gewissenhaftigkeit, negatives Selbstkonzept, soziale Unsicherheit
 - Negative Rollenvorbilder durch riskante Nutzungsmuster in der Familie, negativer Einfluss der Gleichaltrigengruppe
 - soziale, emotionale und kognitive Entwicklungsdefizite
 - psychiatrische Begleiterkrankungen wie ADHS, Depression, Angststörungen

6. Bei Vorliegen einer medienbezogenen Störung ist eine kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung notwendig.
 - Voraussetzung für die Therapie ist eine frühe und fachgerechte Diagnostik der Symptomatik inklusive Begleiterkrankungen.
 - Die Schaffung eines Problembewusstseins ist unabdingbar und dient der rechtzeitigen Inanspruchnahme von Behandlung.
 - Das primäre Ziel ist hierbei die Symptomreduktion und die Verbesserung seelischer Gesundheit und sozialer Teilhabe.
 - Eine vollständige Abstinenz von digitalen Medien ist aufgrund deren allgegenwärtiger Präsenz und deren wichtiger Funktion in Alltag, Schule, Beruf nicht möglich.
 - Die Angebotsstruktur für die Behandlung medienbezogener Störungen ist in Deutschland unzureichend. Zur Verbesserung der Behandlungskompetenz bedarf es spezialisierter Fort- und Weiterbildung.
 - Die Vermittlung von Medienkompetenz ist in der Behandlung nur ein Teil der Intervention.
 - In Abhängigkeit vom Schweregrad der medienbezogenen Störung können ambulante, teilstationäre oder stationäre kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Therapiemaßnahmen ggf. mit anschließender Rehabilitation notwendig sein.
 - Für einen optimalen und andauernden Therapieerfolg ist eine ausreichende Behandlungsdauer essentiell, um emotionale, soziale und kognitive Nachreifungsprozesse zu ermöglichen, Kompetenzen zu vermitteln und begleitende Störungen zu behandeln.

7. Präventive Maßnahmen sind weiter auszubauen.
 - Die Politik muss durch gezieltes Eingreifen einen gesunden Umgang mit Medien unterstützen. Entwickler und Anbieter medialer Angebote müssen verpflichtet werden, Möglichkeiten der elterlichen Kontrolle (z.B. in Bezug auf Nutzungszeiten) zu integrieren. Anwender sozialer Medien müssen bzgl. der Darstellung selbst- und fremdschädigender Verhaltensweisen besser geschützt sowie suchtfördernde Verstärkungsmuster in Games gesetzlich eingeschränkt werden. Altersfreigaben müssen sich am Jugendschutz orientieren und stärker kontrolliert werden.

- Verhaltensprävention sollte mit der Stärkung der Vorbildfunktion der Eltern ab der Geburt des Kindes beginnen. Es müssen gezielte Angebote zur Förderung elterlicher Erziehungskompetenz in Bezug auf Medien zur Verfügung gestellt werden.
- Eine unkontrollierte Nutzung mobiler digitaler Endgeräte während des Schulunterrichts ist zu verhindern.
- Kindbezogene Maßnahmen müssen sich an den Entwicklungsphasen der Kinder/Jugendlichen orientieren und individuelle Aspekte berücksichtigen (wie z.B. Geschlecht, Entwicklungsalter, sozialer Hintergrund, Bildungshintergrund).

Die Mitglieder der Suchtkommission empfehlen:

- Bis zum Schulbeginn sollen Kinder ausschließlich analog und nicht mit Hilfe digitaler Medien lernen und spielen.
- Vor Besuch der 5. Klasse sollten die Kinder kein eigenes Smartphone besitzen. Danach sollte die Nutzung unter elterlicher Steuerung, Aufsicht und Medienkompetenzvermittlung (zeitlich und inhaltlich) erfolgen.
- Für die Nutzung von PC, Spielekonsolen, Spielen am Smartphone und sozialen Netzwerken sowie für den Konsum von Serien, Filmen, Clips sollten folgende Zeiten gelten¹:
 - max. 45 Minuten am Tag für Kinder im Alter 7-10 Jahren bzw. max. 1 Stunde für Kinder im Alter 11-13 Jahren und max. 1,5 Stunden am Tag ab 14 Jahren
 - PC im eigenen Zimmer: frühestens ab 12 Jahren, Regeln vereinbaren und kontrollieren (z.B. nicht nachts spielen)
 - Internetzugang nicht unter 8 Jahren, ab 8 Jahren nur für Kinder geeignete Seiten unter Aufsicht, ab 12 Jahren auch alleine
 - Chatten: nicht unter 8 Jahren, ab 8 Jahren nicht ohne Kontrolle und nur für Kinder geeignete Angebote, ab 11 Jahren Regeln vereinbaren und kontrollieren

¹ In Anlehnung an die Datenbank des Internationalen Zentralinstituts für Jugend- und Bildungsfernsehen (IZI)

Zur Diskussion gestellt:
**Gesund aufwachsen in der digitalen Welt
/Schulen vom Netz???**

Matthias Wildermuth

1. Die Welt wird digitaler. Muss da nicht auch die Bildungspolitik reagieren, um die heranwachsende Generation frühestmöglich auf diese Herausforderung vorzubereiten?

Das sehe ich genauso. Nur, was früheste Vorbereitung ist, kann nicht heißen, dass man möglichst früh schlichteste Anwenderprogramme einführt, so dass die Kinder/Jugendliche überhaupt nicht lernen, Wege zu einer Lösung von Problemen zu finden, sondern eigentlich sofort die Lösung selber suchen, was man so als „google-Phänomen“ bezeichnet. D. h., wer zu früh die Medien mit ihrer hohen Informationsflut und gerade mit ihrer Geschwindigkeit einsetzt, verhindert, dass Kinder erst einmal auch zeitanalog denken lernen, handeln lernen, Praktisches umsetzen können. Wenn wir sie darauf vorbereiten wollen, müssen wir tatsächlich die analogen Schritte einsetzen, damit diese zunächst verinnerlicht werden.

Dann kann man genau untersuchen, wo es Erleichterungen in vielen Bereichen im Digitalen gibt. Wenn Mathematik mit Rechenmaschinen, oder gar mit dem Taschenrechner eingeführt wird, dann wird nicht plastisch in unserem Gehirn eine Struktur von Zahlen und eine Verknüpfung von Zahlen und Sprache entwickelt, damit bleibt es auf einer vormathematischen Ebene, die keinerlei Vorbereitung auf die Zukunft bedeutet.

Und wenn man problemorientiertes Denken bringt, dann kann man auch nicht vorsprachliche Emojis für alles einsetzen oder Icons, sondern muss darauf achten, dass sich bei Kindern erst in einer komplexen Sprache diese Dinge formulieren, und wenn sie dieses mit Nebensätzen auch können, dann können sie auch Parallelstrukturen auf der Computer-Ebene hineinnehmen, dann können sie auch Algorithmen für was entwickeln, aber Voraussetzung ist, dass die Sprache in ihnen verankert ist, und die wird nur verankert, wenn sie über die face-to-face-Kommunikation beginnt.

2. **Neueste Studien zur Entwicklung des Gehirns zeigen auf: die frühkindliche Erfahrung ist für die Bildung starker mentaler Verbindungen entscheidend. Was passiert bei zunehmender Konfrontation mit elektronischer Technik in der frühkindlichen Erfahrungswelt? Gibt es bereits Erkenntnisse über „Risiken und Nebenwirkungen“?**

Nehmen wir sowohl ganz einfache Beobachtungen als auch Studien: Wenn eine Mutter oder ein Vater mit einem Kleinkind am Tisch sitzt und es füttert und gleichzeitig am Tablet ist (die Mutter), dann verringert sie die Aktivität dem Kind gegenüber, dann gibt es keine ungeteilte Aufmerksamkeit, aktiviert es nicht, ermutigt es nicht zum Essen, so dass das Kind selber abdriftet und die Konzentration an der Sache verliert und die Verbindung, d. h. der Säugling, das Kind, braucht einen anderen Menschen, ein direktes Gegenüber, eine ungeteilte Aufmerksamkeit, die ihm zugetan ist, und dann werden ganz viele Neuronen im Kind eingesetzt, Spiegelneuronen und andere Neuronen, über die das Kind, das was die Mutter intendiert, durch Nachahmung mitmacht, d. h. unser Gehirn wird durch riesige motorische Felder in dieser Zeit so aktiviert, dass es viel breiter mit Synapsenbildung reagiert, als wenn das Ganze über ein Tablet, das die ganze Zeit auffordert: iss doch mal, iss doch mal, oder SIRI oder Alexa gegeben ist. Oder noch ein drittes Beispiel: Wenn Sie ein kleines Kind haben und sprechen mit dem Kind, dann ist es für das Kind entscheidend, dass Sie eine Blickrichtung auf das Kind haben, einen anthropologischen Abstand von ca. 20 Zentimetern, dann kann das Kind optimal vom Anderen alles abgreifen, das geht sogar bis hin zur Atmung, bis hin in andere seelische Dimensionen. Untersuchungen zeigen, wenn Eltern mit dem Kind kommunizieren und gleichzeitig an ihrem Tablet arbeiten, dass Kinder sich nicht angesprochen fühlen und es nicht aufgreifen, früher Spracherwerb kommt nur zustande, wenn ganz viele Ebenen, sogenannte Sinnesmodi **miteinander geteilt werden**, und dafür sehr viel breitere Aktivierungen nicht nur der Sinnesorgane, sondern des limbischen Systems stattfinden und ganz früh Emotionen und Kognitionen verknüpft werden, was ohne intensive Gegenseitigkeit nicht ausreichend stattfinden kann.

Aber auch ein schönes Gegenbeispiel: Von Familien, die gelernt haben, dass die Kinder, die nur selten die Sendung mit der Maus sehen dürfen, aber auch nur die, das ist mir mehrfach, auch unabhängig voneinander, geschildert worden, dass Kinder von 4 oder 5 Jahren in dieser Zeit ganz aufgeregt, angespannt da sitzen, als würden sie das Wichtigste in ihrem ganzen Leben sehen, gleichsam andachtsvoll auf- und annehmen. D. h., wenn man es zu selten macht, wird es gleichzeitig auch erhöht. Es braucht also eine Ebene, dass es

nicht überbewertet wird. Sie haben von den Eltern als Vorbild gesprochen: 1. sind die Eltern Vorbild, in der Art, wie sie mit den Medien umgehen, ob sie sich überhaupt auf das Kind fixieren, oder alles im Stand-by-Modus machen und 2. haben wir natürlich mittlerweile auch Eltern, die, während sie mit den Kindern zu tun haben, mit dem Medium stärker verbunden sind als mit dem Kind. Und das führt dazu, dass das Kind selber einen früheren Zugang hat und lieber mit dem Medium kommuniziert als mit den Eltern und das ist die zukünftige Dramatik, weil die Medien weniger Qualität und Informationsfluss, aber auch weniger Herzensverbindung geben, dass die Kinder trotzdem diese Objekte mehr lieben, als die Bezüge zu den Eltern, weil diese Objekte konstant da sind, verlässlich sind, abrufbar sind und denen man nicht hinterherbrüllen muss, bis sie mal kommen.

3. Nehmen wir mal beispielsweise die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit. Für das Sprechen und Zuhören ist eine intensive Beziehung und ein enger Austausch von Mensch zu Mensch unerlässlich. Kann das auch bei Social media oder Video-Chats funktionieren und daher kompensiert werden? Oder geht soziale Kompetenz verloren?

Es gibt sehr wohl die Möglichkeit, dass der Wortschatz reduziert wird. Das Gehirn hat sehr viel mehr Neuronen, als später mal gebraucht werden. Wenn sie sehr früh aktiviert werden, sind sie später auch relativ stabil. Aber da gibt es Übergangsphasen oder Stressphasen, in denen verlernt wird. Das heißt, wenn Kinder elterlichen Stress erleben, und ein Stückweit sich davor schützen wollen, gleichzeitig sich die Möglichkeit ergibt, Medien anzunehmen, hören sie auf, bestimmte Aktivitäten aufrecht zu erhalten und flüchten sich in ein eher sprachloses Medium. So ist es durchaus möglich, dass sie bereits erworbene Anteile verlieren können. Dramatischer ist es bei später gelernten Anteilen, die sowieso nicht so tief verankert sind, diese werden ja allein durch die Pubertät zum Teil wieder verloren, d. h. unser Gehirn ist eine autonome Baustelle, braucht, wie der Psychiater und Neurobiologe Dieter Braus (Einblick ins Gehirn) sagt, andauernd eine tiefe Verbindung zu dem, was man tut, damit es auch stabile Verbindungen gibt, die störungsfrei auch dann funktionieren, wenn viele neuronale Reize einströmen. Wenn das Belohnungssystem z. B. zu früh eingeschaltet wird, beim Spracherwerb oder über Maschinen usw., dann wird es nicht an den Inhalt geknüpft, sondern an die Erkener des Belohnersystems. Und eigentlich sind wir primär bereit, weit weniger Belohnung zu brauchen, um zu lernen. Wenn aber diese Geräte zu früh Belohner

instruieren, dann werden die Dinge, die gekonnt werden, nicht mehr genutzt, weil sie nicht mehr belohnerverknüpft sind. Und die Belohnerabhängigkeit steigt und steigt. Und das nutzen leider fast alle Computerspiele in infamer Weise aus für diese irregulären und nicht vorhersehbaren sogenannten intermittierenden Verstärker, in dem ich immer gerade dann wieder darauf starre, wenn ich mich eigentlich schon einer anderen Sache zuwenden könnte und diese nicht vorhersehbaren Belohner schaffen eine Aufmerksamkeitsverkehrung weg von der Beschäftigung mit dem Stoff zum Erreichen des Belohners. Dieser Neurobiologe sagt, unser Gehirn ist seit 30000 Jahren so ähnlich aufgebaut, was Belohnungsreize angeht. Und wenn diese Belohnungsreize immer früher, immer schneller kommen und durch immer kompliziertere Bilder und Klänge usw. mit den optischen und akustischen Medien angereichert werden, damit verliert das Kind den eigenen Antrieb und die eigene „Perfektionalität“ (Hegel) überhaupt diese Dinge noch weiter lernen zu wollen. Es bricht also ab und die Dinge, die es im Ansatz gehabt hat, verkümmern.

4. Studien zeigen, dass es in der durch Informationstechnologie bestimmten Welt zunehmend auch Kreativität braucht. Es gibt doch sehr viele kreative digitale Möglichkeiten. Bildbearbeitung / Video / Rollenspiele etc. Hier gibt es doch unerschöpfliches kreatives Potenzial. Das ist doch Lernen von Kreativität.

Die Frage ist, was ist Kreativität? Ist es Abrufen von extrem gut vorbereiteten Programmen, wo ich die Illusion bekomme, schon mit drei, vier Bewegungen ein hervorragendes Bild oder eine Grafik zu bekommen? Oder ist es der umgekehrte Weg, dass ich mit Papier und Bleistift beginne, das in mir verankere, um dann, wie es z. B. Architekten sehr sinnvoll tun können, auf dreidimensionaler Ebene das Ganze ausweiten zu können, ohne dass man das alles einzeln zeichnen muss. Wieder ist die Voraussetzung, je besser ich es analog geschafft hab, je besser die Hand-Auge-Koordination entwickelt ist, je besser kann ich dann später auch kreativ mit Medien umgehen. Es ist sicher hervorragend, spezielle Programme dafür zu haben. (Beispiel Technische Zeichnerin - Berufe ausgestorben, die Leute können extrem viel, aber der Computer kann es besser.) Dennoch halte ich es als Voraussetzung, diesen Beruf analog zu lernen, um dann mit Programmen umzugehen.

Aber dasselbe auch bei Musikern, wenn ein Kind nicht singen lernt, andere Instrumente kennenlernt, kann es natürlich über Computerprogramme Musik simulieren, und trotzdem wird es sich nicht musikalisch entwickeln, es wird immer vom vorgegebenen Programm abhängig sein. Es gibt mittlerwei-

le elektronische Künstler, die nie ein Instrument gelernt haben, die ganz früh das elektronisch aufgebaut haben, die mögen auch sehr kreativ sein, aber aus meiner Sicht sind deren Klänge so weit weg von unserer Klangverarbeitungsmöglichkeit im Gehirn, dass dadurch keine Entwicklungen gegeben sind. Denn wenn ein Mensch ein Instrument erlernt, muss er ja dann auch Atmung, Raumlage, Propriozeption, Hand- und Auge-Hirn-Koordination zusammenführen, damit er danach in der Lage ist, viele andere Dinge mit Hilfe eines Fähigkeitstransfers besser zu verstehen und auch kreativer zu verarbeiten. Das heißt wiederum, je analoger der Anfang ist, je bezogener der Lernprozess stattfindet, desto unproblematischer ist es, später die Technik anzuwenden. Aber, so lange das Kind in der Entwicklungsphase noch schwankend ist und es dann vor die Alternative der erleichterten Produktion gestellt ist, verliert es Arbeitsbereitschaft und -fähigkeit, Selbstherausforderung und Kreativität. Kreativität ist, wie z. B. der Grazer Neurowissenschaftler A. Fink sagt, Fleiß und Üben, also intensive Eigenbewegung und nicht passiv verinnerlichtbar. Wissen kann ja schnell mit der Technik in den Schulen abgerufen werden. Das Vermitteln von „Werten, Vertrauen, unabhängigem Denken, Teamwork“ ist digital doch eher schwierig. Braucht es nicht gerade verstärkt Fächer wie Musik, Kunst, Darstellendes Spiel, Sport oder ganz neue Ansätze wie z. B. das Unterrichtsfach „Glück“ in der Schule?

Sport kann nur mit eigener Bewegung verbunden werden. Und schon vor zehn Jahren gab es Untersuchungen, welche Schulen die leistungsfähigsten Schüler herausgebracht haben, es waren diejenigen, die gar nicht so die kognitiven Seiten betont haben, sondern Motorik, Geschicklichkeit, Handwerkliches sowie Tanz, Rhythmik und Musik früh erwarben und danach waren die Schüler anschließend sehr wohl in der Lage, analog und anschließend auch digital zu lernen. Also, wenn Kreativität gesucht wird, dann zeigt die Forschung klar, dass Tablets und Smartphones im Großen und Ganzen eher dumm machen, eher inaktiv machen. Auch und gerade wenn sie zur Erleichterung eingesetzt werden, stärken sie nicht so intensiv wie aktive analoge Schlüsselkompetenzen. So wurde untersucht, ob Kinder mit Tablets/E-books besser lesen lernen als diejenigen, die entsprechende Bücher nutzten, und es zeigte sich, dass im Buch so viele positive Verstärker sind und Kinder, die E-Books hatten, die Gimmicks enthielten, nur 43 % der Zeit konzentriert mit dem Buch selber umgingen, hingegen viel Zeit mit Klicken anstatt mit Lesen verbrachten. Wenn schon, dann müssten die Dinge so kombiniert werden, dass die Anteile des Unmittelbaren deutlich größer sind, als die Anteile des Mittelbaren. Sie können z. B. wunderbar Sport machen und dann die einzelnen Sequenzen

nachträglich computermäßig analysieren, das ist sogar sinnvoll, aber eher in der Auswertungsphase. Kein Mensch würde heute Sport durch die Wii ersetzen, weil es eine der großen Illusionen ist, und kein Mensch kann das Malen direkt am Tablet angemessen entwickeln, weil das Kind gar nicht den Kontakt zum Papier hat und so zu der Materie, die zu unserer Bewegungsassoziation führt. Mit so einem Pencil auf einer Oberfläche schreibe ich ja z. B. völlig anders als mit einem Füller auf einem holzfreien Papier oder sogar auf einem Papier, was noch Holzanteile enthält. Wir können heute sagen, dass die Menschen, die nicht nur irgendwelche Inhalte aufnehmen, sondern die mitschreiben, und am besten nicht an der Tastatur mitschreiben, sondern handschriftlich mitschreiben, am meisten davon behalten.

Ob Sie kreativ sind oder nicht, entscheidend ist, dass Sie sinnlich, mit möglichst vielen Sinnen und mit Materialkontakt das machen, und das möglichst früh am Morgen in der Schule, dann ist das Kind oder der Jugendliche anschließend sehr wohl in der Lage, auch abstrakte Dinge am Computer zu machen. Ich finde z. B. bei der Sprache hervorragend, wenn man Sätze mal spricht und anschließend mit dem Schreibprogramm darstellt und mal guckt, was hab ich denn eigentlich tatsächlich gesagt, wie müsste ich den Satz umstellen, an welcher Stelle hab ich das Wort nicht gut ausgesprochen usw. Aber natürlich auch Aussprache und alles erst durch den Lehrer als Bezugs- und Beziehungsperson. In einem Ranking zwischen amerikanischen Schulen schnitt diese am besten ab, die als feste Vereinbarung für die ersten Stunden am Morgen Sport, Musik und Tanz regelhaft anbot und somit Emotion, Körperlichkeit, Rhythmik und Ausdruck aktivierte und so den Menschen in guter Weise auf kognitiv anspruchsvollere Aufgaben des Unterrichts am Tage einstimmte und bereitmachte. Auch waren die Kinder, die, bevor sie etwas bearbeiten sollten, erst einmal zur Einstimmung mit Bleistift und Papier etwas gezeichnet hatten, in ihrer anschließenden Auffassungs- und Bearbeitungsfähigkeit denen überlegen, die vorher lediglich ein Tablet nutzten oder einen Film gesehen hatten.

Das sollten wir in den Schulen berücksichtigen und nicht nur Sitzkreise morgens, sondern auch Stuhlkreise, Stehkreise und „Hüpfkreise“ integrieren. Anschließend kann man dann auch mit der Technik arbeiten. Es sollte genügend viel von unserer Gesamtkörperlichkeit aktiviert werden, da unser Gehirn ja ganzkörperlich wirkt sowie auch entsprechend beeinflusst wird. Je mehr Körper- und entsprechend Hirnregionen aktiviert und auch koordiniert und synchronisiert werden, desto mehr kann auch synergistisch und im besten Sinne vernetzt genutzt werden.

In einer englischen Studie wurden kleine Kinder zum Basteln angeleitet. Einmal war die Bastelarbeit über einen Bildschirm wahrnehmbar, d.h., sie wurde vorher aufgenommen und die Kinder saßen dann vor dem Bildschirm und haben nach entsprechender Instruktion der Bastelanleiterin gebastelt. Alternativ saß diese face-to-face bei ihnen. Zumindest bis zum 8. Lebensjahr, danach kommt eine andere Zeit, wo die Kinder auch andere kognitive Fähigkeiten haben und nicht mehr so stark den Erwachsenen imitieren und von ihm direkt profitieren. Aber bis dahin war die Leistung deutlich signifikant besser, wenn die Anleiterin live anwesend war und komimetisch wirkte bzw. sich beeinflussen ließ.

Da kann man durchaus fragen: „Was ist denn live?“ Ist es auch, dass die gespürt wird, dass die gefühlt wird, dass sie bis in einem Wärmestrom imaginär eine gemeinsame Wärmeglocke bilden? Spätestens, wenn man zu zehnt lange in einem Raum war, weiß man, dass sich eine gemeinsame Wärme-, Duft- und sonstige Hülle gebildet hat, dass das Ganze polysensorisch ist. Diese Kinder haben in der Lehrerin, man hatte eine Lehrerin gefilmt, Reflexe ausgelöst, sie hat sich also auf die Kinder individuell eingestellt. D. h. es ist nicht ein einseitiger Vorgang wie im Fernsehen, dass einer etwas produziert, die anderen aber nichts machen, sondern in der Bi-Lateralität entwickelt sich über rückläufige Schleifen eine immer bessere Feinabstimmung. Und diese Feinabstimmung führt bei den Menschen dazu, dass sie sich stärker mit der Sache identifizieren können. Und je mehr sie sich gefühlt und mitbeteiligt erleben und auch spüren, dass sie den anderen sogar beeinflussen können durch ihre Gegenwart, umso intensiver ist das Lernerleben oder sogar der „Flow“. Wenn zwei Menschen zusammensitzen und der eine lernt vom anderen und sie stimmen überein, dann kann es sogar sein, dass ein Kind in Anwesenheit dieser Lehrperson mehr kann, als es eigentlich kann, weil der Flow so hoch ist, so dass man da sogar wieder aufpassen muss, dass man nicht einen „über-optimalen“ Anwesenden hat, weil die Kinder dann, kaum ist er weg, es nicht mehr können. Wir wissen z. B. bei Musikern, dass Musiker nur so lange gut spielten, wenn ein Lehrer daneben saß, der das Stück genauso perfekt konnte und mental mehr oder weniger das Kind mit beeinflusst hat. D. h. je höher die Präsenz, mental und physisch, desto mehr wird gelernt. Aber später natürlich, und das ist ab dem 8./9. Lebensjahr zunehmend anders, muss das Kind auch lernen, ohne dass es eine beteiligte Person hat, die das Ganze intensiv begleitet. Da muss das Kind auch im Rücken des Lehrers lernen, deswegen kann man da auch später mit Bildschirm oder auf E-Learning-Ebene durchaus Anleitung geben. Und bei Pubertären wissen wir umgekehrt, dass sie besser über

eine distanzierte Koregulierung lernen, als wenn irgendein zu dicht herangehender Lehrer sich in ihre Seele vorarbeitet und die betroffenen Schüler sich ungeschützt erleben, insbesondere falls die Betroffenen die Erwachsenen auf Abstand bringen wollen. Dann lernen sie besser über die Distanz, aufgrund der Coolheitssehnsucht sogar teilweise besser über Medien.

5. Als die Eisenbahn gebaut wurde oder die ersten Automobile auftauchten, gab es auch aus heutiger Sicht „überzogene Warnungen“. Sind da kritische Wissenschaftler bei der Digitalisierung nicht auch überkritisch?

Ich glaube nicht, dass die Wissenschaftler überkritisch sind. Der Großteil der Pädagogen und auch der Mediziner sind extrem technikgläubig. D. h. die kritische Frage ist bis heute nicht gestellt, ob wir wirklich bestimmte Eisenbahnfahrten so gut verarbeitet haben. Was wir wissen, ist, dass wir beim Fliegen extreme Jetlags haben, d. h. Fliegen wird nicht einfach so verarbeitet. Wir wissen auch, dass Kinder, wenn sie lange Autofahrten gemacht haben, Zeit der Reorientierung wieder brauchen. Es ist nicht einfach so, dass unser Gehirn über die Pferdegeschwindigkeit hinaus so verankert ist, an dieser Stelle hat sich unser Gehirn nicht weiterentwickelt. Wir können gleichsam radikal sagen, bis man wieder ankommt, wäre, wenn man genau schaut, für die Zeit zu berechnen, die man braucht, um die entsprechende Entfernung zu Fuß gemäß der eigenen Schritte zurückzulegen. Die Eisenbahn hat zwar nicht die schweren Zitterer erbracht, die man teilweise vorhergesagt hatte, aber eine gewisse Unruhe, eine gewisse Konzentrationsschwäche, eine gewisse Unfähigkeit mit reizarmen Situationen zu tun zu haben, die wächst, wenn man nur die Unruhe sieht, die man an in Deutschland an Haltestellen erlebt, und die Ruhe und Geduld in Afrika, wenn man eventuell sehr lange auf einen Bus wartet. D. h. das Problem ist nicht z.B. die Eisenbahn als solche, sondern wie die Geschwindigkeit und Reisezeit als gelebte Erwartung mit entsprechenden regulierten oder nicht regulierten Spannungen sich verändert. D. h. ich erwarte eben nicht als Fußgänger, dass ich durch die Eisenbahn fünf Stunden Zeit am Tag gewonnen habe, sondern diese werden sofort wieder eingeplant und dann geht's schon wieder um die nächste Optimierung. Das Problem ist also nicht die jeweilige Technik, sondern dass mit jedem technischen Fortschritt sofort wieder die Erwartung steigt.

Denken Sie an die Anhänge in unseren Mails, am Anfang war es wunderbar, wir konnten die Informationen schneller bekommen, mittlerweile sind die Informationen so multipliziert, dass wir wieder nur in Stress kommen, das

ist das Entscheidende, der Stress, der durch die Geschwindigkeit zustande kommt. Das was wir gewinnen, erhalten wir uns nicht, sondern das wird sofort wieder verbraucht, das ist das eigentliche Thema. Die Technik als solche ist hilfreich und hervorragend, aber wenn sie wieder eingeplant wird, wenn ich Anhänge von 500 Seiten von einem Kollegen bekomme, die ich ausdrücke, der aber denkt, dass ich das morgen mit ihm besprechen kann, zeigt das, dass wir die Technik nicht integrieren, sondern uns technisch versklaven und das ist wie ein Wiederholungszwang. Technik lernen heißt zumindestens simultan auch Technik integrieren, somit ein Eingliedern in menschliche Absichten und Intensionen.

Meine Devise heißt: Wenn du das, was du kannst, auch ohne Technik kannst, dann kann dir die Technik hilfreich sein. Wenn du es aber nur noch kannst, wenn die Technik dich unterstützt, dann wird es gefährlich, dann wirst du hilflos, ohnmächtig, dann wirst du entfremdet, und das haben wir an ganz vielen Stellen. In Banken kann nicht mehr mit Zahlen gerechnet werden, In der Medizin kann so gut wie keiner mehr die Differentialdiagnose besser als Dr. Google, d. h. wir geraten in eine Anforderung hinein, die unangemessen ist, und deshalb erst die Aufgabenstellung kognitiv abschätzen, emotional ergründen und dann die Technik hinzunehmen. Die Begrifflichkeit hierzu ist, Komplementarität statt Kompensation. Dies will sagen, dass Technik hervorragend unterstützen kann, wenn sie komplementär eingesetzt wird, aber katastrophal auf die Menschen und seine sozialen Beziehungen wirkt, wenn sie kompensatorisch eingesetzt wird. Wenn wir heute in den Schulen den Digitalpakt bekommen, und alles, was die Schule heute nicht (mehr) leistet, der Schule oder Technik 4.0 gleichsam als Heilbringer aufbürden, dann wird es eher noch problematischer als es jetzt schon ist. Wenn Sie aber die Dinge analog erarbeiten, und haben ergänzend die Technik 4.0-Lösung, dann steht uns mehr Zeit zur Verfügung, uns mit den Dingen differenzierter auseinanderzusetzen. Aber es scheint mir eine Lüge zu sein – deshalb bezeichne ich es auch als Katastrophe –, dass wir danach mehr effektive Zeit hätten. Nein, wir haben danach nicht mehr, sondern weniger Zeit, weil sofort die Zeit, die wir gewinnen, zurückgenommen wird, entsprechend der Reisezeit mit Bahn und Flugzeug, die Illusionierung des Zeitsparens kommt somit zustande, dass weitere Aufgaben oder Anhänge hinzugepackt werden. Diese Aspekte gelten im Übrigen auch für die Nutzung der Social Media, der Information zur Übermittlung und in vielen Computerspielen selbst.

6. Bedarf eine solch tiefgreifende Änderung in der Bildungspolitik nicht einer kontinuierlichen wissenschaftlichen Erforschung der Auswirkungen der Technologien auf Kinder?

Die müsste z. B. von Chronobiologen, also Rhythmusforschern, begleitet werden, weil wir ganz viele biologische Rhythmen haben, die unhintergebar sind. Dazu gehört auch die schon im Steinzeitmenschen angelegte Gedulds- und Wartezeit bis zum Erleben einer Belohnung. Aus der Zeit z.B. der Jäger bis heute und sehen bestimmt ist, dass es darauf angelegt ist, im Wochenrhythmus Belohnungen zu erfahren, so z.B. durch das Jagen und Erlegen eines nahrungspendenden Tieres. Wenn jedoch unser Belohnungszentrum teilweise im Minutentakt stimuliert wird, entsprechend Glückshormone aktiviert werden, verändert sich die Belohnungsabhängigkeit in sehr problematischer Weise. Die Mischung aus Belohnungsfixierung und Belohnungsaufschub wird in perfider Weise bei sogenannten intermittierenden Verstärkern in Computerspielen genutzt, die Betroffenen im Spiel und am Gerät zu halten. Die Eltern und die Schule, die die Schüler permanent belohnen, überreizen dieses System, das dann habituiert und immer höhere Reizstimulie braucht, um entsprechend zu wirken.

Diese gewöhnungs- und abhängigkeitssteigernden Aspekte sollten wissenschaftlich stärker untersucht werden, also die Nebenwirkungen bzw. unerwünschten Wirkungen solch eingesetzter Strategien und Techniken, und dies gleichzeitig und nicht erst nach Jahren schädlichen Vermarktens und Konsumierens. Es findet sich nämlich im Sinne der Suchtentwicklung in diesen medialen Angeboten eine meines Erachtens kleingeredete Tendenz zur Entwicklung nicht stoffgebundener Abhängigkeit und Sucht.

Wieviel Stress wird durch höhere Geschwindigkeit erzeugt, vor allem, wenn man davon ausgeht, dass die Zeit, die ich gewonnen habe sofort reinvestiere im Sinne von ganz einfacher Reise. Wenn Sie 3 Stunden mit dem Flugzeug oder 24 Stunden mit dem Auto reisen, dann haben Sie 2 Urlaubstage gespart. Was machen Sie mit den zwei Urlaubstagen? Wenn Sie die zwei Urlaubstage sich Zeit nehmen anzukommen, dann reisen Sie sozusagen mental hinterher. Und dann ist es gut, wenn die Forschung z. B. untersucht, dass Kinder, wenn sie von einem Programm in das in das nächste kommen und mit vielfältigen Materialien eingeführt werden, wofür man eigentlich einen langen Weg braucht, um überhaupt dorthin zu kommen, dann ist es ganz klar, dann fehlt Ihnen das wesentliche Knowhow, das nennt man die Methode oder Methodenkompetenz. Methode ist der Weg, den ich brauche gemäß der Zeit und des Weges, um in einem Problem anzukommen. Und wenn ich das Prob-

lem bereits z.B. durch eine Computersimulation gelöst bekommen habe, fehlt mir der angemessene Zugang und wenn ich dann später wissenschaftlich arbeite, ist völlig klar, dass dies nur erschwert gelingt. So wird immer häufiger auf wissenschaftliche Beratungszentren zurückgegriffen, die diese Methodenkompetenz als ein weiteres Fragment einer gesamt menschlichen Kompetenz vorhält, wie es auch für andere Pragmentierungsaspekte gilt. Ich meine hiermit u.a. auch Ethikkommissionen, die diese Expertise zunehmend nicht komplementär, sondern substitutiv einlösen müssen, da diese Aspekte der Wissenschaft nicht genügend im integrativen Sinne berücksichtigt werden. Zunehmend scheitern Schüler, Studenten (männlich, weiblich, dmwd) in ihren Ausbildungen, weil sie keine Geduld aufbringen können, eine ihrem Forschungsgegenstand angemessene Methode ggf. über mehrere Jahre zu entwickeln, sondern im Beschleunigungsverfahren ein schnelles Design produzieren, um schnell Ergebnisse vorweisen zu können. Was schon für die Wissenschaftsentwicklung problematisch ist, ist unter anthropologischen Gesichtspunkten als mutmaßliche Verkümmerng anzusehen. Methodologie und Praxiologie, geduldige Durchdringung in Forschung und Praxis, erscheinen als erkenntnisbezogen und ethische Grundelemente dem Beschleunigungsfaktor unterworfen zu sein, der wiederum mit mangelnder Vertiefungskraft und sinkender Geduld korreliert.

Die Mediensucht belastet nicht nur die Psyche der Heranwachsenden, sondern auch deren Physiologie und Sinnesorganbildung. Vor allem Smartphone-User im Jugendalter bekommen zunehmend längere Augäpfel, da die Fixierung auf die kleinen Oberflächen bei nicht genügend Scharfauflösung einen Stimulus zum Längenwachstum des Augapfels aufrechterhalten. Die Verlängerung des Augapfels entspricht der Entwicklung einer Kurzsichtigkeit, die in einem Land wie Südkorea bis zu 90 % der jungen Menschen erfasst hat. In diesem Land ist die digitale Mediennutzung vergleichsweise am weitesten fortgeschritten. Hier kommen die ersten Verbote zur Nutzung und Auflagen, dass Kinder und Jugendliche sich in der äußeren realen Natur aufhalten sollten, um ihre Sehgewohnheiten so zu korrigieren, dass dieser dauernde Stimulus beim „kurzsichtigen“ Blick ergänzt wird durch das Schauen, somit die „Weit-sicht“. Gegen den gefrorenen Blick (M. Platzlaff) braucht es das Sehen und Schauen in der Außenwelt. Dies hat sogar ein Land wie China erkannt und entsprechende Anordnungen auf allerdings autoritärer Basis getätigt.

Ja, wir müssen ganz viel Begleitforschung haben, psychologische, medizinische, pädagogische und insbesondere sozio-emotionale. Denn die allerwichtigste Botschaft muss sein: Empathie kann nur analog face-to-face im

zwischenmenschlichen Bereich entwickelt werden. Tausende emotionaler Alltagskontakte zwischen Liebe, Freude, Neugier und Interesse von Mensch zu Mensch erscheinen unabdingbar und diese viele Stunden täglich lebenslang. So wie aus regelmäßigen frühesten einfühlsamen Beziehungen die Bindungsfähigkeit des Menschen veranlagt und verankert wird, so verankert sich im Gehirn durch regelmäßige Wiederholung mit kleinen Perspektivveränderungen die Fähigkeit, sich über das Verstandenwerden durch einen bedeutsamen erwachsenen Menschen, zur eigenen Feinfühligkeit und sozialen Intuition. Wenn wir uns heute fragen, warum es nicht genügend Menschen gibt, die in angemessener Weise soziale Berufe ergreifen und ausüben können, kann die Antwort sein, dass die menschlichen Voraussetzungen hierfür verloren gehen, denn soziale Berufe erlernen die, die im langfristigen Prozess sozialer Vorgänge die Menschen im Tun miteinander, in der Gruppe, in der Schule, in einem Projekt aktiv erleben und dadurch lernen, dass der andere menschlich mehr Intensität und Zuwendung braucht, als dies ein Spotlight von 3 Sekunden Zuschaltung ermöglicht. Die Mikroprozesse des sich Annäherns und erneuten Distanzierens (Sympathie und Antipathie) sind hier zentrale Vorposten für ein später fein abgestimmtes kommunikatives Verhalten. Dieses gemeinsame Sich-zueinander-verhalten erscheint als notwendige Voraussetzung, um später sozial kompetent zu werden und sich für andere Menschen so dauerhaft zu interessieren, dass diese von einem solchen Menschen gefördert und unterstützt werden können. Wir werden keine sozialkompetenten Lehrer und keine Therapeuten (M/W/D) mehr bekommen, wir werden auch nicht genügend Kleinkind- und AlterspädagogInnen bekommen, die verlässlich und zugewandt sind und bleiben, wenn die frühen Interaktionen zwischen Eltern und ihren Kindern durch jeweiliges Nutzertum destruiert werden. Dann werden Roboter in ihrer Beschränktheit und Pseudobeseeltheit weniger Schaden anrichten als empathielose Techniksklaven ohne eine entsprechende menschliche Bezogenheit. Wenn unsere Reizsuche und unsere rastlose Ungeduld sich entsprechend der rasenden Herstellbarkeit von Information auf Sprach- und Bildebene weiter steigert, wird der Satz zusätzlich gelten: Sag es schneller, sonst kann ich dir nicht mehr zuhören. Schreibe es kürzer, sonst werde ich sowieso nicht lesen. Weine schneller, sonst reicht mein Mitgefühl nicht aus, dich zu trösten. Zwischen Eltern und Kindern scheinen sich Kommunikationen zu entwickeln, die entweder in kürzester Zeit aufeinander folgen oder nach kürzeren Wartezeiten nicht mehr als Kommunikation wahrgenommen werden, sondern als Abriss derselben.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Basis sozialer Impulse, die Empathiefähigkeit und liebevolle Neugier von früh erfahrenen intensiven Zeiten des Miteinanderseins abhängig ist, verinnerlichte Beziehungserfahrungen brauchen das in Echtzeit gewonnene Interesse aneinander, das die wichtigsten Bezugspersonen ihren Kindern und Anvertrauten entgegenbringen. Wie auf uns angemessen feinfühlig eingegangen wurde, stellt die Basis, dass innere Arbeitsmodell dafür dar, wie wir mit uns und anderen später umgehen. Bei entsprechend intensivierter Forschung wird sich immer wieder reproduzieren lassen, dass wir analoge Beziehungszeiten brauchen, das ein Miteinander sich rhythmisch wiederholen und intensivieren muss, dass wir uns in angemessener Zeit miteinander austauschen, so dass unsere prämotorischen Spiegelneuronen nicht nur aktiviert werden, sondern soziales Beziehungsverhalten regelrecht implizit eingeübt wird, im Sinne der Komimetik des Anfanges, des Nachahmens und später der Nachfolge und dies nicht nur einseitig vom Kind gegenüber dem Erwachsenen. Das Lesen ist im Gesicht, der Mimik, aber auch der Gestik und anderer Ausdrucksbewegungen führt erst zum Erkennen des anderen. Kein Organ auf der Welt, kein Computer, kann bei entsprechender liebevoller Vorerfahrung so fein im Gesicht eines anderen Menschen lesen als der Mensch. Die Forscher zur künstlichen Intelligenz betonen mit Recht sehr stark, dass die künstliche Intelligenz nur sinnvoll und angemessen ist unter der Verantwortung und der Bewusstseinsfähigkeit des Menschen selbst, der sie instrumentell nutzt. Und so wird es eine Frage von immenser Wichtigkeit sein, ob die Algorithmen der Rechner über dem eigenen Erleben stehen und wir uns durch die Rechner versuchen, selbst zu erkennen, oder ob wir in der Begegnung mit einem oder mehreren anderen Menschen zu dieser Selbsterfahrung in Beziehung kommen. Im Kern haben wir in der Mitbewegung mit einem anderen Menschen eine höhere Beziehungskomplexität, als sie technisch abgerufen werden kann. Wenn wir komplexe und zwischenmenschliche Werte ermitteln wollen, müssen wir mit dem Anderen zwischenmenschlich im Austausch sein.

Das bedeutet, wir brauchen ansonsten zunehmend Hilfsprogramme, wir werden sozial autistischer, wir werden nachher Programme und Apps mit uns führen müssen, was meint denn der andere überhaupt, d.h. wir müssen über Umwege uns das zurückholen, was wir wie einstmal intuitiv konnten, mit Fähigkeiten, die wir entsprechende emotionale Nutzung, insbesondere in Regionen des Schläfenlappens und andere für das emotionale Verankern von Erfahrungen wichtigen Organen, z.B. Gyrus cinguli, verankert werden.

Und die Autistenzahl, die ja jetzt schon verzehnfacht sein soll, wird sich vervielfachen, weil immer weniger dieser früher geteilten Welt, shared environment und shared attention, geteilte Aufmerksamkeit, Bezogenheit und intuitive Gegenseitigkeit eine Rolle spielen.

7. Smartphone, Tablet und Co. werden wir sicherlich nicht aufhalten können, auch den zunehmenden Einzug ins familiäre und schulische Umfeld der Kinder und Jugendlichen. Es ist mittlerweile Fakt, dass trotz Altersbeschränkungen nahezu alle Jugendlichen Zugang zu Whatsapp, Instagram etc. haben. Was braucht es für Rahmenbedingungen für ein „gesundes Aufwachsen“ mit Medien?

Ich finde es eigentlich fast trivial: Wir brauchen Bewegung und Natur, wir brauchen Ernährung, wir brauchen Entspannung und Achtsamkeit, wir brauchen soziale Kontakte, wir brauchen Dankbarkeit, wir brauchen Rhythmen und Rituale. Und wir brauchen auch kognitive Stimulation. Kognitive Stimulation durch das Leben in Beziehungen, in sozialer Erreichbarkeit, in Kooperation statt Egoismus, in einem Lernen, was mit einem Wir-Gefühl verbunden ist, und nicht „ich kann`s aber alleine“, mit weniger Narzissmus und mehr Altruismus und wir brauchen dazu sogar die Fähigkeit Grenzen anzuerkennen. Und diese Grenzen sind digital nicht vorhanden, digital ist alles grenzenlos, digital haben wir so viele Informationen gleichzeitig, dass wir wissen, wir sind auf der Verliererseite. Wenn ich als Fachmann meine Fachliteratur lesen will, die ich brauche, müsste ich pro Tag 100 Stunden lesen, und das kann ich nicht. D. h. ich organisiere meine Informationen selber, ich brauche also Hierarchisierung, die nur durch die Entwicklung der eigenen Urteilsfähigkeit zustande kommt, die ich mir möglichst mit Hilfe vermittelter Kompetenz erarbeite.

Was heißt das jetzt in der Umsetzung? 240 Minuten pro Tag muss ich mich bewegen, aber möglichst nicht auf dem Laufband, sondern unter Wahrnehmung der Natur, das ist völlig anders, als wenn ich dies nur mit einer Brille mache. Der Puls muss dann aber auch über 100 sein, d. h. ich muss angeregt sein, aber durch beseelte Bewegung, nicht durch aufgeregte Spiele. Ich brauche naturnahe Ernährung, mäßig aber regelmäßig, kein Fertiggessen, nichts, was ich nebenbei esse, wenn ich nah am Tablet bin, sondern entscheidend ist, ob ich mit anderen auch Tischgemeinschaft habe. Trivial, aber die Menschheit hat es ja gewusst, so hat sich unser Gehirn nicht wesentlich verändert seit 30 000 Jahren. Was ist Entspannung und Achtsamkeit? Ich brauche all die Zeit, ich muss die Fähigkeit haben, abschalten zu können. Ich muss nach innen gehen,

ohne zu erwarten. Wir wissen heute: die Erwartung eines Smartphone-Tons die Gedächtnis-/ Auffassungsleistung bis zur Hälfte reduziert, allein durch das Erwarten eines Anrufs. Die Fähigkeit, nichts zu erwarten, die Fähigkeit „Bei-sich-sein“ zu können, allein sein zu können und zu genießen, gelingt immer weniger Menschen zu entwickeln. Anscheinend braucht es heute dazu schon Yoga und autogenes Training. Dies sind Hinweise auf eine misslungene Beziehung zu Mensch und Welt, weil ich nun explizit neue Techniken entwickeln muss, die ich dann am besten wieder mit einer App aufsuche, so eine „Yoga-App“, weil das implizite Erfahren nicht ausreichend gelernt werden kann. Mehr das zu tun, was aus uns kommt und nichts anderes, macht uns übrigens auch weniger egoistisch, da wir uns nicht die ganze Zeit die Frage stellen: „Wo bleibe denn ich?“ Positive soziale Kontakte sind bedeutsam und wirksam gegen das Erlebnis von Ausgeschlossenheit und unfreiwilliger Einsamkeit, virtuelle soziale Kontakte erfüllen diese Funktion nur, wenn überhaupt, sehr vordergründig. So bleibt im Kern der Drang, dazugehören zu müssen, um nicht ausgeschlossen zu werden, somit die dauernde Erreichbarkeit z.B. im Chatroom oder der Whatsapp-Gruppe. Auch hinsichtlich der Bilderlieferung von allen noch so scheinbar unbedeutenden Ereignissen über Instagram wirkt als Surrogat für das In-Gemeinschaft-Sein.

Die Frage soll erst stehen und im Sozialraum wachgehalten werden: Was kann ich für mich tun, ohne sofort zu denken, die anderen sollten dies auch wissen, sonst ist es für mich selbst nichts wert. Die informationelle kognitive Stimulation ist zwar medial möglich, entscheidend aber ist, wie kann ich zu mir selbst und meinen inneren Welten Kontakt aufnehmen: Wir müssen uns vertiefen. Wir können uns nur vertiefen, wenn wir nicht mit dem Auge auf bewegte Bilder schauen, sondern viel mehr nach innen lauschen, die Bilder im Außen anhalten und innere Bilder gleichsam malen, so dass die Kräfte der Phantasie und der Imagination als Gegenkraft gegenüber den rezeptiven Bildern der Außenwelt fungieren können. Wenn aber frühe entsprechende Erfahrungen nicht gemacht wurden, die sich in meinem emotionalen Gedächtnis positiv verankern können, brauche ich sukzessive und dosiert entsprechende Anregungen von außen, um die Verlangsamung der Außenwahrnehmung und Vertiefung der Innenwahrnehmung nicht nur als unerträgliches Vakuum erleben zu müssen. Psychogene und teilweise auch Therapie sind hier von Nöten. In unserer klinischen Arbeit fangen wir in unserer Medientherapie mit den schnellen Bildern an und werden dann immer langsamer. Am Anfang steht nicht die Bildbetrachtung oder ist „irgendwann später darfst du auch mal einen Film anschauen“. Nein, heute ist es nötig, die verinnerlich-

ten Geschwindigkeiten der Betroffenen abzugreifen und dann sukzessiv die Verlangsamung anzuregen. So kann nach einem Spaziergang ohne Kamera der suchende Blick ein Sujet finden, das erst an einem späteren Tag fotografiert wird, nachdem dieses Bild zunächst innerlich aufgenommen wurde. Das Aufrufen der ehemaligen Wahrnehmung als Wahrnehmungserinnerung wird dann kraftvoller erlebt, wenn Sättigungselemente zur Wahrnehmung hinzukommen und entsprechend wachgerufen werden. Die Kamera wird so nicht mehr das externe Gedächtnis der ungelebten Augenblicke sein, sondern sie wird ein Medium und damit deutlich relativiert. Wir suchen somit die Gegenstände auf, von denen wir vorher in fließender Reizbarkeit heimgesucht wurden. So kommt es zu einem Nutzen des Mediums als Mittel und nicht als Selbstzweck. Hinschauen, wahrnehmen und denken gehören, wenn auch in gegliederter Weise, zusammen und es kommt nicht mehr zu dem Reflex: Erst kommt der Reiz, und dann denke ich hinterher oder gar „digital first, Bedenken second“.

Und zuletzt: Zyklen, Rhythmen und Rituale: Wachen und Schlafen, Tag und Nacht, Wochen- und Jahreszeiten und verabredete Termine, die nicht eine Minute vorher abgesagt werden, weil man ja den anderen doch jederzeit erreichen kann.

Eine Hygiene, dass man sich aufeinander freuen kann, wenn er nicht erst eine Minute vorher sagt, „treffen wir uns.“ Und dass ich mich, das klingt jetzt vielleicht etwas pathetisch, auf etwas ein Jahr freuen kann. Oder mich auf Weihnachten oder ein Vierteljahr vorher auf die nächste Jahreszeit freuen kann. D. h. alles, was sofort erfüllt wird, ist der Feind der Wünsche und der Erwartungen und wir wissen aus der Glücksforschung, dass die größte Freude weiterhin die Vorfriede ist und mit der Erfüllung eigentlich schon das Glücksgefühl im Zenit überschritten ist. Und eine zweite Freude kann sein, dass ich nach der Erfüllung die lebendige Erinnerung habe, die eine weitere Freude gibt, die aber durch die Reizüberflutung fast nie aktiviert werden kann. Weil, bevor ich dies vertiefen kann, in mir schon wieder Hunger nach dem Nächsten besteht, das was wir als medial nachkonische Überstimulation erzeugten Reizung bezeichnen können.

8. Sie als ärztlicher Direktor einer KJP stellen ja schon Auswirkungen der Digitalisierung bei Kindern und Jugendlichen fest, die behandlungsbedürftig sind. Zu nennen sind hier stoffungebundene Süchte, soziale Phobien etc., die durch Mediennutzung initiiert sind. Sind das bereits primäre Auslöser psychische Erkrankungen oder „nur Begleiterkrankungen“?

Die Datenschutzgrundverordnung sollte sicherstellen, dass Kinder und Jugendliche nicht permanent in Welten drin sind, die eigentlich faktisch kontraproduktiv, schädlich und zerstörerisch sind. Es ist wichtig, dass Eltern und Schule die mediale Welt begleiten, also nicht nur die Eltern oder die Schule, sondern beide sich ergänzen, Hygiene walten lassen, dass es wichtig ist Medienpausen zu machen. Jetzt sag ich es mal umgekehrt, wie man es manchmal denkt: ähnlich, wie die Raucherpausen soll das Medium sein, das Medium wird nur in der Pause genutzt und danach wird es wieder ausgeschaltet. Es gibt also so etwas wie Rituale, es wird zwar nichts abgeschnitten, aber begrenzt. Und nicht umgekehrt, du musst es immer bei dir haben, musst immer online sein, sonst reißt dein Lebensfaden und du bist existentiell bedroht. Wir finden zumindestens immer mehr vor allem Jugendliche, die, wenn sie das Medium nicht bei sich haben, schwere Ängste und / oder erheblichen Stress entwickeln. Wir brauchen deshalb Aufklärung und Psychoedukation, wir müssen miteinander austauschen, dass die Medien mittlerweile schwerste Abhängigkeitsgefühle erzeugen können und deren Verlust oder Verbot zu dramatischen Reaktionen zwischen Aggressionen und Panik führen können. Eine weitere Untersuchung hat ergeben, dass die Nähe des Smartphones und somit dessen Verfügbarkeit die Fähigkeit, bei der Sache zu sein und zu arbeiten, verändert. Je greifbarer das entsprechende Gerät ist, desto größer ist die Versuchung, auf dieses jederzeit zuzugreifen, nach Mitteilungen zu suchen oder andere Gründe der Aktivierung des Gerätes fast unbewusst aufzusuchen. Die Leistungsfähigkeit stieg in dem Maße, wie die Entfernung des Smartphones von der Person wuchs und verbesserte sich signifikant, als klar war, dass dieses in einem anderen Raum sicher liegt. Die dauernde Verfügbarkeit und / oder Erreichbarkeit entängstet auf der einen Seite zwar, verhindert jedoch das Sich-Einlassen auf das Hier und Jetzt im analogen oder bessern realen Raum. Es muss also eine echte Hygiene erzeugt werden, die nicht heißt, keinen Netzempfang zu haben, sondern tatsächlich einen organisierten Empfang. Dieses sollte z.B. in der Schule oder am Arbeitsplatz möglichst gleichzeitig erfolgen, entsprechend der zwar problematischen, aber kompromisshaften Raucherpause, zumindest in der Erwachsenenwelt. Sender und Empfänger

in unkoordinierten Situationen sind ansonsten mehr Störer als sich Austauschende. Hier freilich ist die Chance, gemeinsam in Phasen ohne Medium, in anderen Zeiten mit Medium, zu sein. Dies gilt im Übrigen auch für andere soziale Räume, da ansonsten das Sich-Verfehlen wegen unterschiedlicher medialer Aufgerüstetheit besonders augenfällig ist. Die geringe Zahl der tatsächlichen realen Kontaktsuchenden zeigt hier im öffentlichen Raum schon dramatische Folgen: Jeder ist mit seinen Kontakten in die Ferne beschäftigt und keiner sieht den anderen mit Auge und Herz. Es gibt Musiker, die so klug sind, dass sie Smartphones bei ihren Konzerten fremdaufbewahren lassen, um überhaupt noch das Gefühl zu haben, in einem Live-Konzert im Austausch mit dem Zuhörer zu sein. Sie hatten ansonsten das Gefühl, immer perfekter werden zu müssen, weil durch Verschicken von Aufnahmen des Konzertes ganz andere als die gewünschten Personen diese Musik, dann unter anderen Kriterien, hören würden. Sie spürten, dass der ferne Zuhörer viel stärkere Erwartungen an absolute Perfektion und Fehlerlosigkeit haben würde als der lebendig Teilnehmende. Distanz und Kritik, Getrenntheit und Privatheit trotz vordergründig gemeinsamer Anwesenheit im Raum stellen auf Beziehungsebene antisoziale Elemente dar und konterkarieren den gemeinsamen Empfangsraum (Konzertsaal).

Diese Form der Sozialhygiene betrifft alle sozialen Räume und ist entwicklungsalterbestimmt auch zu differenzieren. So hat der immer wieder angegriffene wichtige Psychiater und Neurobiologe Manfred Spitzer deutlich gemacht, dass der Umgang mit den digitalen Medien entwicklungsabhängig erfolgen müssen und alles zu seiner Zeit eingeführt werden müsse. Ohne primäre Sinnes-, Wahrnehmungs- und praktischer Handlungskompetenz ist das digitale Netz nach seiner Auffassung eine kaum hierarchisierte oberflächliche Informationsabrufinstanz ohne altersgemäßen bildenden und späteren Bildungsanteil.

In der Frage, wer für welche elementare Vermittlung zuständig sei, geraten Schule und Elternhaus in vielfältige Konflikte. Wo wird analoge Sozialkompetenz erworben, wo wird sie gefestigt, wo wird mediale Kompetenz angelegt und wo wird sie vertieft. Wir kommen nicht umhin, dass die primäre Verantwortung bei den Eltern verankert ist, die Schule jedoch in intensiver Kooperation mit den Eltern und später mit den Kindern und Jugendlichen konstruktive Wege in angemessener Reihenfolge, angemessener Proportion und vor allem immer wieder Echtzeit vermittelte unmittelbare Begegnung angelegt und ermöglicht werden muss. Gerade bei Säuglingen und Kleinkindern ist es von erheblicher Bedeutung, dass die Eltern den unmittelbaren Kontakt und die

Beziehung suchen und sich nicht medial von den Kindern isolieren oder die Kinder über die Medien ruhigstellen. Auch ist der gemeinsame Austausch am besten mit sinnlich fassbaren Objekten der lebendigen Außenwelt gegeben und nicht über stimulierende Bilder, Videos etc., die mittlerweile ein- oder zweijährigen Kindern vorgehalten werden, oder wie in den Niederlanden auf den Einkaufswägen verankert sind, so dass die Ein- oder Zweijährigen schon in der Einkaufszeit Tablets vor sich benutzen können. Die Art, wie die Eltern in Anwesenheit der Kinder mit den Medien umgehen, entscheidet über deren späteren Umgang. Je obsessiver dies bei den Eltern der Fall ist, desto fixierter werden die Kinder darauf, teils durch Identifikation, teils aber auch durch Aggressivierung.

Die Fixierung schon kleiner Kinder auf die Geräte hat etwas mit der libidinösen Besetzung dieser Geräte seitens der Eltern oder Bezugspersonen zu tun. In dem Maße, in dem Eltern ihre ungeteilte Aufmerksamkeit den Kindern geben, sinkt die Attraktion deutlich. Eine kognitive Dissonanz wird hingegen erzeugt, wenn Eltern, die dem Kind die Nutzung der Geräte verbieten, selbst von diesen absorbiert werden oder gar in diesen sich verlieren (Immersionseffekt). Die Kinder sehen ein Verbot und sehen, dass die Eltern sich selbst nicht daran halten. Das Verbot wird absolut negativ besetzt und das, was die Eltern tatsächlich machen, wird entsprechend sehr positiv besetzt. Je kleiner die Kinder sind, desto mehr ist das so. Durch die frühe Besetzung, insbesondere des Smartphones, seitens der Eltern erfahren die Kinder zu allerfrühesten Zeiten, wie sich dieses Gerät zwischen die direkten Beziehungen stellt. Sprachen wir früher von den „digital Natives“, wenn Kindern den Umgang mit den Geräten schon ab der Schulzeit kennengelernt haben, so ist dieser Begriff mittlerweile tatsächlich von Geburt an gültig. Wenn das Kind von der Zeugung an immer gegen einen anderen obsessiv bedeutsamen Dritten kämpfen muss, weil dieser dem einen oder anderen Elternteil mehr ist als alle andere, hat das Kind nicht ausreichend das Gefühl, angemessen bedeutsam und wichtig zu sein. Einzelne Kinder zumindestens signalisieren ihren Eltern tatsächlich, dass sie ihre Bezugspersonen auch ohne das Gerät gerne hätten. Auch hier scheint es zur Rollenumkehr zu kommen, wie wir es bei suchtkranken Eltern und ihren Kindern im Sinne einer Parentifizierung kennen. Wenn Eltern soziale und digitale Medien intensiv nutzen oder gar konsumieren, fühlen sich Kinder eher ausgeschlossen und entwickeln zumindest unsichere Bindungen. Unabhängig von der erheblichen Abhängigkeit der Eltern den Medien gegenüber können sich bei intensivem Gebrauch latent sozialphobische Strukturen in manifeste soziale Phobien, soziale Ängstlichkeit und Depressionen wei-

terentwickeln, aber auch in wachsende Inkompetenzen im sozialen Bereich, bis hin zu schweren Störungen des Sozialverhaltens. Da spielt dann nicht das Medium die Rolle, sondern völlig außerhalb des Mediums das Gefühl, ich werde gar nicht gesehen. Bei manifest stoffungebunden süchtigen Eltern kommt es zur Verlorenheit und Einsamkeit seitens der Kinder, da sie nicht einmal am Anfang spüren können, dass sie nicht mehr wahrgenommen werden, sondern dies als eine primäre Erfahrung ansehen und entsprechend beziehungsverarmt ohne spürbaren Mangel selber zu Ersatzbefriedigungen und Substitutionen neigen.

Im Silicon Valley finden sich mittlerweile Heilsbringer, die ihre Produkte als großartigste Errungenschaft für die soziale Zukunft der Menschheit preisen, aber auch immer mehr Verantwortliche, die sich teilweise oder vollständig von der positiven Sicht der Macht der digitalen Medien distanzieren.

9. Steve Jobs, Bill Gates und weitere führende IT-Größen schicken bewusst ihre Kinder auf Schulen ohne frühen Zugang zu „neuen Medien“. Sollte es hier ein breites schulisches Angebot mit Wahlfreiheit geben oder müssen aus Ihrer Sicht klare Rahmen für die jeweiligen Altersstufen in allen Schulen gesetzt werden?

Ich finde es gut, dass wir auch mal zur ökonomischen Frage kommen, wenn die alles, was sie dadurch gewonnen haben, rückerstatten, in die Gemeinschaft, dann finde ich es ganz gut, wenn Steve Jobs, Gott hab ihn selig, das seinen Kindern verboten hat, und gleichzeitig darauf setzt, dann ist das milde gesagt, das St.-Floriansprinzip, böse gesagt, ist es der Versuch, eine Mikroelite zu bauen unter Preisgabe des Restes der Welt.

Und das ist Silicon Valley pur, die mittlerweile ja so ganze Weltpläne haben, wo sie ganz unter sich auf ihrem Spezialplaneten sind, wenn die Erde abstirbt, den sie virtuell schon planen und dann heißt es, und das ist übler als ein feudalistisches, kaiserliches System, wenn die Welt zugrunde geht, der Letzte noch dafür da ist, dem Kaiser seine Organe zu spenden. Das ist ein, wie soll man sagen, aristokratisch ist mir fast zu liebevoll, oligarchisches System, das da mental vorbereitet wird von Steve Jobs, und dass da der Bill Gates ein bisschen human dabei ist. Man darf nicht vergessen, wie viele Jahre der absoluten Markteroberung dabei waren, und wenn Zuckerberg, dessen beide Eltern Psychoanalytiker sind, von der großartigen menschlichen Verbindung der ganzen Welt spricht, unterschlägt er seine Monopolbestrebungen, seine illegitimen Datennutzungen, seine Werbeeinnahmen, die zuvor bei Facebook offengelegt wurden, für Whatsapp nicht gelten sollten. Ja, er versucht so-

gar, Informationen zu unterdrücken, dies nachweisen zu können. Das sind die vordergründigen Menschheitsbeglucker, die vorne herum eine gute Droge herbeireden, fast wie bei Aldous Huxley, die aber Glück des Menschen und völlige Selbstentfremdung der Mehrheit nicht nur in Kauf nehmen, sondern aktiv fördern. Hier kann man von einer Oligarchisierung sprechen, in der nur wenige die Welt für sich haben. Der Rest wird vordergründig sanft im Sinne eines postkolonialen Kolonialismus unterworfen. Dem sollten wir aktiven Widerstand entgegensetzen und ggf. die Folgekosten für die Menschheit abschätzen und einfordern, zumindestens hinsichtlich der psychischen und sozialen Enteignung des Menschen.

Das Interview führte Rainer Staska, Lehrer an der Rehbergschule (Schule für Kranke) Herborn mit M. Wildermuth anlässlich der SchuPs-Tagung September 2019 in Herborn.

Adresse:

Prof. Dr. Matthias Wildermuth
Ärztlicher Direktor Vitos Herborn
Klinikdirektor Vitos Rehberg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Austr. 40, 35745 Herborn

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Der „Mitgliederrundbrief“ / „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ – IV/1994 ragte durch mehrere Beiträge aus den übrigen Quartalsheften heraus.

Allen voran der bewegende Bericht von **Dr. Karl Christian von Braunmühl** „**Erfahrung von Gewalt – ein Anschlag der RAF und ein Versuch der Angehörigen, darauf zu reagieren**“, den er am 16.9.1994 auf der gemeinsamen Jahrestagung von BKJPP und DGKJP in Aachen vorgetragen hat. Darin reflektiert er nicht nur die Gewalt der RAF, die seinen Bruder Gerold, den Leiter der Politischen Abteilung II des Auswärtigen Amtes, am 10.10.1986 erschossen hat, sondern auch die geschichtliche Entwicklung und die damaligen Zeitumstände, die wesentlich für die Entstehung dieser Gewalt waren, und vor allem mögliche und notwendige Wege aus dieser Gewalt. Dabei erwähnt er auch die zwischenzeitlich aufgetretene Gewalt in Rostock, Mölln und Solingen.

Es lohnt sich, diesen Bericht ganz zu lesen und in unsere Zeit weiterzudenken. Deshalb nur wenige Zitate:

„Ich habe mir zunächst noch einmal neu, sozusagen von heute aus gesehen, die beiden untrennbar miteinander verbundenen Fragen gestellt.

- *Wie die Mörder tun konnten, was sie getan haben,*
- *und welchen Anteil an den Ursachen dieses Terrorismus der Staat und unsere Gesellschaft haben könnten.“*

Er zitiert ein Spiegel-Interview mit Irmgard Möller von Mai 1972:

SIEGEL: Woraus hat die RAF das Recht abgeleitet, solche Todesurteile zu fällen?

MÖLLER: Aus der Gewißheit, dass das Ziel, für das ich kämpfe, nicht nur meines ist, sondern das der Mehrheit der Menschen auf der ganzen Welt. “

Und er zitiert Astrid Proll, eine frühes Mitglied der RAF, mit ihrer späteren Erkenntnis: *„Ich weiß gar nicht, ob die RAF eine politische Gruppe war. Sie war eher so etwas wie die Selbstanmaßung einer ganzen Generation.“*

Zur selbstkritischen Frage zum eigenen Anteil am Terror der RAF zitiert er aus dem Essay von Norbert Elias: *„Man kann kaum daran zweifeln, daß die bundesdeutschen Terroristen der ersten Generation oder jedenfalls die meisten von ihnen, völlig aufrichtig waren in ihrem Gefühl und ihrer Überzeugung von dem höchst oppressiven und ungerechten Charakter der Gesellschaft, in der wie leben... “*

Und aus dem letzten Strategiepapier der RAF vom August 1992 *„Wir müssen das neue suchen“*: *„... Es war die Zeit als die 2/3-Gesellschaft hier angefangen wurde durchzusetzen, als die Macht allen klargemacht hat, daß sie 1/3 der Leute auch hier nicht mehr braucht, daß sie überflüssig geworden sind – und daß sie sich auch so fühlen sollen... “*

Von Braunmühl schlussfolgert: *„...Ich meine, wenn Menschen, die gegen soziale Ungerechtigkeit und Not besonders empfindlich sind, in „völlig aufrichtigem Gefühl“ (N. Elias) zur Überzeugung kommen, daß wir in einer ungerechten und sinnleeren Gesellschaft leben, dann sagt dies doch auch etwas über unsere Gesellschaft. Und dann ist es gut, dafür zu werben, sich auch an die eigene Nase zu fassen und in den Spiegel zu sehen.“*

Dr. med. Annette Streeck-Fischer beschreibt das **„Analytische Konzept zur Arbeit mit gewalttätigen Jugendlichen“**.

Ausgehend von zwei Fall-Vignetten stellt sie zunächst die besondere Beziehung von Adoleszenz und Aggressivität dar mit dem Versuch, die Entwicklung von Gewalttätigkeit aus den vier analytischen Psychologien, der Ich-Psychologie, der Triebpsychologie, der Selbst-Psychologie und der Objektbeziehungs-Psychologie zu verstehen. Daran anschließend schildert sie Möglichkeiten der Arbeit mit gewalttätigen Jugendlichen, auch in Abhängigkeit von den jeweiligen Sozialisierungsbedingungen, z. B. einem „Gang-Milieu“.

Dr. med. Friederike Ludwig-Becker berichtet in ihrem Beitrag, den sie ebenfalls auf dem Symposium „Alle Gewalt geht vom Volke aus“ gehalten hat, **„Von der verdeckten Gewalt gegen uns selbst – psychosomatische unbewusst-autoaggressive Mechanismen in der Adoleszenz“**.

Sie fragt einleitend: „*Welche Gewalt geht von der Familie aus?*“ Und sie stellt nicht nur die Entwicklung von Aggression und Gewalt dar, sondern auch die Chance, in der Adoleszenz buchstäblich daraus **„herauszuwachsen“**.

Grundsätzlich und in Fallvignetten schildert sie unterschiedliche Formen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen und Wege zu deren Behandlung und zur Überwindung der Selbstdestruktion.

Abschließend zitiert sie aus dem Tagebuch von Anne Frank über *Gewalt* und die *Veränderungsmöglichkeiten der Kollektiv-Gewalt*: „*Im Menschen ist nun mal der Drang zur Vernichtung, ein Drang zum Totschlagen, zum Morden und Wüten, und solange die ganze Menschheit, ohne Ausnahme, keine Metamorphose durchläuft, wird Krieg wüten, wird alles, was gebaut, gepflegt und gewachsen ist, wieder abgeschnitten und vernichtet, und dann fängt es wieder von vorn an.*“

In diesem Heft wird auch der **„Appell von Berner Psychiatrieprofessoren gegen die Gewalt in den Medien“** veröffentlicht.

Im berufspolitischen Teil stellte Dr. med. Winfrid Schorre, Erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, unter Bezug auf sein Referat während der Arbeitstagung des BKJPP am 17.09.1994 **„Die Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der vertragsärztlichen Versorgung“** dar. Dabei schlägt er den Bogen von der „Psychiatrie-Enquête“ von 1975 bis zur jüngst geschlossenen Sozialpsychiatrie-vereinbarung knapp 2 Jahrzehnte später.

Zur Diskussion gestellt wird die Stellungnahme der Bundeskonferenz für Erziehungsberatungsstellen e.V. **„Aufgaben und Rolle der ÄrztIn in der Erziehungsberatungsstelle“**.

Dr. med. Reinhard Schydlo berichtet über den **„Kongress der U.E.M.S., Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“** vom 29.9. bis 01.10.1994 in Wien, und **Dr. med. Klaus-Jürgen Ehrhardt** über die Arbeit der BKJPP-Landesgruppe Hessen.

Aus dem ebenfalls in diesem Quartalsheft wiedergegebenen Protokoll der Mitgliederversammlung des BKJPP vom 17.09.1994 sei das Ergebnis der Vorstandswahl hervorgehoben:

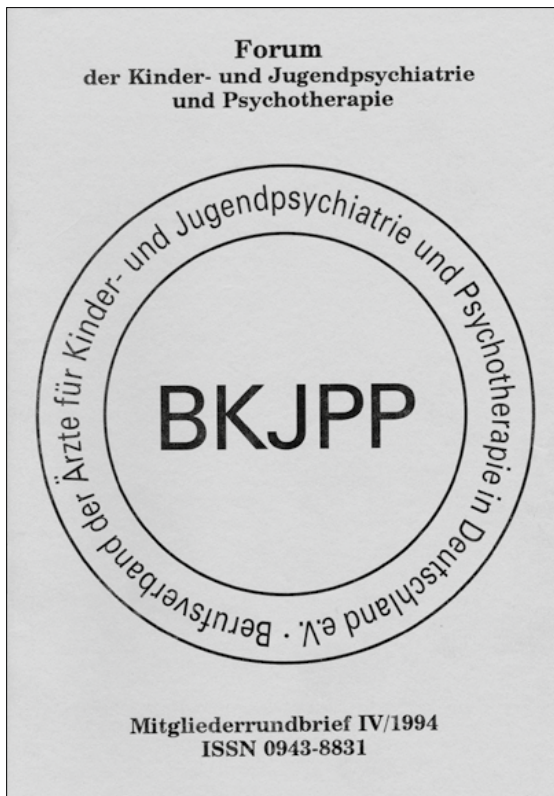
Nachdem Dr. Helga Epple, die sich besondere Verdienste um die Schaffung der Sozialpsychiatrie erworben hat, - sie ist sozusagen die Mutter der SPZ (!!!) -, nicht mehr für die künftige Vorstandarbeit zur Verfügung stand, Dr. Reinhard Schydlo für den künftigen Vorstand nicht mehr als stellvertretender Vorsitzender sondern nur noch als Beisitzer kandidieren wollte und der verbleibende Vorstand von der MV en bloc wiedergewählt wurde, stand die Neuwahl einer/eines stellvertretenden Vorsitzenden an. Von den drei KandidInnen, Frau Dr. Gerlach, Herr Dr. Nölkel und Frau Dr. Schaff wurde Dr. Christa Schaff mit großer Mehrheit (42 von 57 abgegebenen Stimmen / 73,7 %) gewählt, - die Ankündigung einer neuen Ära.

Vieles aus dem Quartalsheft IV-1994 ist auch heute noch wissens- und lesenswert!

Was berufspolitisch im Frühjahr 1995 wichtig war und was alles im Forum I/1995 stand, das erfahren Sie im „forum I/2020“.

Blieben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Stiftung Irene
Ausschreibung für Promotionsstipendium
in der Autismusforschung

Die Forschung über das Autismus-Spektrum hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Bisher lag der Fokus meist auf der Erforschung des High-Functioning-Autismus oder des Asperger Syndroms, also den Autismusformen, bei denen keine kognitive Beeinträchtigung besteht. Im Vergleich dazu wurden bisher relativ wenige Fragestellungen untersucht, die Personen – insbesondere Erwachsene – mit frühkindlichem Autismus (Kanner-Autismus) und Intelligenzminderung fokussieren. Vor diesem Hintergrund schreibt die Stiftung Irene in Kooperation mit der Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. (WGAS) ein Promotionsstipendium für die Förderung einer empirischen Doktorarbeit aus.

Bevorzugt gefördert werden Promotionsvorhaben, bei denen der frühkindliche Autismus im Erwachsenenalter im Fokus steht. Zur Bewerbung eingeladen sind aber auch Kandidaten, die eine Fragestellung mit Schwerpunkt frühkindlicher Autismus im Kindesalter oder hochfunktionalen Autismus bearbeiten möchten.

Die Arbeit kann in englischer Sprache verfasst sein, muss aber in einer deutschen Hochschule eingereicht werden. Die deutsche Staatsangehörigkeit ist nicht zwingend. Vertragssprache ist deutsch.

Mögliche Forschungsbereiche wären z.B.

- Lebensqualität von Personen mit frühkindlichem Autismus
- frühkindlicher Autismus über die Lebensspanne
- Verfahren zur besseren Autismusdiagnose
- Lebensumstände von Menschen mit Autismus im Alter
- familiäre Bindung und Abhängigkeit (Eltern und/ oder Geschwister)

Die WGAS bietet dem Promovenden während der Promotionszeit wissenschaftliche Betreuung (Zweitbetreuung der Doktorarbeit durch WGAS-Mitglied, Möglichkeit des Mentoring durch WGAS-Vorstandsmitglied, Besuch der wissenschaftlichen Tagung Autismus-Spektrum (WTAS)). Die Höhe des monatlichen Stipendiums beträgt max. 1200.-€. Die Förderung ist auf zwei Jahre ausgelegt. Sie wird zunächst für ein Jahr bewilligt und wird nach der Vorlage eines erfolgreichen Zwischenberichtes um ein zweites Jahr verlängert. Danach kann das Stipendium bei guter Begründung noch zweimal um je sechs Monate verlängert werden, nicht jedoch über drei Jahre hinaus (Höchstförderungsdauer).

Die Bewerbungsunterlagen (Details siehe <http://wgas-autismus.org/foerderung>) sind bis zum 31.01.2020 per Mail an info@wgas-autismus.org zu richten.

Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Autismus sind erwünscht, aber keine Voraussetzung. Die Bewerbung von Menschen mit Autismus, die die Voraussetzungen für eine Promotion erfüllen, ist ausdrücklich erwünscht.

Die Stiftung Irene ist eine gemeinnützige Stiftung zum Wohle autistischer Menschen (www.stiftung-irene.de). Sie wurde 1982 von Helen und Werner Blohm, selbst Eltern eines autistischen Kindes, gegründet. Seit 1983 betreibt die Stiftung Irene den Weidenhof in Hitzacker, ein spezialisiertes Wohnheim für erwachsene Menschen mit Autismus mit einrichtungseigenen Werkstätten. Darüber hinaus sieht die Stiftung Irene ihre Aufgabe in der Förderung von Projekten für und mit Menschen aus dem autistischen Spektrum sowie die Erforschung des Krankheitsbildes. Die Stiftung Irene ist Mitglied der wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V..

Die Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. (WGAS) hat als Ziel, die Förderung der Erforschung von Autismus in allen Bereichen der Grundlagen- und angewandten Wissenschaft im deutschsprachigen Raum.

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.



ABONNEMENT FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel, Vorname: _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail : _____

- Ich abonniere das FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum
 Jahresabonnementspreis von € 46,00

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres schriftlich widerrufe.

Ort / Datum : _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Abonnements
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als pdf-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates :

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC.: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Ordentliches Mitglied

Name / Titel, Vorname: _____

geb. am: _____ Fortbildungsnummer: _____

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: nein:

Kinder- und Jugendmedizin: Psychiatrie und Psychotherapie: Neurologie: Psychotherapeutische/Psychosomatische
Medizin: Nervenheilkunde: Andere: SPV-Praxis:

Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber:	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CA, OA, u.a. FÄ):	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: _____ Praxis: Klinik: Angestellt:

Institution: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift ab: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatanschrift Bundesland: _____

Ich wünsche keine Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Funktion : Klinik Praxis Angestellt MVZ Facharzt Chefarzt Oberarzt
 Weiterbildungsassistent (im _____WB-Jahr) Andere: _____

ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein

Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Zahlungsweise:

Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages*

Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342. Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

* in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Ort, Datum

Unterschrift

Informationen für Anzeigenkunden

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.



Media Daten 2019/20

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Offizielles Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an die Firma Meta Druck, **Herrn Thomas Didier**.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.400 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat. Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei. Als Service sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

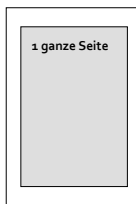
Bei Anfrage werden Agenturrabatte von 12 % angeboten.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Rhabanusstraße 3 8.OG
55118 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier
Eylauer Str. 10
10965 Berlin
Tel.: 030 617 02 147
didier@metadruck.de

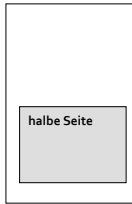


130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	1.300,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	650,- Euro
Mitglieder	300,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro

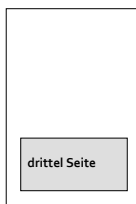
auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	700,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	370,- Euro
Mitglieder	200,- Euro

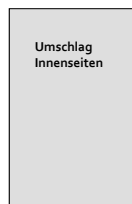
Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	500,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	220,- Euro
Mitglieder	150,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

Termine 2019/20:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
4-2019	13. Dezember 2019	1. KW 2020
1-2020	13. März 2020	14. KW 2020
2-2020	15. Juni 2020	27. KW 2020
3-2020	15. September 2020	40. KW 2020
4-2020	11. Dezember 2020	1. KW 2021

* Änderungen vorbehalten

Impressum

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Tel.: 0 21 62 / 96 31

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.