

PATHOLOGISCHER MEDIENGEBRAUCH BEI JUGENDLICHEN

Persönliche Beziehung statt virtueller Realität

Die Übergänge des Mediengebrauchs zwischen adoleszenten Phasen innerhalb sozialer Normen und dem Beginn einer einschränkenden Pathologie sind fließend. Doch es gibt klinisch beobachtbare Warnzeichen für eine ungünstige Entwicklung.

Oliver Bilke-Hentsch, Ingo Spitzcok von Brisinski, Tobias Hellenschmidt, Peter Peukert, Friedrich Wurst, Klaus Wöfling



Foto: ddpd

Zu den regelmäßigen Mediennutzern, die sich mehrmals pro Woche oder täglich dem Computer zuwenden, zählen 90 Prozent aller zwölf- bis 19-jährigen Jugendlichen. Die durchschnittliche tägliche Internetsnutzungsdauer liegt mittlerweile bereits bei 134 Minuten – im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg um 17 Minuten (JIM-Studie 2009). In internationalen Studien schwanken die Häufigkeiten für pathologischen Internetgebrauch (PIG) unter Einbeziehung Erwachsener zwischen 1,6 Prozent und 8,2 Prozent (Petersen et al. 2009). Moderne elektronische Medien stellen also neben interessanten

Entwicklungsmöglichkeiten auch eine Gefahr dar: Ähnlich wie bei stoffgebundenen Süchten gibt es vulnerable Kinder und Jugendliche, gegebenenfalls mit prämorbidem Störungen, die klassische Suchtverhaltensweisen zeigen. Gleichzeitig wird an den Kinder- und Jugendarzt im praktischen Alltag von besorgten Eltern die Forderung nach allgemeiner Beratung und Handlungsempfehlungen herangetragen. Wie kann aber unterschieden werden zwischen (noch) altersgemäßer Entwicklung und behandlungsbedürftiger Krankheit?

Durch die technologischen Fortschritte und die Einsatzmöglichkeiten moderner Mobilfunkgeräte, die weit über das Handy als Telefon

hinausgehen, ist die schnelle und teils chaotisch wirkende Nutzung verschiedener elektronischer Medien eher die Regel als die Ausnahme bei Jugendlichen. Chatten, SMS, MMS und mobiles E-Mail, das Computerspielen als solches in verschiedenen Varianten, die Bearbeitung von Hausaufgaben und das Recherchieren am Internet vernetzen sich zu einem komplexen Gesamtgeschehen. Die Übergänge zwischen adoleszenten „Phasen“ innerhalb üblicher sozialer Normen und beginnender Entwicklung einer einschränkenden Pathologie sind fließend, dennoch gibt es klinisch beobachtbare Warnzeichen für eine ungünstige Entwicklung.

Vivantes-Netzwerk für Gesundheit, Berlin: Dr. med. Bilke-Hentsch, Dr. Hellenschmidt
LVR-Klinik Viersen, Viersen: Dr. Spitzcok von Brisinski
Universitätsklinik Tübingen: Dr. Peukert
Christian-Doppler-Klinik, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg: Prof. Dr. Wurst
Universitätsklinik Mainz: Wöfling

Prinzipiell sind Personen gefährdet, die Freude am Computer haben, aber wenig Sozialkontakte zu Gleichaltrigen außerhalb der Schulzeit und der virtuellen Welt. Typischerweise vermittelt die Beschäftigung mit den modernen Medien Freude und Erfolg und hilft dabei, Probleme der realen Welt zu verdrängen, so dass sich ein Teufelskreis entwickelt: Immer erfolgreicher in der virtuellen Welt, immer größere Probleme vor Ort und damit stetig zunehmende Verdrängungsmechanismen, die eine erfolgreiche Bewältigung der Alltagsaufgaben verhindern.

Nach bisherigen klinischen Erfahrungen sind insbesondere sozialphobische Personen und Personen mit Asperger-Syndrom beziehungsweise High-functioning-Autismus (Spitzcok von Brisinski 2003) anfällig für die Motivations- und Belohnungssysteme aktueller Online-Rollenspiele, wie zum Beispiel World of Warcraft (WoW). Auch bei der Elterninitiative www.rollenspielsucht.de berichtet der überwiegende Teil der Eltern Betroffener über die negativen Folgen von WoW (Hirte 2009).

Bei Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit- (und Hyperaktivitäts-)störungen (AD[H]S) geht es dagegen stärker um schnelle Gratifikationen, zügige Belohnung bei hohem direktem Einsatz und vor allem Belohnung für Schnelligkeit und risikofreudige Reaktionsschnelligkeit.

Eine dritte Patientengruppe ist im Rahmen einer langfristigen familiären Entwicklung gemeinsam mit ihren Eltern und Geschwistern in komplexe Rollenspiele (zum Beispiel Familie Sims) eingebunden und entwickelt eine familiäre Nebenrealität (Bilke und Spitzcok von Brisinski 2009).

Diagnostische Kriterien

Die Diagnostik des pathologischen Mediengebrauchs orientiert sich an den Abhängigkeitskriterien der ICD-10 für die sogenannte stoffgebundene Abhängigkeit, bezogen auf den Zeitraum von zwölf Monaten vor dem Konsultationstermin. Nach Grüsser und Thalemann (2006) sind dies:

- ein unwiderstehliches Verlangen, das Verhalten durchzuführen
- eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Dauer und der Beendigung
- Toleranzentwicklung (das Verhalten wird länger, häufiger und intensiver durchgeführt)
- Entzugserscheinungen (psychisch und/oder physisch, wie zum Beispiel Gereiztheit, Schlafstörung oder Unruhe)
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Lebensbereiche
- Fortführung des Konsums trotz des Wissens um die längerfristigen negativen Konsequenzen.

Neben der Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien spielt auch das Wissen um das aktuelle Medien-nutzungsverhalten der Jugendlichen eine Rolle. Die durchschnittliche Internetnutzungsdauer von 14- bis 19-Jährigen liegt in Deutschland bei zwei Stunden pro Tag (ARD/ZDF-Online-Studie 2009). Bei über Wochen erheblich darüberliegenden Nutzungszeiten liegt ein erhöhtes Risiko für pathologischen Mediengebrauch nahe.

Wenn zusätzlich zu hohen Mediennutzungszeiten eine oder mehrere der folgenden Veränderungen eingetreten sind, sollte der Verdacht auf einen pathologischen Medienkonsum gestellt werden. Diese sind:

- Das Interesse an „realen“ Beziehungen lässt deutlich nach – sozialer Rückzug.
- Die Mediennutzung wird anderen Aktivitäten vorgezogen.
- Die Mediennutzung geht mit einem Abfall von Schulleistungen beziehungsweise den Leistungen am Ausbildungs-/Arbeitsplatz einher. Es treten gegebenenfalls unentschuldig-te Fehlzeiten auf.
- Der Tag-Nacht-Rhythmus verschiebt sich, und es kommt zu Schlafstörungen.
- Es treten familiäre Spannungen und das Gefühl des Betroffenen auf, von Freunden oder der Familie nicht mehr verstanden zu werden.

Als Kriterium zur Befragung der Patienten kann zum Beispiel der „Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern“ (CSVK) dienen (Grüsser et al. 2005, Thalemann et al. 2004), zur Befragung

der Eltern beispielsweise die „Computerspielsüchtig?-Checkliste für Eltern“ (www.klinik.uni-mainz.de/psychosomatik/startseite/kompetenzen-trium-verhaltenssucht/computerspiel-sucht.html).

Einsicht in Notwendigkeit fehlt häufig

Selbst- und Fremdeinschätzung können sich dabei durchaus stark unterscheiden. Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass jeder Jugendliche sich bereits im ersten Gespräch so weit öffnet, dass sich das gesamte Ausmaß der Problematik sicher einschätzen lässt, so dass sich unter Umständen erst in weiteren Gesprächen eine halbwegs kongruente Einschätzung aller Beteiligten als Arbeitsgrundlage erzielen lässt.

Ähnlich wie im Erwachsenenbereich ist auch im Kindes- und Jugendalter der Leidensdruck meist nicht sehr groß, da die negativen Konsequenzen des pathologischen Mediengebrauchs noch nicht so deutlich gespürt werden (Strom nicht abgeschaltet, immer etwas zu essen, ein warmes Bett). Somit sehen Betroffene oft nicht die Notwendigkeit, ihr Verhalten zu ändern, und empfinden die geforderte Einschränkung des Computernutzungsverhaltens durch die Eltern eher als typisches „Elternverbot“ und nicht als notwendige schützende Maßnahme. Häufig münden die Gespräche mit den Eltern in endlose Diskussionen, ohne eine Verhaltensänderung hervorgerufen (Grüsser und Thalemann 2006). Die Anamneseerhebung muss daher mit viel Fingerspitzengefühl erfolgen und den Grundregeln der Gesprächsführung zur Früherkennung von Sucht (Spitzcok von Brisinski 1998) entsprechen. Als weiteres Instrument zur Beurteilung steht dabei auch der „Kriterienkatalog zur Verhaltensbeobachtung in der Familie“ aus dem Kompetenzzentrum „Verhaltenssucht“ der Universität Mainz zur Verfügung (www.grundschule-furth.de/, Link: Computernutzung).

Für ein erstes strukturiertes Screening bezüglich komorbider und/oder ursächlicher psychischer Störungen kann unter anderem der „Fragebogen zu Stärken und Schwächen“ (SDQ-D) eingesetzt werden, für

den getrennte Versionen zur Selbsteinschätzung, für Eltern und für Lehrer vorliegen sowie zur Befragung im Verlauf (www.sdqinfo.com/d11.html).

Da bei den Jugendlichen häufig wenig oder kein Problembewusstsein besteht, sind einige grundlegende Regeln der Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung zu beachten, die den weiteren Verlauf der Beratung durch den Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt maßgeblich beeinflussen können. Diese sind:

Erstgespräche mit den Eltern unter Ausschluss des Jugendlichen sollten vermieden werden, da Jugendliche oft eine Allianz der Erwachsenen befürchten. Außerdem verführt ein Gespräch mit den Eltern ohne den Jugendlichen dazu, über statt mit ihm zu reden. Das Gespräch zwischen Eltern und Kind in Anwesenheit eines neutralen Dritten kann zur Wiederaufnahme einer konstruktiven intrafamiliären Kommunikation anregen.

Der Arzt sollte sein Vorgehen so transparent wie möglich machen. Er sollte zum Ausdruck bringen, dass es nicht um ein vorschnelles „Urteilen“ geht, sondern darum, sich ein Bild von der Situation zu machen. Erst wenn dieses Bild vollständig ist, sollte die Einschätzung mitgeteilt werden, auch dass gegebenenfalls mehrere Termine (nach dem ersten Termin mit dem Jugendlichen möglichst allein) benötigt werden.

Je höher das Maß an Zustimmung seitens des Jugendlichen ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er sich erneut vorstellt. Der Jugendliche sollte gefragt werden, ob er mit dem Vorgehen einverstanden ist (Commitment). Dies erhöht die Chance einer Beziehung auf „Augenhöhe“.

Der Medienkonsument ist der Experte für die Wirkungen der Medien, der Arzt allenfalls der Experte für die Nebenwirkungen. Interessiertes (aber nicht verherrlichendes oder bagatellisierendes) Nachfragen wertet den Jugendlichen auf und erhöht damit die Chance auf eine gute Compliance.

Der Arzt sollte sich interessiert zeigen am Nutzungsverhalten des Jugendlichen und daran, was ihn

besonders im Internet interessiert. Wichtig erscheint, dass noch keine Wertungen bezüglich des Verhaltens vorgenommen werden. Nur so ist die Herstellung einer Beziehung denkbar, im Rahmen derer sich der Jugendliche relativ „gefährlos“ der Betrachtung des Problemverhaltens annähern kann.

Die Anamneseerhebung birgt gerade am Anfang die Gefahr, zu viele geschlossene Fragen (Ja-/Nein-Fragen) zu stellen und damit das Gespräch ins Stocken geraten zu lassen. Gerade zu Beginn einer Beratung empfiehlt es sich in der Regel, nondirektiv und an den geäußerten Bedürfnissen orientiert vorzugehen. Ein Beispiel für eine offen

fen von Vereinbarungen mit dem Jugendlichen und der Familie ermöglicht?

Aktuelle Studien zeigen, dass ein Teil der Patienten mit pathologischem Mediengebrauch mindestens eine zusätzliche psychische Störung aufweist. Deshalb sollte der Arzt mögliche depressive Stimmungslagen, Ängste, Konzentrationsstörungen erfragen oder Unruhezustände im Rahmen eines AD(H)S. Diese sollten genauso wie Störungen des Sozialverhaltens und Autismusspektrumsstörungen mit erhoben und gegebenenfalls ausgeschlossen werden.

Am Ende der diagnostischen Gespräche sollte der Arzt seine Einschätzung allen Beteiligten mittei-

Der Medienkonsument ist der Experte für die Wirkungen der Medien, der Arzt allenfalls der Experte für die Nebenwirkungen.

formulierte Frage an einen Jugendlichen, in dessen Familie es häufig Streit gibt, könnte lauten: „Was stört Sie selbst am meisten an der derzeitigen Situation?“

Das ausschließliche Fokussieren auf das Problemverhalten birgt die Gefahr, dass das Gespräch schnell ins Stocken gerät und der Jugendliche Widerstand aufbaut. Dies kann vermieden werden, indem andere Bereiche, wie Freundschaften, Beziehungen und gegebenenfalls Schwierigkeiten in der Familie, einbezogen werden.

Ressourcen des Jugendlichen zu erfragen unter der Maßgabe, was neben der Mediennutzung wichtig ist beziehungsweise auch früher Freude bereitet hat, ist ein weiterer wichtiger Schlüssel für eine tragfähige Beziehung.

Eine umfassende, mit möglichst präzisen quantitativen und qualitativen Angaben des Jugendlichen und der Angehörigen versehene Anamnese inklusive der Medienanamnese sollte am Ende der diagnostischen Phase erstellt sein. Diese ist die Grundlage für eine Beratung. Der Arzt sollte abwägen, was zunächst Priorität hat: die vollständige Informationserfassung in kurzer Zeit oder eine stabile Beziehung, die eine Beratung und gegebenenfalls das Tref-

fen, möglichst verknüpft mit einer Empfehlung für das weitere Vorgehen. Hierbei kann es um konkrete Ziele (zum Beispiel Verbesserung der Schulleistung) oder auch familiäre Vereinbarungen (zum Beispiel limitierte Computernutzungszeiten oder gemeinsames Essen) gehen. Die Ziele müssen zusammen mit dem Jugendlichen und der Familie entwickelt werden. Sie müssen inhaltlich und zeitlich präzise, klar und anschaulich benannt und für alle Beteiligten sichtbar sein. Wünsche des Jugendlichen an die Eltern, zum Beispiel nach mehr Autonomie, sollten unterstützt werden und können in eine Vereinbarung mit aufgenommen werden. Dies kann es dem Jugendlichen ermöglichen, sich als gleichberechtigter Partner zu erleben, und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung. ■

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2010; 107(49): A 2436–40

Anschrift für die Verfasser
Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch
Vivantes-Klinikum
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Klinikum im Friedrichshain
Landsberger Allee 49
10249 Berlin

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4910