

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen

Abteilung Berlin

Masterstudiengang Suchthilfe/Suchttherapie (M.Sc.)

Masterthesis

Vorkommen und Erkennung subklinischer Depressivität bei männlichen Jugendlichen mit pathologischer Internetnutzung im Hilfesystem – Eine Untersuchung auf Basis von Experteninterviews

Vorgelegt von:	Miroslav Živković
Matrikel-Nr.:	509136
Erstprüfer:	Dr. Oliver Bilke-Hentsch
Zweitprüfer:	Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer
Datum der Abgabe:	15.07.2016

Bedanken möchte ich mich bei meiner Freundin Janine für Ihre hilfreichen und konstruktiven Denkanstöße, die mich aus allen möglichen gedanklichen Sackgassen geholt haben. Vor allem danke ich ihr aber für ihre Geduld und bedingungslose Unterstützung. Großer Dank gilt auch Monika und Slavi, die meine erloschene Begeisterung für grammatikalische Fragen erneut befeuert haben.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Berlin, 15.07.2016

Miroslav Živković

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Pathologische Internetnutzung	3
2.1	Definition und Symptomatik.....	4
2.2	Prävalenz	6
2.3	Risikofaktoren.....	7
2.4	Psychosoziale Folgen.....	11
2.5	Zusammenfassung	12
3	Depression	14
3.1	Definition und Symptomatik.....	15
3.2	Prävalenz	20
3.3	Risikofaktoren.....	21
3.4	Psychosoziale Folgen.....	23
3.5	Zusammenfassung	25
4	Pathologische Internetnutzung und komorbide subklinische Depression	26
4.1	Prävalenz	26
4.2	Zusammenhang von pathologischem Internetgebrauch und Depressivität, Wechselwirkungen	29
4.3	Schwierigkeiten bei der Erkennung subklinischer Depression	31
4.4	Zusammenfassung	35
5	Forschungsdesign	37
5.1	Erkenntnisinteresse und Begründung der Methodenwahl	37
5.2	Methodik – Das Experteninterview	39
5.3	Definition des Expertenbegriffs.....	39
5.4	Allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung	40
5.5	Methodisches Vorgehen bei der Datenerhebung	41
5.5.1	Auswahl der Interviewpartner.....	41

5.5.2	Kontaktaufnahme zu den Experten und Terminvereinbarung	42
5.6	Interviewleitfaden, Transkription und Auswertung	43
5.6.1	Leitfadenstruktur	43
5.6.2	Datenerhebung und Transkription.....	44
5.6.3	Datenaufbereitung und -analyse	44
6	Ergebnisse der Interviewanalyse.....	45
6.1	Betroffene	46
6.1.1	Kontaktaufnahme zum Hilfesystem.....	47
6.1.2	Anlass der Kontaktaufnahme zum Hilfesystem.....	47
6.1.3	Motivation und Anliegen.....	47
6.1.4	Problembewusstsein	48
6.1.5	Kontaktdauer zum Hilfesystem	51
6.1.6	Problemschilderung der Betroffenen.....	51
6.1.7	Hilfebedarf.....	52
6.2	Soziales Umfeld und zuweisende Stellen.....	53
6.2.1	Kontaktaufnahme zum Hilfesystem.....	53
6.2.2	Anlass der Kontaktaufnahme	53
6.2.3	Motivation und Anliegen.....	54
6.2.4	Problembewusstsein	55
6.2.5	Kontaktdauer zum Hilfesystem	56
6.2.6	Fremdanamnestic Angaben	56
6.3	Hilfesystem	57
6.3.1	Diagnostisches Vorgehen	57
6.3.2	Die Erkennung der Depressivität in den Hilfesystemen	59
6.3.3	Hilfelandchaft und Versorgung	62
6.3.4	Behandlungserfolg.....	64
6.3.5	Herausforderungen/Anforderungen für das Hilfesystem	64

6.3.6	Forschung.....	66
6.4	Pathologie	67
6.4.1	Komorbide Störungen und Prävalenz subklinischer Depressivität	67
6.4.2	Symptomatik und Indikatoren für subklinische Depressivität	68
6.4.3	Störungsverlauf.....	69
7	Diskussion.....	72
8	Fazit.....	84
9	Literatur- und Quellenverzeichnis	88
Anhang	97
	Anhang A – Schriftliche Anfrage zum Experteninterview	97
	Anhang B – Leitfaden für das Experteninterview	98
	Anhang C - Experteninterviews.....	104

1 Einleitung

Bereits seit den neunziger Jahren beschäftigen sich unzählige Studien mit dem Phänomen der Internetabhängigkeit. Jugendliche sind zugleich sowohl die größte Nutzergruppe des Internets als auch am häufigsten von einer Internetabhängigkeit betroffen. Auch wenn die Forschungsdaten in der Zwischenzeit von einer relativ gleichmäßigen Geschlechterverteilung der Störung sprechen, so sind es doch erfahrungsgemäß in der Mehrzahl Jungen, die aufgrund einer internetbezogenen Störung im Hilfesystem behandelt werden. Depression stellt dabei eine häufige Komorbidität bei pathologischen Internetnutzern dar (vgl. Petersen et al. 2010). Aufgrund des wechselseitigen negativen Einflusses auf den Störungsverlauf, ist komorbide Depression von Bedeutung für die Behandlung beider Störungen. Bereits subklinisch ausgeprägte Depressionen gehen bei Jugendlichen mit höheren Belastungen als bei Jugendlichen ohne depressive Symptomatik einher. Subklinische Depressionen werden mit dem Risiko einer künftigen klinischen depressiven Episode assoziiert. Die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Episoden erhöht sich dadurch beträchtlich. Deshalb erscheint eine frühzeitige Erkennung subklinischer Depressivität besonders wichtig. Bleibt sie unerkannt, könnten ein geringer Behandlungserfolg, schlechtes Ansprechen der Betroffenen auf Behandlung, Frustration bei den Betroffenen und Therapeuten, geringe Compliance, geringes Vertrauen der Betroffenen als auch ihrer Angehörigen in die Effektivität der Behandlung, erhöhte Abbruchquoten und ein schwerer Krankheitsverlauf die Folgen sein.

Als Jugendsuchtberater in einer Drogen- und Suchtberatungsstelle berate ich mit zunehmender Häufigkeit männliche Jugendliche mit pathologischer Internetnutzung und deren Eltern. Ein Fall mit schwerem Störungsverlauf, hat mir die Bedeutung komorbider Depressivität eindrücklich vor Augen geführt. Der schwere Störungsverlauf bei diesem jungen Mann, bei dem sich im Behandlungsverlauf eine klinische Depression entwickelte, hat mich mit der Frage konfrontiert, ob und wie ich die depressive Symptomatik früher hätte erkennen können und welche therapeutischen Handlungsmöglichkeiten sich anbieten. Dadurch wurde mein Interesse geweckt, mich eingehender mit dem Thema Internetabhängigkeit und Depressivität zu beschäftigen. Meine Arbeit geht deshalb der Frage nach, inwiefern komorbide subklinische Depressivität bei pathologischer Internetnutzung im

Suchthilfe- und Therapiekontext Aufmerksamkeit erfährt, welche Relevanz ihr beigemessen wird und wenn sie nicht als relevant angesehen wird, welche Begründung es dafür gibt, wie gut diese Störung erkannt wird und welche Schwierigkeiten bei der Diagnostik bestehen. Diese Fragestellungen sollen anhand der Analyse von Interviews mit Experten aus der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Suchtforschung beantwortet werden. Im zweiten und dritten Kapitel setzt sich die Arbeit zunächst theoretisch mit pathologischer Internetnutzung und subklinischer Depressivität im Jugendalter auseinander. Die Begriffe „pathologische Internetnutzung“, „subklinische Depression“ und „Komorbidität“ werden definiert, die Prävalenzraten, Symptome und Diagnosekriterien, mögliche Ursachen und die Folgen beider Störungen werden auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Literatur dargestellt. Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit der Prävalenz pathologischer Internetnutzung und komorbider subklinischer Depression, beschreibt mögliche Wechselwirkungen und welche Faktoren Einfluss auf die Erkennung subklinischer Depressivität haben können. Da erfahrungsgemäß vornehmlich männliche Jugendliche mit internetbezogenen Störungen im Hilfesystem behandelt werden, möchte ich mich bei den folgenden Darstellungen auf diese Gruppe beschränken. Im fünften Kapitel werden die Forschungsfragen formuliert und Hypothesen dazu aufgestellt, welche Schwierigkeiten bei der Erkennung subklinischer Depression in der Praxis bestehen könnten. Das Kapitel begründet die gewählte Methode, das Experteninterview und stellt deren Vor- und Nachteile für das Untersuchungsziel dar. Der Begriff des Experten wird definiert und der Untersuchungsrahmen, das Vorgehen bei der Datenerhebung, der Auswertung und Analyse der erhobenen Daten entlang der Gütekriterien qualitativer empirischer Sozialforschung werden beschrieben. Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung der Experteninterviews strukturiert dargestellt und im darauf folgenden Kapitel die Ergebnisse diskutiert, Antworten auf die Forschungsfragen beleuchtet, die hypothetischen Vorannahmen auf ihre Richtigkeit geprüft und zusammenfassend die Bedeutung komorbider subklinischer Depression bei pathologischer Internetnutzung männlicher Jugendlicher für den Beratungs- und Behandlungskontext beleuchtet. Im abschließenden achten Kapitel werden in einem Fazit Implikationen für eine Verbesserung der Erkennung subklinischer Depressivität und Anregungen für die Verbesserung der Versorgungssituation formuliert.

2 Pathologische Internetnutzung

Weltweit sind asiatische Länder wie China, Taiwan und Südkorea bei der Erforschung von Problemen im Zusammenhang mit Internetnutzung führend. Das könnte daran liegen, dass in diesen Ländern die Folgen exzessiver Internetnutzung als besonders schwerwiegend wahrgenommen werden. Taiwan betrachtet sie gar als eines der ernsthaftesten Probleme für das öffentliche Gesundheitswesen (vgl. Block 2008, S. 306). In China wurde das Spielen von Onlinespielen in der Zwischenzeit als Abhängigkeitserkrankung definiert (vgl. DSM-V 2013, S. 1089). Für Europa und Deutschland liegen zum Thema vergleichsweise weit weniger Studien vor.

Die klinische Praxis und die Forschungsliteratur machen deutlich, dass es durch exzessive Internetnutzung bei den Betroffenen zu klinisch relevanten Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus und in allen Lebensbereichen kommt (vgl. Liu und Potenza 2010, S. 167, Strittmatter et al. 2015, S. 128). Die American Psychiatric Association (APA) hat 2013 in der fünften Revision des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) die Internet Gaming Disorder¹ (IGD) als klinisches Erscheinungsbild mit weiterem Forschungsbedarf in ihren Anhang aufgenommen. Die bisherige Forschungslage weist für die IGD bezüglich ihrer Merkmale viele Ähnlichkeiten zu substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen auf (vgl. American Psychiatric Association 2013, S. 1090). Dabei wird „der Begriff Computerspielsucht („internet gaming disorder“) [...] zunehmend verwendet, um eine Gruppe von suchartigen Symptomen zusammenzufassen, die infolge anhaltender und exzessiver Nutzung von internetbasierten Computerspielen zu beobachten sind“ (Dreier, Wölfling und Beutel 2014, S. 496). Als spezifische Nutzungsform der vielfältigen verfügbaren Angebote im Internet ist das Onlinecomputerspielverhalten bei männlichen Jugendlichen sicherlich mit am weitesten verbreitet.

Untersuchungen zu Internetabhängigkeit und Computerspielabhängigkeit liegen in einer großen Zahl weltweit vor. Untersuchungen zur Thematik nach den Kriterien für die IGD sind bisher jedoch selten. Für Deutschland liegt meines Wissens bislang einzig die Studie von Rehbein et al. (2015) vor. Kritisch an der begrifflichen

¹ Störung durch Spielen von Internetspielen

Einordnung ist, dass Probleme bei der Nutzung weiterer Internetangebote nicht berücksichtigt werden (vgl. Ferchow et al. 2015, S. 96). Neben Online-Spielen werden in der Forschung weitere Online-Anwendungen als Risiko für die Entstehung einer abhängigen Internetnutzung diskutiert wie z. B. Cybersex, Online-Beziehungen oder die Suche nach Informationen (vgl. Petersen et al. 2010, S. 5).

Da die Arbeit abhängige Internetnutzung allgemein beleuchten möchte, die Kriterien der IGD auch auf problematische Nutzung anderer Internetinhalte übertragbar erscheint und die Datenlage für die recht neue Forschungsdiagnose noch begrenzt ist, folgt eine Übersicht der Prävalenzen, Folgen und Ursachen anhand aktueller Untersuchungen zu Internetabhängigkeit im Allgemeinen. Sofern es die Literatur zulässt, werden die Erkenntnisse, die sich auf männliche Jugendliche beziehen, dargestellt. Im Rahmen der Arbeit werden klinische Störungen im Zusammenhang mit Internetnutzung als pathologische Internetnutzung bzw. pathologischer Internetgebrauch bezeichnet. Dies umfasst die in der Forschung geläufigen Begrifflichkeiten wie Internetabhängigkeit, problematischer Internetgebrauch, Internetsucht, etc.. Mit der Begriffswahl soll zum Ausdruck gebracht werden, dass dem Problemverständnis nicht ausschließlich eine quantitative Sichtweise (Häufigkeit und Dauer der Internetnutzung), sondern diese Art des Internetgebrauchs als Erscheinungsform einer dysfunktionalen Aneignung des Internets unter Aspekten der Entstehungsbedingungen, ihrer Funktionalität, ihres Verlaufs und ihrer negativen Folgen betrachtet werden kann (vgl. te Wildt 2009, S. 270).

2.1 Definition und Symptomatik

Petersen et al (2009) stellen fest, dass „obwohl die Symptome [für eine pathologische Internetnutzung] in der Forschung in weitgehender Übereinstimmung beschrieben werden, [...] unterschiedliche Begriffe gebraucht [werden]“ (S. 265). Die Forschungsdiagnose der Internet Gaming Disorder (IGD) ermöglicht es erstmals eine internetbezogene Störung anhand einheitlicher Kriterien zu diagnostizieren. Damit entspricht die American Psychiatric Association (APA) den Forderungen aus der Forschung, die bereits seit längerem für offizielle Diagnosekriterien plädiert. Die IGD wird als Abhängigkeitserkrankung im Sinne einer Verhaltenssucht verstanden. Anhand dieser diagnostischen Grundlage können die Forschungserkenntnisse zur Internetabhängigkeit zu einer Vergleichbarkeit der Ergebnisse, einer besseren Prävalenzeinschätzung und zu einem besseren Störungsverständnis beitragen (vgl.

King und Delfabbro 2014, S. 299). Kritisch schließen Liu und Potenza (2010) ihrer Empfehlung für einheitliche diagnostische Kriterien an, dass “[...] such criteria will not substitute for a comprehensive evaluation of the patient and the patient’s reflection on the Internet’s influence on his or her life“ (S. 170). Die diagnostischen Kriterien einer Internet Gaming Disorder basieren auf der Analyse bestehender Literatur zum Thema und sind demnach als Vorschlag zur Weiterentwicklung der diagnostischen Kriterien zu verstehen (vgl. American Psychiatric Association 2013, S. 1071). Das DSM-V definiert die Internet Gaming Disorder wie folgt:

„Dauerhafte und wiederkehrende Nutzung des Internets, um sich mit Spielen zu beschäftigen, häufig mit mehreren anderen Spielern, führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden“ (American Psychiatric Association 2013, S. 1088-1089).

Die für eine pathologische Internetnutzung kennzeichnenden Symptome werden auf Grundlage der Diagnosekriterien des DSM-V bestimmt. Mindestens fünf der Kriterien müssen dabei in den letzten 12 Monaten vorgelegen haben.

1. „Übermäßige Beschäftigung mit Internetspielen (Der Betroffene denkt über vorhergehende Spielaktivitäten nach oder beabsichtigt, das nächste Spiel zu spielen; das Spielen von Internetspielen wird zur Haupttätigkeit des Tages).
2. **Beachte:**
3. Diese Störung ist von Glücksspiel im Internet zu unterscheiden, das der Diagnose Pathologisches Glücksspiel zuzuordnen ist.
4. Entzugssymptomatik, wenn das Spielen von Internetspielen wegfällt. (Die Symptome werden typischerweise als Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Traurigkeit beschrieben, es finden sich jedoch keine körperlichen Zeichen eines pharmakologischen Entzugssyndroms.)
5. Toleranzentwicklung – das Bedürfnis, zunehmend mehr Zeit mit dem Spielen von Internetspielen zu verbringen.
6. Erfolgreiche Versuche, die Teilnahme an Internetspielen zu kontrollieren.
7. Interessenverlust an früheren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen als Ergebnis und mit Ausnahme des Spielens von Internetspielen.
8. Fortgeführtes exzessives Spielen von Internetspielen trotz der Einsicht in die psychosozialen Folgen.

9. Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des Umfangs des Spielens von Internetspielen.
10. Nutzen von Internetspielen, um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen (z.B. Gefühl der Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ängstlichkeit).
11. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit aufgrund der Teilnahme an Internetspielen.“ (American Psychiatric Association 2013, S. 1088f.)

Deutlich ist die Operationalisierung anhand der Leitsymptome einer Substanzabhängigkeit (Craving, Toleranzentwicklung, Entzugerscheinungen, Kontrollverlust, Einengung auf den Substanzgebrauch und schädlicher Gebrauch), wie beim bislang gängigen Begriff der „Internetabhängigkeit“ (vgl. Petersen et al. 2009, S. 265). Diese Symptome können ebenfalls bei der Nutzung anderer Onlineangebote auftreten. Aus diesem Grund wird die Forschungsdefinition des DSM-V, obwohl sich ihre Kriterien nur auf die Bestimmung einer onlinespielbezogenen Störung beziehen, für pathologische Internetnutzung im Allgemeinen herangezogen.

2.2 Prävalenz

Im Rahmen der SEYLE² Querschnittuntersuchung wurden Schüler aus zehn europäischen Ländern³ und Israel zu ihrem Internetnutzungsverhalten befragt. In der Gesamtstichprobe (n=11.956, männlich=4.307) mit einem Durchschnittsalter von 14,9 Jahren betrug die aktuelle Prävalenz für die Diagnose „pathologische Internetnutzung“ 5,2% unter den männlichen Jugendlichen (vgl. Durkee et al. 2012, S. 2214). Mit 4,8 % lag die Prävalenz bei den männlichen Jugendlichen aus Deutschland ähnlich hoch (vgl. ebd.).

Eine Querschnittuntersuchung in sieben europäischen Ländern⁴ erhob unter den 14- bis 17jährigen männlichen Studienteilnehmern (m=6.284; 47,3%) eine Prävalenz von 1,6% für eine vorliegende Internetabhängigkeit (vgl. Tsitsika et al. 2014, S. 530). Die

² SEYLE: Saving and Empowering Young Lives in Europe

³ Österreich, Estland, Frankreich, Deutschland Ungarn, Irland, Italien, Rumänien, Slowenien und Spanien

⁴ Deutschland, Niederlande, Polen, Rumänien, Griechenland, Island und Spanien

Prävalenz für Internetabhängigkeit für beide Geschlechter lag in der deutschen Stichprobe (n=2.354) bei 0,9% (vgl. Tsitsika et al. 2014, S. 531).⁵

In ihrer Studie schätzten Rumpf et al. (2011) auf Basis der Teilstichprobe im Alter von 14 bis 24 Jahren (n=2.937) die Prävalenz einer Internetabhängigkeit auf 3% bei den männlichen Teilnehmern (vgl. S. 12). Die Einschätzung bei den 14- bis 16jährigen fiel mit 6,3% noch höher aus (vgl. ebd., S. 13).

Im Rahmen der EU Studie WE-STAY wurden 8807 Schüler (Durchschnittsalter 15 Jahre; SD=1,3 Jahre) aus fünf EU Ländern zu ihrer Internetnutzung und Merkmalen der psychischen Gesundheit befragt⁶. Insgesamt wurde bei ca. 3,3% der männlichen Schüler eine pathologische Internetnutzung erhoben (vgl. Strittmatter et al. 2015, S. 130). Anhand der Diagnosekriterien der Internet Gaming Disorder erhoben Rehbein et al. (2015) in ihrer Studie mit Schülern aus Sachsen (n=11003), in der Altersgruppe von 13-18 Jahren eine 12-Monats-Prävalenz von 1,92% unter den männlichen Jugendlichen (n=5621) (vgl. S. 847).

2.3 Risikofaktoren

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung dysfunktionaler Internetnutzung ist von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge auszugehen. Als Ursachen werden In der Fachliteratur Persönlichkeitsfaktoren, Umweltfaktoren und die Anreizfunktionen verschiedener Arten von Internetanwendungen diskutiert.

Persönlichkeitsmerkmale

Kuss et al. (2013a) untersuchten bei niederländischen Schülern (n=3.105) im Alter von 11-19 Jahren anhand des QBF⁷ den Zusammenhang von Persönlichkeitseigenschaften und Internetnutzung bezüglich des Risikos für eine Internetabhängigkeit. In absteigender Reihenfolge waren stärkste Prädiktoren für das

⁵ Für Deutschland wurden keine nach Geschlecht getrennten Prävalenzen angegeben.

⁶ WE-STAY: Working in Europe to Stop Truancy Among Youth. Untersuchung in den EU Ländern Estland, Deutschland, Italien, Rumänien und Spanien

⁷ Der Selbstauskunftsfragebogen Quick Big Five (QBF) misst die dimensionale Ausprägung der Big-Five Persönlichkeitsmerkmale Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Emotionale Stabilität und Einfallsreichtum.

Risiko einer Internetabhängigkeit geringe Werte in den Subskalen soziale Verträglichkeit (hilfsbereit, freundlich, zuvorkommend, sympathisch, hilfsbereit), emotionale Stabilität (reizbar, nervös, ängstlich, besorgt) und Gewissenhaftigkeit (nachlässig, sorgfältig, strukturiert, gründlich, ordentlich, planvoll) sowie hohe Werte in den Subskalen von Einfallsreichtum (fantasievoll, gestalterisch, erfindungsreich, kreativ, tief sinnig) (vgl. Kuss et al. 2013a, S. 1991). Ebenfalls auf Basis des Fünf-Faktoren-Persönlichkeitsmodells untersuchten Müller et al. (2013) die Korrelation zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und pathologischem Onlinerollenspiel. Im Vergleich zur Kontrollgruppe (n=167) und den pathologischen Glücksspielern (n=115) ergaben sich bei den Onlinerollenspielern geringe Werte in den Skalen Extraversion und Gewissenhaftigkeit (vgl. Müller et al. 2013, S. 134). Höhere Neurotizismuswerte hingegen wiesen sie nur im Vergleich zur Kontrollgruppe auf (vgl. ebd.). Weitere risikobehaftete Persönlichkeitsmerkmale stellt Kasten 1 im Überblick dar.

Kasten 1: Risikomerkmale für dysfunktionale Internetnutzung

- soziale Ängstlichkeit
- geringes Selbstwertgefühl
- Schüchternheit
- stärkeres Erleben von Einsamkeit
- erhöhte Depressivität
- dysfunktionale Bewältigungsstrategien
- erhöhtes Stresserleben
- Impulskontrollstörungen
- hohe Konsequenzerwartung
- geringe Selbstwirksamkeitserwartung

Quelle: Meixner und Jerusalem (2009), S. 302

Persönlichkeitsmerkmale wie Schüchternheit oder geringes Selbstwertgefühl können in Verbindung mit geringer sozialer Kompetenz zu einer Präferenz von Onlinekontakten führen, um den Mangel an realen sozialen Kontakten zu kompensieren (vgl. Kuss und Griffiths 2011, S. 3542). Durch die Vernachlässigung realer Beziehungen und die dadurch zunehmende Unsicherheit kann sich in sozialen Situationen die Präferenz der Onlinekontakte verfestigen. Jugendliche, die weniger gewissenhaft und strukturiert sind und eine geringere emotionale Stabilität aufweisen, empfinden alltägliche Aufgaben eventuell eher als Stressoren. Onlinespiele stellen für sie eine angenehme Alternative zu unbeliebten Verpflichtungen dar (vgl. Kuss et al. 2013a, S. 1992). Die Auseinandersetzung mit

Problemen in der Realität wird durch eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie, das Spielen, vermieden (vgl. Müller et al. 2013, S. 130).

Bei der Nutzung von Onlinespielen stellten sich in der Untersuchung von Kuss, Louws und Wiers (2012) die Motive „Eskapismus“ und das ausgeprägte Interesse der Spieler an den Spielfunktionen (mechanics) zur Verbesserung spielbezogener Fähigkeiten als gute Prädiktoren für eine problematische Nutzung heraus (vgl. S. 483).

King und Delfabbro (2014) stellten in ihrem Review vier Kategorien von verzerrten und dysfunktionalen Kognitionen bei Onlinespielenutzern fest: Vorstellungen bezüglich der Belohnungen im Spiel (z.B. Erfolge im Spiel haben die gleiche Wertigkeit wie Erfolge in der Realität), fehlangepasste und unflexible Regeln bei der Spielnutzung (z.B. Beendigung oder Zielerreichung von Spielen geht vor sozialen Verpflichtungen), spielbezogener Selbstwert (z. B. Kompensation eines geringen Selbstwertgefühls durch Erfolg im Spiel) und Spielen als Mittel sozialer Anerkennung (vgl. S. 303f.)

Soziale Risikofaktoren

Familiale Faktoren wie der Alkoholkonsum Angehöriger oder familiäre Entfremdung (vgl. Petersen et al. 2010, S. 56), das Aufwachsen in einem Haushalt ohne biologischen Elternteil, eine geringe elterliche Fürsorge und Arbeitslosigkeit der Eltern/Erziehungsberechtigten stellen soziale Risikofaktoren dar (vgl. Durkee et al. 2012, S. 2216). Jugendliche in festen Partnerschaften waren ebenfalls von einem erhöhten Risiko für fehlangepasste und pathologische Internetnutzung betroffen (vgl. Durkee et al. 2012, S. 2216). Weitere soziale Risikofaktoren sind schlechte Beziehungen zu den Eltern und fehlende familiäre Zuwendung (vgl. Huang et al. 2006, S. 487), ein geringer Sozialstatus mit Zugehörigkeit zur unteren Mittelschicht oder Unterschicht, ein dysfunktionales Familienklima (vgl. Rosenkranz et al. 2013, S. 99), soziale Konflikte und mangelnde soziale Unterstützung (vgl. Meixner und Jerusalem 2009, S. 302).

Ein geringes Interesse an den Aktivitäten des Jugendlichen, fehlende soziale Kontrolle und Unterstützung durch die Familie begünstigen möglicherweise eine verstärkte Internetnutzung durch Jugendliche. Die psychische Belastung arbeitsloser Eltern kann zu vermehrten Familienkonflikten und zu einer geringeren

Aufmerksamkeit für das Kind führen. Die Internetnutzung stellt dabei eine Bewältigungsstrategie der Jugendlichen dar (vgl. Durkee et al. 2012, S. 2219). Fehlt die soziale Kontrolle, bleibt der Zugang zum Internet unreguliert.

Anwendungsbezogene Risikofaktoren

Kim et al (2009) fanden in ihrer Untersuchung einen starken Zusammenhang zwischen problematischer Internetnutzung und Anwendungen, die der Unterhaltung (download und streaming von Filmen oder Musik) dienen (vgl. S. 455). Vor allem soziale Netzwerke und Onlinespiele bergen das Risiko für eine pathologische Internetnutzung (vgl. Kuss et al. 2013a, S. 1991).

Die Vorliebe männlicher Nutzer für MMORPGs⁸ kann durch spielimmanente Anreizfunktionen, z.B. Grenzenlosigkeit der Spiele oder Verhaltensverstärkung durch Belohnung der Spielaktivität erklärt werden (vgl. Kuss, Louws und Wiers 2012, S. 482). Spielbezogene Motive von Onlinespielern waren in der Untersuchung von Caplan, Williams und Yee (2009) Immersion und die Möglichkeit der Spieler im Spiel verbal miteinander zu interagieren (vgl. S. 1317). Die Interaktion mit den Mitspielern kann ein Gemeinschaftsgefühl erzeugen. Das Spiel eröffnet durch vielfältige Handlungsmöglichkeiten in einer komplexen virtuellen Welt und durch eine personalisierbare Spielfigur, die die Identifikation mit dem Spielcharakter verstärkt, ein besonders immersives Erlebnis. Auch soziale Onlineanwendungen wie z.B. Facebook und Twitter ermöglichen den Nutzern eine den eigenen Wünschen entsprechende Selbstdarstellung. Die Virtualität gestattet den Abbau von Kontakthemmungen. Positive Reaktionen anderer Nutzer auf die eigene Internetaktivität (z.B. das Posten von Selfies) können die positive Verstärkung des Onlineverhaltens begünstigen. Die Kompensierung des Mangels an positiven sozialen Erfahrungen in der Realität kann langfristig zu einer Verstärkung der Kompetenzmängel führen (vgl. Caplan 2005, S. 730).

Die Kausalitäten zwischen Risikofaktoren und der Entwicklung einer pathologischen Internetnutzung können jedoch nicht abschließend geklärt werden, da die Wirkrichtung noch nicht eingehend erforscht ist. Meixner (2010) geht von einem

⁸ MMORPG: massive multiplayer online role-playing game, dt.: Massen-Mehrspieler-Online Rollenspiel

„Spiraleffekt“ aus, wonach das exzessive Internetnutzungsverhalten durch bereits vorhandene psychische Belastungsfaktoren gesteuert wird und die Internetnutzung als Verstärker zu deren Aufrechterhaltung und negativem Verlauf beiträgt (vgl. S. 6). Als einen Teufelskreis stellen auch Kuss, Griffiths und Binder (2013c) den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, der funktionalen Internetnutzung und der vermehrten Onlineaktivität dar. Motive wie Eskapismus und die Modulation negativer Stimmungen können durch das positive Erleben der Onlineaktivität zunächst bedient werden. Der zunehmende soziale Rückzug kann aufgrund der Kumulation von unerledigten Pflichten und ungelösten Problemen einen Anstieg negativer Gefühle zur Folge haben, denen wiederum kompensatorisch durch eine verstärkte Internetaktivität begegnet wird (vgl. Kuss, Griffiths und Binder. 2013c, S. 12f.).

2.4 Psychosoziale Folgen

Im Unterschied zu unauffälligen Nutzern, die das Internet ergänzend zu anderen Freizeitgestaltungs-, Unterhaltungs-, Interaktions- oder Informationsmöglichkeiten nutzen, setzen problematische Nutzer das Internet dysfunktional zur Regulation unangenehmer Gefühle ein oder, um sich von belastenden Situationen oder Aufgaben abzulenken (vgl. Kuss et al. 2013b, S. 128). Die auslösenden negativen Bedingungen bleiben ungelöst und tragen sukzessive zu einer negativen Verstärkung der auslösenden Ausgangsbedingungen bei. Langfristig führt dies zu Verzögerungen in der psychosozialen Entwicklung, Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus und zu negativen sozialen Konsequenzen.

Die Folgen pathologischer Internetnutzung weisen ein breites Spektrum auf. Im Zusammenhang mit Onlinespielabhängigkeit treten Störungen in Bereichen wie soziale Kontakte, Freizeitverhalten, Schlaf, Ausbildung oder Arbeit auf (vgl. ebd., S. 127). Die Störungen äußern sich beispielsweise im sozialen Bereich durch einen Mangel an sozialen Beziehungen in der Realität, auf funktionaler Ebene durch schlechte schulische Leistungen, Probleme mit dem Sprachgedächtnis und dysfunktionale (passiv-vermeidende) Coping-Strategien, auf emotionaler Ebene durch Aggressivität und Feindseligkeit, auf vegetativer Ebene durch Schlafstörungen und Stress, auf kognitiver Ebene durch geringes Wohlbefinden und auf motivationaler Ebene durch zwanghaftes Spielen und der Vernachlässigung und Aufgabe wichtiger sozialer Kontakte und Freizeitaktivitäten (vgl. ebd.). Strittmatter et

al. (2015) stellten signifikant erhöhte Risiken für Depression, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen, suizidales und selbstverletzendes Verhalten für pathologische Internetnutzer mit und ohne primäre Onlinespielnutzung im Vergleich zu unauffälligen Nutzern fest (vgl. S. 132). In einer Metaanalyse von acht Studien stellen Ho et al. (2014) bei Internetabhängigen im Vergleich zu nicht abhängigen Internetnutzern doppelt so häufig weitere komorbide Störungen wie Alkoholmissbrauch, Angst- und Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Depression fest (vgl. S. 3f.).

Deutlich häufiger als moderate Nutzer erlebten in der Studie von Wölfling et al. (2011) pathologische Internetnutzer Probleme in Schule/Beruf und Konflikte in der Familie und im sozialen Umfeld (vgl. S. 34). Darüber hinaus vernachlässigten sie Freizeitaktivitäten oder hatten durch die Onlineaktivität gesundheitliche Probleme und ca. ein Drittel hatte aufgrund der Internetnutzung bereits finanzielle Schwierigkeiten (vgl. ebd.). Bei den Betroffenen zeigte sich außerdem eine deutlich höhere Symptombelastung in Form von Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Aggressivität, paranoidem Denken, Ängstlichkeit, Psychotizismus und Ängstlichkeit (vgl. ebd.). In einer kleinen Stichprobe von Jugendlichen, die an einem Gruppenprogramm zur Behandlung von Internetabhängigkeit teilnahmen, stellten Wartberg et al. (2011) im Vergleich zur Kontrollgruppe „ein verringertes Leistungsstreben [...] bei gleichzeitig geringerer Ausdauer in der Leistungsmotivation“ (S. 731) fest.

2.5 Zusammenfassung

Die Studienlage weist für pathologische Internetnutzung bei männlichen Jugendlichen insgesamt eine relativ große Prävalenzbreite von 0,9% bis 4,8% bei männlichen Jugendlichen auf. Die Unterschiede bei den Prävalenzen können auf eine Reihe von Faktoren zurück geführt werden. Aufgrund einer fehlenden einheitlichen Definition wurde pathologische Internetnutzung in den Untersuchungen unterschiedlich operationalisiert. Die Studienergebnisse sind auch deshalb mit Vorsicht zu betrachten, da sie unterschiedliche Diagnoseinstrumente zur Erfassung pathologischer Internetnutzung verwendeten. Eine Studie von Ferchow et al. (2015) zeigt dies eindrücklich auf. Die Forschergruppe untersuchte eine studentische Stichprobe im Alter von 18-35 Jahren bezüglich ihres Onlinespielverhaltens und wandte dabei vier verschiedene Messinstrumente zur Feststellung von

pathologischem Onlinespielverhalten an. Dabei stellten sie je nach genutztem Diagnoseinstrument unterschiedlich hohe Fallzahlen fest. Die Forscher konnten aufzeigen dass die Messinstrumente aufgrund unterschiedlicher Operationalisierung und verschiedener Cut-Off-Werte zu verschiedenen hohen Prävalenzen führen können. Darüber hinaus handelte es sich bei den meisten Untersuchungen um Querschnittsdesigns, die keine Aussage über den Verlauf und die Zeitstabilität von Internetabhängigkeit erlauben. Um ein besseres Störungsverständnis zu entwickeln und aussagekräftige Prävalenzen zu ermitteln, werden künftig Längsschnittuntersuchungen benötigt. Weitere Einschränkungen bezüglich der Aussagefähigkeit bestehen bei den aufgeführten Untersuchungen darin, dass die Daten anhand standardisierter Diagnoseinstrumente, in den meisten Fällen Selbstauskunftsfragebögen, erhoben wurden. Sie können je nach subjektivem Störungsempfinden der Betroffenen zu niedrigeren oder auch höheren Prävalenzen führen.

Trotz dieser Einschränkungen wird deutlich, dass von einer Problematik im Zusammenhang mit Internetnutzung ausgegangen werden kann. Dafür sprechen Ergebnisse, die auf Einbußen von Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und auf psychosoziale Einschränkungen hinweisen. Persönliche, soziale und anwendungsbezogene Risikofaktoren spielen bei der Entstehung einer dysfunktionalen Internetnutzung eine Rolle.

Die Forschungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass neben dem Onlinespiel die Nutzung anderer Internetanwendungen ebenfalls zu schwerwiegenden Problemen im Jugendalter mit Folgen für die Entwicklung und das psychische Wohlbefinden führt. So stellten Strittmatter et al. (2015) im Vergleich zu Onlinespielern eine höhere Belastung durch Depression in der Untersuchungsgruppe fest, die nicht primär Onlinespiele nutzte (vgl. S. 132). Deshalb soll im Rahmen der Untersuchung unter pathologischer Internetnutzung jegliche anwendungsbezogene Form der Internetnutzung, die zu psychosozialen Einschränkungen führt, verstanden werden.

3 Depression

In der Vergangenheit wurden depressive Störungen in der Adoleszenz als vorübergehende Phänomene betrachtet. Jedoch zeigen Längsschnittstudien, dass Depressionen bei erstmaligem Auftreten im Jugendalter künftig stabile Störungen darstellen (vgl. Alsaker und Bütikofer 2005, S. 170). Depressive Störungen treten häufig erstmalig im Jugendalter auf (vgl. Abel und Hautzinger 2013, S. 6). Die Chance eines Wiederauftretens einer depressiven Episode zu einem späteren Zeitpunkt erhöht sich damit beträchtlich (vgl. Essau 2007, S. 13). In der Längsschnittstudie von Groen und Petermann (2005) mit Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren wurde bei knapp 25% der Jugendlichen (n=90) mit einer diagnostizierten depressiven Störung auch zum zweiten Messzeitpunkt (16,1 Monate, SD=3,6) eine depressive Störung diagnostiziert (vgl. S. 11ff.). Für das Alter von ca. 12-15 Jahren zeigt sich im Vergleich zum Kindesalter „eine steigende Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen [...] und depressiver Symptome“ (Ihle et al. 2012, S. 7). Verglichen mit einer Ersterkrankung im Erwachsenenalter weisen Studien auf schwerere und rezidivierende Krankheitsverläufe, mit Tendenz zu einer behandlungsresistenten Chronifizierung von Depression bei Ersterkrankung im Jugendalter hin (vgl. Wesselhoeft et al. 2013, S. 8). Depressionen im Jugendalter treten häufig mit weiteren Störungen auf. „Reine“ Depressionen sind im Kindes- und Jugendalter eher die Ausnahme als die Regel“ (Reicher 1998, S. 36). Verschiedene Studien zu Komorbidität bei Jugendlichen zeigen, dass Depressionen häufig gemeinsam mit weiteren psychischen Störungen auftreten und dass eine bestehende Depression das Risiko einer weiteren Störung um das bis zu 20fache erhöht (vgl. Essau 2007, S 65).

Zum Vorliegen subklinischer Depressionen bei Jugendlichen, also einer vorliegenden Symptomatik, die den Schwellenwert zu einer klinischen Diagnose nicht überschreitet, ist die Forschungslage laut einem systematischen Review von Wesselhoeft et al. (2013) bisher eher dürftig. Dies deckt sich mit den Recherchen zum Thema im Rahmen der vorliegenden Arbeit und betrifft auch die gesonderte Betrachtung nach Geschlecht. Aufgrund der mangelnden Datenlage betreffen die im Folgenden geschilderten Forschungsergebnisse deshalb Jugendliche beiderlei Geschlechts, wenn nicht gesondert darauf hingewiesen wird. Auch wenn die Datenlage dürftig ist, ist die Betrachtung subklinischer Depression in Zusammenhang

mit einer pathologischen Internetnutzung für das Jugendalter als relevant zu betrachten, da

„[...] nicht ausgeschlossen werden [kann], dass das Internet subklinische Phänomene im negativen Sinne verstärkt und somit auch selbst als neuartige psychopathogene Kraft wirksam wird, was sich vor allem bei jungen Menschen mit depressiven und aggressiven Stimmungslagen und mit akzentuierten Persönlichkeitsstrukturen zu einer Gefährdung auswachsen könnte“ (teWildt 2009, S. 264f.).

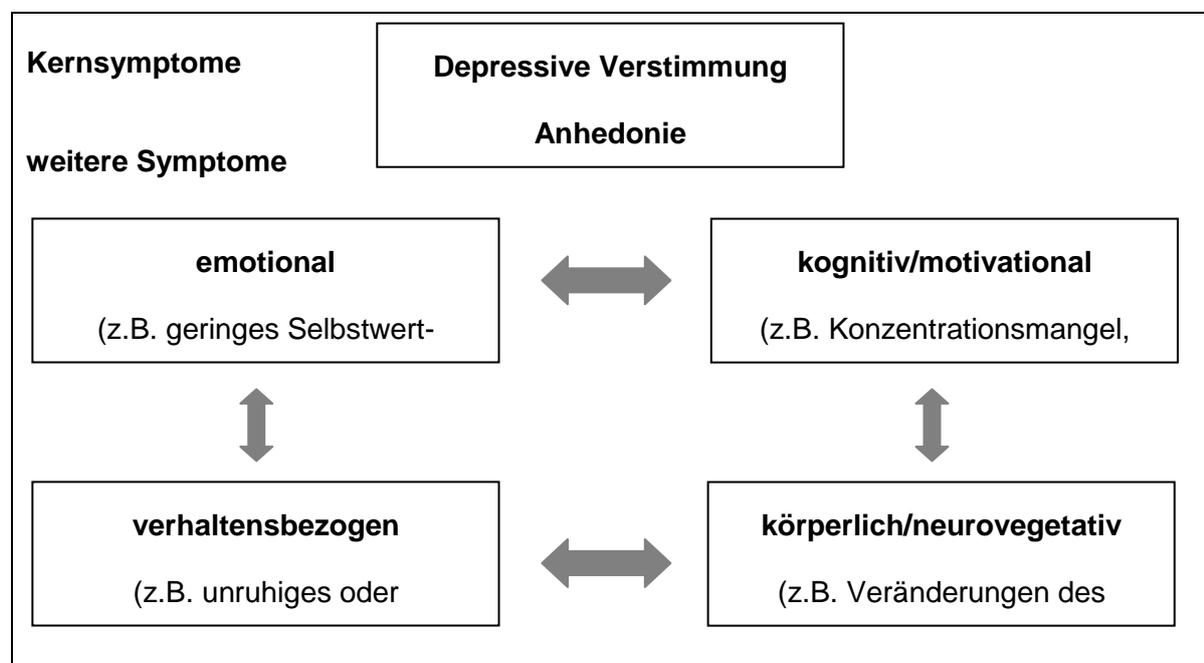
Eine subklinische Depressionssymptomatik an sich stellt bereits einen Risikofaktor für die Entstehung einer klinisch relevanten Depression in der Zukunft dar (vgl. Groen und Petermann 2011, S. 70). Bereits Gotlib, Lewinsohn und Seeley (1995) stellten in ihrer Untersuchung bei Jugendlichen mit subklinischer Depression eine hohe psychosoziale Funktionseinschränkung, einen hohen Schweregrad psychopathologischer Merkmale und ein erhöhtes Risiko für künftige psychische Erkrankungen, speziell Depression und Angststörungen, fest (vgl. S. 99). Im Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen weist die Forschung darauf hin, dass die als angenehm empfundene Tätigkeit (z.B. online spielen) durch die vermehrte Ausschüttung von Dopamin vermittelt wird. Im Verlauf einer Abhängigkeit sinkt dabei aufgrund neuroadaptiver Prozesse die Empfänglichkeit für angenehme Reize, die nicht mit der Ausübung des abhängigen Verhaltens in Zusammenhang stehen, wodurch langfristig das Risiko für Depressionen erhöht sein könnte (vgl. Kuss 2013b, S. 130). Im Zusammenspiel mit Internetabhängigkeit kann sich aus einer depressiven Stimmungslage eine klinische Depression entwickeln, weshalb subklinische Depression in diesem Zusammenhang ein relevantes Thema für Prävention und Behandlung darstellt.

3.1 Definition und Symptomatik

Das DSM-V und die ICD-10 sind die geläufigen Klassifikationssysteme bei der Bestimmung psychischer Erkrankungen. In der Kategorisierung der mit Depressivität einhergehenden Symptome stimmen sie größtenteils überein. Anhand beider Klassifikationssysteme können depressive Episoden, wiederkehrende depressive Episoden, anhaltende (chronische) affektive Störungen (z.B. Dysthymia) und weitere depressive Störungen unterschieden werden. Depressive Episoden können zudem nach dem Schweregrad der Symptome, den daraus resultierenden psychosozialen und funktionalen Beeinträchtigungen und Belastungen, in leichte, mittelgradige und

schwere Episoden unterschieden werden. Die depressive Episode wird als eigenständiges Störungsbild verstanden (vgl. Remschmidt 2011, S. 225). Abbildung 1 zeigt schematisch die Bereiche auf, in denen sich eine depressive Symptomatik äußern kann.

Abbildung 1: Symptombereiche einer Depression



Quelle: Groen und Petermann (2011), S. 16

Die Kernsymptome einer Depression sind eine gedrückte, traurige Grundstimmung oder massiver Interessenverlust an vormals angenehmen Aktivitäten. Weitere Symptome können „Niedergeschlagenheit, Energielosigkeit, Antriebsminderung, Selbstzweifel, Gefühle der Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit, häufig begleitet von Ängstlichkeit und Unruhe, Appetitstörungen, Gewichtsverlust, Libidoverlust, Schlafstörungen, Schmerzen, Konzentrationsprobleme und Suizidideen [sein]“ (Hautzinger und Bronisch 2007, S. 1). Diese Symptome können allerdings auch als „normale, gesunde Reaktionen auf die Erfahrung von z.B. Verlusten, Misserfolgen, Enttäuschungen, Belastungen, Zeiten der Ziellosigkeit, der Einsamkeit oder der Erschöpfung [auftreten]“ (Hautzinger und Bronisch 2007, S. 1). Bei der Beurteilung ob eine Depression vorliegt, ist also von zentraler Bedeutung, dass bei einer Depression die Stimmungslage nicht ausschließlich die Folge einer Reaktion auf belastende Lebensereignisse ist. Ist eine nahestehende Bezugsperson gestorben und halten Trauersymptome über mehrere Monate an (ab ca. 6 Monate), kann eine Depressivität diagnostiziert werden, da eine solche Reaktion als auffällig gilt und nicht den üblichen Erwartungen entspricht (vgl. ebd., S. 8).

Tabelle 1 stellt die Diagnosekriterien für eine Depressive Episode nach ICD-10 und für eine Major Depression nach DSM-5 zur besseren Vergleichbarkeit von Gemeinsamkeiten und Unterschieden einander gegenüber.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für eine Depressive Episode nach ICD-10 und für eine Major Depression nach DSM-5

	ICD-10	DSM-5
Kernsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend, • Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren, und • Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • depressive Stimmung, die meiste Zeit des Tages, beinahe täglich, entsprechend der subjektiven Angaben der Betroffenen (Gefühl von Trauer, Leere, Hoffnungslosigkeit) oder der Beobachtung Dritter (erscheint ängstlich) • Interessen- oder Freudeverlust an allen oder fast allen Aktivitäten
Weitere Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls, • unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle, • wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten, • psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv), • Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- und Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit, • Schlafstörungen jeder Art, • Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige bzw. unangemessene Schuldgefühle • wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederholte Suizidvorstellungen ohne konkreten Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder die konkrete Planung eines Suizids • psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung • verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit oder verringerte Entscheidungsfähigkeit • Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf • Müdigkeit oder Energieverlust • deutlicher Gewichtsverlust oder deutliche Gewichtszunahme bzw. gesteigerter oder geminderter Appetit

Quelle: Groen und Petermann (2011), S. 23 und DSM-5

Die Mindestvoraussetzungen für die Diagnose einer depressiven Episode nach ICD-10 sind das Vorliegen von zwei der drei Kernsymptome und zusätzlich mindestens zwei weiteren Symptomen (s. Tabelle 1) (vgl. Ihle et al. 2011, S. 5). Kriterien für eine Major Depression nach DSM-5 sind das Vorliegen mindestens eines von zwei Kernsymptomen und mindestens vier weiterer Symptome (s. Tabelle 1). Die Dysthymia (ICD) bzw. Dysthyme Störung (DSM) ist eine chronische depressive Verstimmung, mit weniger schwer ausgeprägter Symptomatik als bei der depressiven Episode (vgl. Essau 2007, S. 23). Die depressive Stimmung kann sich bei Kindern und Jugendlichen in Reizbarkeit äußern. Diese Grundsymptomatik muss über die meiste Zeit des Tages und über mindestens zwei Jahre (bei Kindern und Jugendlichen ein Jahr) hinweg bestehen. Außerdem

„müssen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen: Appetitlosigkeit oder gesteigertes Bedürfnis zu essen, Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis, Energiemangel oder Erschöpfung, geringes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörung oder Entscheidungserschweren und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit“ (Essau 2007, S. 23).

Depressive Symptome sind unspezifisch. Damit eine Depression diagnostiziert werden kann, müssen differentialdiagnostisch andere Ursachen für die Symptomatik, wie z.B. organische Erkrankungen, komorbide psychische Störungen, Traumata, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Entzugserscheinungen durch Substanz-/Drogenkonsum ausgeschlossen werden (vgl. Essau 2007, S. 35).

Remschmidt (2011) weist darauf hin, dass die Diagnose einer Depression nur auf Basis der Symptomatik nicht ausreichend ist (vgl. S. 224). Von einer depressiven Störung wird erst bei gleichzeitigem Auftreten mehrerer kognitiver, emotionaler und körperlicher Symptome, einer bestimmten Intensität und Dauer der Symptome (mindestens wenige Wochen) und bei Beeinträchtigungen und Leiden der Betroffenen aufgrund der Symptomatik gesprochen (vgl. Ihle et al. 2012, S. 3; Remschmidt 2011, S. 224). Die Identifikation einer subklinischen Depression und die Entscheidung über ihre klinische Relevanz ist allein anhand der Anzahl vorliegender Symptome nicht möglich (vgl. Karsten et al. 2013, S. 386). Die mit den Symptomen einhergehenden funktionalen Einschränkungen könnten als Bestimmungsmerkmale besonders wichtig sein (vgl. ebd.).

Unter einer subklinischen Depression wird allgemein die Diagnose depressiver Symptome verstanden, die nicht die Kriterien einer depressiven Episode (ICD-10) bzw. einer Major Depression (DSM-V) erfüllen (vgl. Bertha und Balász 2013, S. 589). Subklinische Depression stellt die Praxis vor verschiedene Schwierigkeiten. Sie erfüllt die klassifikatorisch geforderte Anzahl an Symptomen, den Schweregrad oder die Dauer für eine klinische Diagnose nicht und es fehlt eine allgemein anerkannte Diagnose (vgl. ebd., S. 590). Ausgehend von den Kriterien für eine Depressive Episode (ICD), würde subklinische Depressivität beispielsweise bereits dann vorliegen, wenn zwei von drei Kernsymptomen, aber nur eines von mindestens zwei weiteren Symptomen vorläge. Auch wenn die Symptome bereits zwei Wochen oder länger, aber kürzer als ein Jahr vorlagen, erfüllen sie bei Jugendlichen zugleich nicht das Zeitkriterium für eine Dysthyme Störung (mindestens ein Jahr). Da weder die Mindestanzahl an Symptomen noch das Zeitkriterium erfüllt wird, besteht das Risiko, dass die Symptome als nicht behandlungsbedürftig eingestuft werden.

Die im systematischen Review von Wesselhoeft et al. (2013) untersuchten Studien zu subklinischer Depression im Jugendalter weisen eine große Heterogenität bezüglich der Operationalisierung subklinischer Depression auf (vgl. S. 10). Sie reichen von einem Kernsymptom (depressive Verstimmung) bis hin zum Vorliegen der Kernsymptomatik einer Major Depression (DSM) mit nur drei, statt vier notwendigen weiteren Symptomen oder dem Vorliegen aller Kriterien ohne weitere Beeinträchtigungen (vgl. Wesselhoeft et al 2013, S. 10). Zusätzlich kommen zur Feststellung der Depressivität in den untersuchten Studien eine Vielzahl unterschiedlicher diagnostischer Instrumente wie Selbstauskunftsfragebögen, Screeninginstrumente oder standardisierte klinische Interviews zum Einsatz (vgl. ebd.).

Im Rahmen dieser Arbeit soll unter subklinischer Depression das Vorliegen mindestens eines Kernsymptoms (depressive Stimmung oder Interessen- und Freudeverlust) und mindestens eines weiteren Symptoms mit daraus resultierender psychosozialer Belastung oder Beeinträchtigung für den Betroffenen verstanden werden - auch wenn die Symptome weniger als zwei Wochen vorliegen. Das Empfinden einer Belastung oder Beeinträchtigung durch die Symptomatik ist von daher von Bedeutung, da ohne dieses subjektive Erleben der Betroffenen, im Gegensatz zu einer körperlichen Erkrankung keine Grundlage für eine Störungsdiagnose zu bestehen scheint.

3.2 Prävalenz

Nachfolgend werden Prävalenzraten subklinischer Depression dargestellt. Wo keine geschlechtergetrennte Darstellung erfolgte, werden die Prävalenzen beider Geschlechter gemeinsam aufgeführt.

Der systematische Review von Bertha und Balázs (2013) ergab Prävalenzen für eine subklinische Depression mit einer Spannbreite von 2,2% bis 9,9% für Punkt- und 12-Monats-Prävalenzen bei Jugendlichen im Alter von 11-20 Jahren (vgl. S. 597). Studien, die eine Lebenszeitprävalenz erhoben, ergaben sogar deutlich höhere Prävalenzraten von bis zu 22,9% (vgl. Bertha und Balázs 2013, S. 597.). Wesselhoeft et al. (2013) untersuchten in ihrem Review ebenfalls die Prävalenz subklinischer Depression. In fünf Studien mit einer Altersspanne von 9-17 Jahren in den Stichproben wurden Ein-Jahres-Prävalenzen von 1% bis 20,7% und in einer Studie unter den 12 bis 16jährigen Studienteilnehmern wurde eine Ein-Jahres-Prävalenz von 8,2% ermittelt (vgl. S. 14). Die Spannbreite der Prävalenzen bei Ein-Monats- und Drei-Monats-Prävalenzen auf Basis von acht der untersuchten Studien betrug 0,24% bis 14% (vgl. ebd.).

Oldehinkel, Wittchen und Schuster (1999) untersuchten mit ihrer prospektiven Studie das Vorkommen von Depressivität bei 1228 Schülern im Alter von 14-17 Jahren. Unter den männlichen Schülern (n=619) lag die 12-Monats-Prävalenz zum ersten Messzeitpunkt für subklinische Depression bei 2,5% und für Major Depression bei 2,4% (vgl. S. 660). Beim Follow-up 20 Monate später lag die 12-Monats-Prävalenz bei 1,8% bzw. 4,7% (vgl. ebd.). Da die subklinische Depression beim Follow-up geringer ausfiel, kamen die Forscher unter Einbezug der Neuerkrankungsrate zum Schluss, dass möglicherweise ein Teil der subklinisch depressiven Jungen eine Major Depression entwickelt hatte (vgl. ebd.).

Einer Übersicht internationaler Studien zu Major Depression bei Kindern und Jugendlichen aus den Jahren 1987 bis 1998 lag Essau (2007) zufolge die 6-Monatsprävalenz in den Altersgruppen von 7-18 Jahren bei 0,7 bis 9,8% (vgl. S. 51). Hoffmann et al. (2012) erhoben bei der Auswertung von Krankenversicherungsdaten von 140.563 Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren eine Prävalenz für eine Depressionsdiagnose von 3,1% für Deutschland (vgl. S. 401).

Subklinische Depression scheint bei Jugendlichen ähnlich häufig vorzukommen wie klinische Depression.

3.3 Risikofaktoren

Da die subklinische Depression einen Risikofaktor für eine spätere klinische Depression darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass beide Störungen durch die gleichen Risikofaktoren und Ursachen bedingt werden. Jugendliche gelten als besonders vulnerabel für psychische Probleme (vgl. Groen und Petermann 2011, S. 75). Die im Vergleich zum Kindesalter größeren kognitiven und reflexiven Fähigkeiten im Jugendalter und höhere Erwartungen an Verantwortungsübernahme und Autonomie konfrontieren Jugendliche mit einer Fülle an Entscheidungen. Einschneidende biologische, psychologische und soziale Umbrüche, gepaart mit den vielfältigen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters können zu Überforderung und zu psychischen und Verhaltensfehlanspassungen führen (vgl. Groen und Petermann 2011, S. 75). Die Entstehung einer Depression wird multifaktoriell betrachtet, da einzelne Risikofaktoren als ursächliche Erklärung nicht ausreichen. Es kann zwischen externalen Risikofaktoren (das soziale Umfeld und Familie betreffend) und internalen Faktoren (biologische und psychische Aspekte einer Person) unterschieden werden (vgl. Groen, Pössel und Petermann 2004, S. 458). Zu den Risikofaktoren gehören Persönlichkeitsvariablen, eine genetische Prädisposition, traumatische Erfahrungen und aktuelle psychosoziale Belastungen (vgl. Remschmidt 2011, S. 229).

Persönlichkeitsfaktoren

Mit einem Depressionsrisiko behaftete Persönlichkeitsmerkmale sind Introvertiertheit, Schüchternheit, Angstbereitschaft und Neurotizismus (vgl. Remschmidt 2011, S. 230). Ein geringes Selbstwertempfinden, negative Kompetenzeinschätzung und interpersonelle Dependenz korrelieren bei Kindern und Jugendlichen ebenfalls mit Depressivität (vgl. Rossmann 2003, S. 267). Inwiefern diese Persönlichkeitsmerkmale genetisch prädisponiert sind oder auf frühkindliche Erfahrungen zurückzuführen sind, erscheint noch nicht genau geklärt (vgl. Remschmidt 2011, S. 230).

Soziale Risikofaktoren

Psychische Erkrankungen in der Familie und deren Auswirkungen auf das Beziehungsgefüge und die Interaktion innerhalb der Familie gelten als Belastungsfaktoren (vgl. Seiffge-Krenke 1994, S. 138). Als wichtiger Prädiktor für

Depressionen gelten darüber hinaus gestörte soziale Beziehungen und mangelnde Akzeptanz unter Gleichaltrigen, durch Eltern und andere Bezugspersonen (vgl. ebd.). Gewalt, Alkoholismus, Arbeitslosigkeit, soziale Not in Familien, aber auch Trennungs- und Scheidungssituationen sind charakteristische soziale Belastungsfaktoren (vgl. Nevermann und Reicher 2001, S. 85). Diese Situationen gehen oft mit heftigen Konflikten einher, in denen Kinder Macht- und Hilflosigkeit empfinden (vgl. ebd.). Aber nicht nur in problembelasteten, sondern auch in intakten Familien können verschiedene Faktoren die Entstehung von Depressionen begünstigen. Ein ungünstiger Kommunikations- und Interaktionsstil in der Familie, mit wenig positiver Unterstützung, mangelnden Problemlösestrategien und wenig wertschätzender, zugewandter Kommunikation mit dem Kind sind ebenfalls als Risikofaktoren zu betrachten (vgl. Nevermann und Reicher 2001, S. 107).

Kognitive Risikofaktoren

Nicht bei allen Kindern äußern sich psychosoziale Belastungsfaktoren in einer depressiven Symptomatik. Die Verarbeitung von Belastungen und Herausforderungen durch Betroffene ist deshalb bedeutsam, denn dadurch wird bestimmt, wie sie damit umgehen und ihre Selbstwirksamkeit einschätzen. Kognitive Verzerrungen und negative Attribuierung sind kennzeichnend für depressive Störungen und liefern aus verhaltenstherapeutischer Sicht eine Erklärung für die Genese von Depression (vgl. Groen und Petermann 2011, S. 92). Depressives Denken ist global, eindimensional, absolutistisch, invariant, irreversibel, bewertend und kategorial (vgl. Hautzinger 2003, S. 129). Depressive Kinder haben eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. sie glauben nicht, durch ihr eigenes Verhalten gewünschte Ergebnisse erzielen zu können (vgl. Essau 2007, S. 139). Positive Lebensereignisse werden externen, außerhalb eigener Einflussmöglichkeiten stehenden Ursachen zugeschrieben, während negative Ereignisse auf eigene Entscheidungen und Handlungen zurückgeführt werden (vgl. Gander und Buchheim 2013, S. 18). Negative Selbstannahmen werden so immer wieder bestätigt und negativ verstärkt.

Risikoverhaltensweisen

Besonders riskante Verhaltensweisen, die als Prädiktoren von Depressivität gelten, sind einer Studie von Saluja et al. (2004) zufolge Tabak-, Alkohol- oder Drogenkonsum (vgl. S. 762). Ebenso mit einem erhöhten Depressionsrisiko behaftet

sind aggressive Verhaltensweisen wie aktives Mobbing von Mitschülern (vgl. Saluja et al. 2004, S. 762) oder verbale und körperliche Aggression (vgl. Yang et al. 2012, S. 244). Dadurch leiden das Ansehen und die Akzeptanz im sozialen Umfeld, was zu sozialer Isolation führen kann. Gander und Buchheim (2013) berichten von einem erhöhten Suizidrisiko bei Jugendlichen, die externalisierende Verhaltensweisen wie häufiges Streiten oder Widersprechen aufweisen, eifersüchtig sind oder ein starkes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Beachtung haben (vgl. S. 17).

3.4 Psychosoziale Folgen

Gotlib, Lewinsohn und Seeley (1995) stellten bei Schülern bezüglich ihrer Psychopathologie und der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen fest, dass sich kaum Unterschiede zwischen Jugendlichen mit einer subklinischen und einer klinischen Depression zeigten (vgl. S. 96ff.). Zu diesem Ergebnis kommen auch Bertha und Balász (2013) in ihrem systematischen Review auf Basis von 27 Studien (vgl. S. 598). Beide Studien kommen zu dem Ergebnis, dass für Jugendliche mit subklinischer Depression ein deutlich erhöhtes Risiko künftig an einer klinischen Depression zu erkranken besteht (vgl. Bertha und Balász 2013, S. 598, Gotlib, Lewinsohn und Seeley 1995., S. 99). Aus diesem Grund sollten subklinische Depressionen in gleichem Maße wie klinische Depressionen in der Beratung und Behandlung Beachtung finden. Dies gilt auch im Hinblick auf eine Verstärkung der pathologischen Internetnutzung durch eine Komorbidität (vgl. Aboujaoude 2010, S. 85). Der Review von Bertha und Balász (2013) fand bei Jugendlichen mit subklinischer Depression eine geringere Lebensqualität aufgrund von funktionalen Einschränkungen und dysfunktionalen sozio-emotionalen Verhaltensweisen vor (vgl. S. 598). Dazu gehörten unter anderem, kognitive Verzerrungen, wie negative Selbsteinschätzung der schulischen Fähigkeiten, größere Neigung zu Schamgefühlen, eingeschränkte und weniger gesundheitsförderliche Fähigkeiten und Strategien zur Emotionsregulation und ein geringeres Selbstwertgefühl (vgl. S. 598). Der Review von Wesselhoeft et al. (2013) stellte bei Jugendlichen mit subklinischer und klinischer Depression ähnlich hohe Raten von Irritabilität, depressiver Stimmung, Anhedonie, gesteigertem, Appetit, Schlafstörungen, Schuldgefühlen, Konzentrationsstörungen, Suizidgedanken und suizidalen Handlungen fest (vgl. S. 17). Im Vergleich zu nicht-depressiven Jugendlichen, wiesen subklinisch Depressive

in der SEYLE-Studie eine dreifach höhere Wahrscheinlichkeit für suizidale Gedanken auf (vgl. Balázs et al. 2013, S. 675).

In Kasten 2 sind häufige psychosoziale Belastungen und Einschränkungen depressiver Kinder und Jugendlicher aufgeführt.

Kasten 2: Psychosoziale Beeinträchtigungen und Probleme bei depressiven Kindern und Jugendlichen

- Zwischenmenschliche Probleme (wie z.B. schlechtere Beziehungen und weniger intensive Kontakte mit Gleichaltrigen, Familienmitgliedern und sonstigen Bezugspersonen, weniger Beliebtheit, soziale Ablehnung)
- Allgemein beeinträchtigte soziale Kompetenzen, sozialer Rückzug
- Reduzierte Leistungsfähigkeit, verringertes Konzentrations- und Durchhaltevermögen
- Schulische Probleme (wie z.B. schlechtere Leistungen, Überforderung, Unzufriedenheit, Fehlzeiten, Probleme mit Mitschülern und Lehrern, Schulabbrüche)
- Allgemein mehr alltägliche Probleme und belastenden Erfahrungen
- Negative Denkmuster (wie z.B. Selbstwertprobleme und Pessimismus)
- Missbrauch von Nikotin, Alkohol und Drogen
- Suizidgedanken und -versuche
- Delinquentes Verhalten
- Andere psychische Probleme
- Körperlich-gesundheitliche Probleme

Quelle: Groen und Petermann (2011) S. 38

In einer japanischen Studie mit Studienanfängern wurde festgestellt, dass diejenigen mit subklinischer Depression (n=41, m=25) im Vergleich zu den Nicht-Depressiven (n=50, m=31) signifikant seltener Verstärkung durch Anerkennung aus ihrem sozialen Umfeld erhielten (Takagaki et al. 2015, S. 474). Dies wird zurückgeführt auf eine eher passive Lebensgestaltung, gekennzeichnet durch Vermeidung unangenehmer Aufgaben und Herausforderungen (vgl. ebd.). Die Vermeidungstendenz führt langfristig zu Entwicklungsdefiziten bei den Problemlösungskompetenzen. Betroffene meiden aufgrund dieses Kompetenzmangels herausfordernde Situation, was negative Selbstannahmen verstärkt. Zwar in geringerem Ausmaß als in der depressiven Gruppe, zeigten sich dennoch auch in der subklinischen Gruppe im Vergleich zu Nicht-Depressiven signifikant häufiger Verhaltensdefizite, die negative Auswirkungen z.B. auf die Studienleistung und soziale Kontakte hatten (vgl. ebd., S. 473). Es erscheint insgesamt schwer zu unterscheiden, ob die psychosozialen Probleme und Einschränkungen infolge der

Depressivität entstanden sind oder bereits prämorbid vorlagen und durch eine Depression verstärkt worden sind (vgl. Groen et al. 2011, S. 38).

3.5 Zusammenfassung

Jugendliche sind aufgrund der in der Pubertät einsetzenden und über die gesamte Adoleszenz verlaufenden einschneidenden körperlichen und psychischen Entwicklungen und Veränderungen der sozialen Rolle, die zu krisenhaftem Erleben führen können, besonders gefährdet an einer Depression zu erkranken. Biologische, genetische, soziale und kognitive Risikofaktoren können die Entstehung einer Depression begünstigen und sind als auslösende Faktoren in ihrem Zusammenspiel zu betrachten. Eine depressive Episode im Jugendalter stellt einen Risikofaktor für das Wiederauftreten zu einem späteren Zeitpunkt und für chronische Depression dar. Lebenszeitbezogene Prävalenzangaben zu subklinischer Depressivität im Jugendalter weisen eine hohe Spannbreite auf und kommen ähnlich häufig vor wie klinische Depressionen. Zu vermuten ist, dass die hohe Prävalenzspannbreite sowohl auf die unterschiedliche Operationalisierung subklinischer Depression, die Heterogenität der eingesetzten Meßinstrumente und auch kulturelle Unterschiede bei der Wahrnehmung von Depressivität zurückgeführt werden kann. Die negativen Folgen und Einschränkungen bei subklinisch depressiven Jugendlichen werden als ähnlich gravierend wie die einer klinischen Depression beschrieben. Subklinische Depressivität hat negative Auswirkungen auf die Lebensgestaltung, die Lebensqualität und auf die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen und erhöht das Risiko für suizidale Gedanken oder Handlungen und für das Auftreten komorbider Erkrankungen, wie z.B. pathologische Internetnutzung. Außerdem führen subklinische Depressionssymptome zur Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus (soziale Beziehungen, schulische Leistungen, Leistungsfähigkeit, Motivation, Antrieb, etc.). Dennoch erscheint subklinische Depressivität im Jugendalter bisher noch nicht eingehend untersucht. Als Basis für künftige Forschungen bedarf der Begriff der subklinischen Depression einer klareren, einheitlichen Beschreibung. Um die Entstehungsbedingungen, Risiken, Folgeprobleme und Störungsverlauf besser einschätzen zu können und somit zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen, sind darüber hinaus Langzeitstudien nötig.

4 Pathologische Internetnutzung und komorbide subklinische Depression

Bereits Young und Rodgers (1998) stellten in ihrer Onlineuntersuchung bei Erwachsenen einen Zusammenhang zwischen pathologischem Internetgebrauch und Depression dar. Komorbide Störungen führen häufig zu schweren Verlaufsformen und stärkeren psychosozialen Beeinträchtigungen und können den Behandlungserfolg negativ beeinflussen (Groen und Petermann 2011, S. 41). Komorbidität bezeichnet das Auftreten mehrerer Störungen zur gleichen Zeit (Querschnittskomorbidität) (vgl. Groen und Petermann 2002, S. 43). Spezifische Untersuchungen zum Zusammenhang von pathologischem Internetgebrauch und komorbider subklinischer Depression bei männlichen Jugendlichen liegen meines Wissens nicht vor. Einige Studien untersuchten jedoch den Zusammenhang von pathologischer Internetnutzung und verschiedener Merkmale, die auch Symptome einer depressiven Störungen sein können (vgl. Kim et al. 2006; Strittmatter et al. 2015). Isoliert betrachtet lassen sie jedoch nur Vermutungen über das Vorliegen subklinischer Depression als komorbide Störung zu. Da subklinische Depressivität im Jugendalter ähnlich häufig klinische Depression vorkommt und spezifische Studien zu pathologischem Internetgebrauch und subklinischer Depressivität fehlen, finden im Folgenden auch Untersuchungen Eingang, die mit Depressivität assoziierte Symptome und klinische Depression als Komorbidität beschreiben. Geschlechtsspezifische Betrachtungen zu beiden Störungen sind vielen Studien leider nicht zu entnehmen, so dass Ergebnisse auch geschlechtsübergreifend dargestellt werden.

4.1 Prävalenz

In der Studie von Kim et al (2006) unter 15-16jährigen koreanischen Schülern (n=1573, männlich=550) wurden 2% der männlichen Jugendlichen (als internetabhängig identifiziert (vgl. S. 188). Der Zusammenhang zwischen Internetabhängigkeit und Depressivität war signifikant im Vergleich zu den nicht-abhängigen Nutzern. Für die Gesamtstichprobe ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Internetabhängigkeit und Suizidgedanken mit einem vierfach höheren Wert als in der Gruppe der Nicht-Abhängigen (vgl. ebd, S. 189).

Im Rahmen des EU-Projekts „SEYLE“ (s. Kapitel 2) beschäftigten sich Fischer et al. (2012) spezifisch mit Depressionen und suizidalen und selbstverletzenden Tendenzen bei riskanter und pathologischer Internetnutzung der deutschen Stichprobe (n=1.435, Durchschnittsalter 14,8 Jahre) (vgl. S. 19). Jungen mit riskanter und pathologischer Internetnutzung wiesen für leichte Depression mit 22,2% bzw. 12,1% und für mittelgradige Depression mit 8,6% bzw. 15,2% im Vergleich zu unauffälligen Nutzern (5,1%, 0,9% und 1,6%) eine deutlich erhöhte Prävalenz auf (vgl. Tabelle 2). Eine bessere Übersicht gibt hierzu Tabelle 2.

Tabelle 2: Prävalenz von Depression nach Schweregrad bei männlichen Jugendlichen mit unauffälliger, riskanter und pathologischer Internetnutzung

n=682	Unauffällige Internetnutzung		Riskante Internetnutzung		Pathologische Internetnutzung	
	n	%	n	%	n	%
BDI-II						
Minimal	525	92,4%	55	67,9%	24	72,7%
Leicht	29	5,1%	18	22,2%	4	12,1%
Mittelschwer	5	0,9%	7	8,6%	5	15,2%
Schwer	9	1,6%	1	1,2%	0	0,0%
Gesamt	568	100	81	100	33	

Quelle: Fischer et al. (2012), S. 22

Zwischen riskanter und pathologischer Internetnutzung und dem Vorliegen einer Depression bestand jedoch kein signifikanter Unterschied (vgl. Fischer et al. 2012, S. 22). Zudem wies die Studie für riskante und pathologische Internetnutzung im Vergleich zu unauffälliger Nutzung höhere Prävalenzen für suizidale Gedanken (12,4% bzw. 18,2% vs. 7,2%), ernsthafte Überlegungen sich das Leben zu nehmen (14,8% bzw. 15,2% vs. 5,3%) und selbstverletzendes Verhalten (12,4% bzw. 18,8% vs. 4,8%) auf (vgl. ebd., S. 23f.). Auffällig ist allerdings, dass eine minimale Ausprägung depressiver Symptomatik in der Gruppe der riskanten (67,9%) und pathologischen Nutzer (72,7%) im Vergleich zu den unauffälligen Nutzern (92,4%) deutlich häufiger vorkam (vgl. Tabelle 2). Das könnte möglicherweise ein Hinweis darauf sein, dass ein Teil der riskanten und pathologischen Internetnutzer leichtere Symptome einer Depressivität mit der Internetnutzung regulieren und diese deshalb nicht wahrnehmen, wie auch Kim et al. (2006) dies für ihre Studienergebnisse annehmen (vgl. S. 189). Die Korrelation von Suizidgedanken und selbstverletzendem Verhalten zu pathologischem Internetgebrauch ist insofern von Bedeutung, da sie mit Depressivität assoziiert sind.

Strittmatter et al. (2015) untersuchten auf Basis der Daten aus der WE-STAY-Studie (s. Kapitel 2) den Zusammenhang von pathologischer Internetnutzung und Wohlbefinden, Depressivität, selbstverletzendem Verhalten und sozialer und Verhaltensprobleme bei PIU-G und PIU-NG.⁹ Die Untersuchung bietet bezüglich der Komorbidität keine geschlechtsspezifische Betrachtung, doch deuten ihre Ergebnisse auf deutlich erhöhte Depressivität bei pathologischer Internetnutzung hin. 3,6% der Stichprobe waren PIU-G (m=73%) und 3,1% wurden als PIU-NG (m=21,2%) identifiziert. Die Werte für Depression (BDI-II Score) waren mit 11,27 für die PIU-G und 16,25 für die PIU-NG beinahe zwei- bzw. zweieinhalb mal so hoch wie in der unauffälligen Nutzergruppe (6,90) (vgl. Strittmatter et al. 2015, S. 132). Knapp doppelt so hoch fielen die Werte für Verhaltensprobleme in beiden Problemgruppen aus (vgl. ebd.). Bei den pathologischen Nutzern bestand ein deutlicher Zusammenhang zu suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsproblemen und Schwierigkeiten im sozialen Kontakt (vgl. ebd.). Die Depressionstendenz lag bei den PIU-NG signifikant höher als bei den PIU-G (vgl. Strittmatter et al. 2015, S. 132). Dies könnte auf den deutlich höheren Anteil weiblicher Nutzer in dieser Gruppe zurückzuführen sein.

Müller et al. (2012) identifizierten in einer kleinen klinischen Stichprobe (n=71) 11,3% der Jugendlichen als abhängige Internetnutzer (vgl. S. 334). Sowohl die Selbsteinschätzung der Betroffenen als auch die Fremdbeurteilung durch die Eltern ergab in der Gruppe der abhängigen im Vergleich zu den unauffälligen Internetnutzern eine deutlich höhere Symptombelastung im Bereich Depressivität/Angst (vgl. ebd.).

Kaess et al. (2014) erhoben in der Gesamtstichprobe (n=11356) der SEYLE-Studie für mittelgradige bis schwere Depressivität in der Gruppe der unproblematischen Nutzer (AIU) eine Prävalenz von 5%, in der maladaptiven Nutzergruppe (MIU) 17,1% und 33,5% unter den pathologischen Internetnutzern (PIU) (vgl. S. 1096). Der Zusammenhang zwischen pathologischem Internetgebrauch und Problemen mit Gleichaltrigen und Depressions- und Angstsymptomen war bei den Jungen im Vergleich zu Mädchen stärker (vgl. ebd., S. 1097). Deutlich höher war in den

⁹ PIU: pathologic internet use; PIU-G: pathologic internet use gamers; PIU-NG: pathologic internet use non-gamers

Gruppen MIU und PIU die Prävalenz selbstschädigenden Verhaltens mit 12,2% bzw. 22,2% verglichen mit 4,5% bei den AIU (vgl. Kaess et al. 2014, S. 1097). Suizidgedanken und Suizidversuche lagen für MIU und PIU (31,9% bzw. 42,3% und 1,1% bzw. 3,1%) verglichen mit 12,7% und 0,3% in der AIU-Gruppe ebenfalls wesentlich häufiger vor (vgl. ebd., S. 1096). Einen Zusammenhang zwischen steigendem Schweregrad der Internetabhängigkeit und steigender Anzahl depressiver Symptome und umgekehrt stellten Banjanin et al. (2015) fest (vgl. S. 309).

4.2 Zusammenhang von pathologischem Internetgebrauch und Depressivität, Wechselwirkungen

Pathologischer Internetgebrauch und Depressivität weisen ähnliche Risikofaktoren und Folgen auf. Ausgehend davon stellt sich die Frage, wie sich die Störungen gegenseitig beeinflussen. Es sind zwei Wirkrichtungen denkbar. Eine initiale Depressivität könnte die Präferenz von Internetnutzung zur Regulation negativer Symptome fördern oder Depressivität entsteht als Folge eines pathologischen Internetgebrauchs.

Die mit einer Depressivität einhergehenden Symptome können durch Internetnutzung zunächst eine Besserung erfahren. Langfristig können insbesondere dysfunktionale, verzerrte Kognitionen, wie sie bei Depressionen vorkommen, zu einem pathologischem Nutzungsverhalten (PIU)¹⁰ führen. Hierzu hat Davis (2001) ein kognitiv-behaviorales Modell entwickelt. Im Sinne eines Diathese-Stress-Modells (Vulnerabilitäts-Stress-Modell) ist eine bestehende Psychopathologie (z.B. Depression) ein notwendiger bedingender Faktor, aber nicht der Grund für die Entstehung einer pathologischen Internetnutzung (vgl. Davis 2001, S. 190). Sie ist lediglich ein prädisponierender Faktor. Das Internet und seine Anwendungen stellen in diesem Modell den Stressor (Auslöser) für eine PIU dar (vgl. ebd.). Macht ein Nutzer positive Erfahrungen mit dem Internet (z.B. einen Kommentar auf oder ein Like für einen Post), erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Nutzung. Über einen längeren Zeitraum kann es zu einer operanten Konditionierung kommen, bei der zuvor unkonditionierte Reize (z.B. Pufferanzeige beim Öffnen von Anwendungen)

¹⁰ PIU: pathological internet use

zu einem konditionierten, eine Belohnung ankündigenden, sekundären Verstärker werden (vgl. ebd.). In Verbindung mit dysfunktionalen und verzerrten Kognitionen bei Depressivität, kann so ein pathologisches Nutzungsmuster entstehen. Depressive Kognitionen lassen sich in Annahmen über die Umwelt und über die eigene Person, das Selbst, unterscheiden. Ein negativer Selbstwert und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung und der Hang zu globalen, generalisierenden Aussagen können zusätzlich neue, verzerrte und dysfunktionale Gedanken zur Folge haben. Das Selbst betreffende Kognitionen könnten beispielsweise sein: „Offline bin ich ein Versager, aber im Spiel bin ich gut.“ oder „Offline bin ich wertlos, im Internet bin ich jemand.“ Generalisierende Aussagen die Umwelt betreffend könnten sein: „Nur online habe ich Freunde, sonst versteht mich niemand.“ oder „Das Internet ist alles, was ich noch habe im Leben.“ (vgl. Davis 2001, S. 191). Die verzerrte kognitive Verarbeitung und Bewertung von Erfahrungen macht positive Erlebnisse bei der Internetnutzung Erklärung für eine fortgesetzte Internetnutzung, die in ein abhängiges Nutzungsmuster münden kann, plausibel. Dafür sprechen beispielsweise die Ergebnisse von Morahan-Martin und Schumacher (2003). Sie untersuchten in einer studentischen Stichprobe den Zusammenhang von Einsamkeit und Internetnutzungsverhalten. Einsamkeit wird mit Depressivität assoziiert. Einsame Studenten verbrachten im Vergleich zu Studenten, die sich nicht einsam fühlten, deutlich mehr Zeit online mit negativen Auswirkungen auf ihr Leben, wie z.B. Schlafmangel, Vernachlässigung von Verpflichtungen und sozialen Kontakten und Versäumnisse im Studium (vgl. Morahan-Martin und Schumacher 2003, S. 665). Ebenso nutzten sie das Internet häufiger, um negative Stimmungen oder Angstzustände zu regulieren (vgl. ebd.). Sie zogen die Onlinekommunikation persönlichen Kontakten vor, fühlten sich von den Onlinekontakten besser verstanden als von anderen Menschen, hatten das Gefühl online eher sie selbst zu sein als in der Realität, konnten online leichter Kontakte knüpfen und suchten emotionale Unterstützung (vgl. ebd., S. 665).

Eine mögliche Erklärung für die Entstehung von Depressivität im Zuge pathologischer Internetnutzung bietet das Verstärker-Verlust-Modell nach Lewinsohn (vgl. Essau 2007, S. 113). Erreicht eine Person durch ihr Verhalten in verschiedenen wichtigen Lebensbereichen keine positive Verstärkung unternimmt die Person immer weniger Versuche, um positive Verstärkung zu erreichen. Dadurch nimmt das

Erleben positiver Verstärkung noch weiter ab (vgl. Essau 2007, S. 113). Diese Entwicklung kann als Folge von drei Faktoren erklärt werden.

- Die betreffende Person verfügt nicht über ausreichende soziale Kompetenzen, um vom sozialen Umfeld positive Verstärkung zu erfahren. Zugleich fehlen ihr die Problemlösekompetenzen für den Umgang mit aversiven Situationen. Personen mit mangelnden sozialen Kompetenzen haben wenige soziale Kontakte und zeigen inflexible Verhaltensmuster über verschiedene Situationen hinweg.
- Entweder mangelt es an Situationen, die eine positive Verstärkung ermöglichen oder es gibt eine Häufung von Situationen mit aversiven Reizen.
- Die Person nimmt positive, verstärkende Reize nicht mehr in ausreichendem Maße als solche wahr oder die Reizschwelle gegenüber aversiven Reizen ist herabgesetzt. Das führt im ersten Fall zu einer Unter- und im zweiten Fall zu einer Überbewertung der Erfahrungen und des Erlebens (vgl. Essau 2007, S. 113f.).

Da sich pathologische Internetnutzer zunehmend sozial isolieren, soziale Kontakte und Verpflichtungen vernachlässigen, scheint das Ausbleiben von positiv verstärkender sozialer Interaktion eine gute Erklärungsmöglichkeit zu bieten. Auch bietet das Modell eine Erklärung für die Aufrechterhaltung der Internetnutzung, da die Nutzer zum einen immer weniger Kompetenzerfahrungen in der Realität machen, diese verstärkt nur noch online stattfinden und zum anderen die Internetabhängigkeit der Emotionsregulation dient und depressiven Stimmungen auf diese rigide Weise begegnet wird. In beiden beschriebenen Fällen ist von einer gegenseitigen Verstärkung der Symptomatik auszugehen.

4.3 Schwierigkeiten bei der Erkennung subklinischer Depression

Schwierigkeiten, die möglicherweise die Erkennung komorbider Depressivität bei pathologischen Internetnutzern beeinflussen, werden im Folgenden aufgezeigt.

Hautzinger und Bronisch (2007) berichten für Deutschland im Allgemeinen von einer geringen Behandlungsquote bei Depressionen (vgl. S. 19). Im Kontext dieser Arbeit sind interessante Faktoren das Patienten- und das Arzt- bzw. Therapeutenverhalten (vgl. ebd.). So berichten sie bezugnehmend auf eine Studie von Holzinger et al. (2003), dass Depressive konkrete Stigmatisierungserfahrungen aufgrund ihrer

Depression (z.B. Ablehnung durch andere, Darstellung in Film und Medien, etc.) machen (vgl. Hautzinger und Bronisch 2007, S. 16). Diese Erfahrungen kommen in verschiedenen sozialen Situationen (z.B. am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft, etc.) jedoch wesentlich seltener vor, als Betroffene dies erwarten (vgl. ebd.). Diese Überbewertung möglicher Stigmatisierung ist in Zusammenhang mit depressiven Kognitionen (negative Erwartungshaltung) und verzerrten Denkmustern zu verstehen (vgl. ebd.). Aus Scham verschweigen Betroffene möglicherweise ihre Symptomatik. Unerkannt bleiben Depressionen häufig auch, wenn sich Betroffene bei der Suche nach Hilfe an nicht psychiatrisch ausgebildete Fachkräfte wenden, da diese häufig die Depressivität nicht erkennen (vgl. ebd., S. 19). So werden weit weniger als 10% der depressiven Patienten von Allgemeinärzten an Psychiater überwiesen (vgl. ebd.). Umso mehr ist eine geringe Erkennungsrate bei subklinischer Depression zu vermuten, wenn sie nicht direkt im psychiatrischen Hilfesystem andocken, da beispielsweise in Suchtberatungsstellen die Fachkräfte i.d.R. Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen ohne psychiatrische Ausbildung sind.

Darüber hinaus ist eine Unterscheidung „normaler“ und „pathologischer“ Entwicklungsprozesse im Jugendalter selbst für aufmerksame Gesundheitsexperten nicht einfach und fällt folglich auch Jugendlichen schwer. Zudem besteht der Wunsch bei Jugendlichen, „normal“ wie alle anderen zu sein. „Krank“ oder „unnormal“ zu sein wirkt auf sie besonders bedrohlich, was sich in Schwierigkeiten mit der Annahme der Krankenrolle widerspiegelt (vgl. Seiffge-Krenke 1994, S. 178). Dies scheint bei stark durch Probleme belasteten Jugendlichen mit vermehrten dysfunktionalen Coping-Strategien (Defensivität, Verdrängung, Nicht-Wahrhaben-Wollen) verbunden zu sein (vgl. ebd., S. 179). Die Motivation Hilfe in Anspruch zu nehmen ist selbst bei stark belasteten depressiven Jugendlichen sehr gering (vgl. ebd., S. 181). Männliche Jugendliche vertreten eher die Meinung, sie müssten mit ihren Problemen alleine fertig werden (vgl. ebd., S. 183). So verwundert es nicht, dass es zumeist erwachsene Bezugspersonen wie Eltern oder Lehrer sind, die eine Behandlungsbedürftigkeit erkennen und Hilfe suchen (vgl. Essau 2007, S. 84).

Voraussetzung ist jedoch, dass Symptome erkannt und einer depressiven Störung zugeordnet werden. Depressive Symptome äußern sich jedoch unspezifisch. Sie treten auch bei anderen psychischen Erkrankungen in Erscheinung wie z.B. bei einer Schizophrenie (Antriebslosigkeit, Interessenverlust oder sozialer Rückzug), bei

Anpassungsstörungen (Beeinträchtigung des allgemeinen Funktionsniveaus) oder bei Störungen des Sozialverhaltens (vgl. Mehler-Wex 2008, S. 9).

Schwierigkeiten bei der Zuordnung können u.a. aufgrund externalisierender und internalisierender Störungsmerkmale bestehen. Zu den externalisierenden Störungsmerkmalen zählen

„nach außen auffällige Verhaltensweisen wie Aggression, Hyperaktivität oder Delinquenz. Im Gegensatz dazu beziehen sich internalisierende Störungen auf Zustände, die durch Beeinträchtigungen der Gefühls- und Stimmungslage gekennzeichnet sind“ (Gander und Buchheim 2013, S. 12),

wie z.B. Angst, sozialer Rückzug oder psychosomatische Beschwerden. Im schulischen Kontext bleiben internalisierende Störungen häufig unerkannt, weil die betroffenen Jugendlichen unauffällig sind und als Schüler ohne Probleme wahrgenommen werden (vgl. Gander und Buchheim 2013, S. 17). Jugendliche mit externalisierenden Verhaltensweisen hingegen fallen durch störendes Verhalten im Unterricht auf (Widersprechen, Streit, plötzliche Stimmungswechsel, Eifersucht, Gefühl der Benachteiligung, etc.). Das Verhalten wird aber typischerweise nicht mit Depression in Verbindung gebracht (vgl. ebd. S. 17ff.). Generell ist die diagnostische Einordnung von Depressionen im Jugendalter aufgrund der Überschneidung mit entwicklungstypischen Phänomenen schwierig (vgl. Seiffge-Krenke 1994, S. 42). Als eine weitere mögliche Ursache für Schwierigkeiten die komorbide subklinische Depression zu erkennen, kommen Symptomüberlappungen von pathologischem Internetgebrauch und subklinischer Depression in Betracht. Die erkennbaren Symptome einer depressiven Störung werden dann möglicherweise sowohl von Bezugspersonen als auch Mitarbeitern des Hilfesystems der offensichtlicheren pathologischen Internetnutzung zugeschrieben. Die Gegenüberstellung der Symptome beider Störungen in Tabelle 3 lässt Symptomüberlappungen erkennen. Überlappende und einander ähnliche Symptome wurden grau hinterlegt. Bei beiden Störungen treten depressive Stimmungslagen mit Traurigkeit, Ängsten und Reizbarkeit auf. Schuldgefühle, Interessenverlust und eine Vernachlässigung von Verpflichtungen und sozialen Kontakten, mit dem Risiko wichtige Beziehungen oder die schulische/berufliche Karriere zu gefährden oder zu verlieren.

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Symptome von pathologischem Internetgebrauch und Depression

Pathologischer Internetgebrauch	Ebene	Subklinische Depression
<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollverlust über Internetnutzungsverhalten • Erfolgreiche Versuche Nutzungsdauer zu reduzieren • Täuschung, Lügen über Ausmaß der Problematik 	Verhalten/ Motorik	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilität • Verminderter oder gesteigerter Appetit • Psychomotorische Unruhe • Psychomotorische Verlangsamung
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilität und depressive Stimmung, Reizbarkeit, Angst, Traurigkeit (Entzugssymptomatik) • Aggressivität, Feindseligkeit • Interessenverlust, Vernachlässigung oder Aufgabe von Hobbys und angenehmer Beschäftigungen 	Emotional	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive, niedergeschlagene, traurige Stimmung • Einsamkeit, Angst, Sorgen, Traurigkeit • Hilflosigkeit, Hoffungslosigkeit, Überforderung, Schuld • Anhedonie (Unfähigkeit Freude und Lust zu empfinden), Unzufriedenheit • Verlust von Interesse an vormals angenehmen Aktivitäten • Feindseligkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Toleranzentwicklung • Schlafstörungen • Müdigkeit • Ruhelosigkeit, Anspannung (Entzugssymptomatik) 	Physio- logisch- vegetativ	<ul style="list-style-type: none"> • Psychomotorische Unruhe • Psychomotorische Verlangsamung • innere Unruhe, Erregung, Spannung • Reizbarkeit, Irritabilität • Leichte Ermüdbarkeit • Schlafstörungen und Müdigkeit • Appetitverlust oder –steigerung mit Auswirkungen auf das Gewicht • Allgemeine vegetative Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen)
<ul style="list-style-type: none"> • Gedankliche Eingenommenheit im Bezug auf das Internet • Schuldgefühle • Geminderte Aufmerksamkeit 	Imaginativ- kognitiv	<ul style="list-style-type: none"> • Negativer Selbstwert und geringes Selbstvertrauen, Pessimismus • Selbstkritik/Selbstabwertung • Einfallsarmut • Denk- und Konzentrationsstörungen • Grübeln/Denkhemmung • Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle • Rigides Anspruchsniveau • Negative Zukunftserwartung • Suizidgedanken
<ul style="list-style-type: none"> • Internetnutzung zur Regulation und Vermeidung negativer Emotionen • Vernachlässigung von Verpflichtungen (z.B. Schule) mit Risiko einer Gefährdung oder des Verlusts einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle, Ausbildungs- oder Karrieremöglichkeit • Fortführung der exzessiven Internetnutzung trotz der Kenntnis psychosozialer Probleme 	Motivational	<ul style="list-style-type: none"> • Rückzug und Vermeidung sozialer Kontakte • Vermeidung von Verantwortung • Hilflosigkeit • Interessen- und Verstärkerverlust • Antriebs- und Lustlosigkeit • Überforderung • Entschlussunfähigkeit

Quellen: Hautzinger und Bronisch (2007), S. 2; Wesselhoef et al. (2013), S. 17; DSM-V (2013), S. 1088f; Yen et al. (2008), S. 14

Ebenfalls zeigen sich bei beiden Störungen dysfunktionale Copingstrategien in Form von Vermeidung negativer Gefühle oder Übernahme von Verantwortung, die zu

einem Verstärkerverlust im Bereich sozialer Kontakte oder Interessen und Verpflichtungen führen. Darüber hinaus treten Anspannung, Ruhelosigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Aggressivität und Feindseligkeit auf (vgl. Huang et al. 2014, S. 203). Denkbar ist, dass von außen gut beobachtbare Stimmungslagen und Verhaltensweisen wie Traurigkeit, gedrückte Stimmung, Reizbarkeit, Aggressivität, die Vernachlässigung von Verpflichtungen und sozialen Kontakten und Interessenverlust als Folge der zunehmenden Internetnutzung und als Entzugssymptomatik gedeutet werden, da sie mit der Internetnutzung leicht erklärbar erscheinen. Das Risiko, dass depressive Symptome als solche nicht erkannt werden, scheint recht hoch, vor allem für Laien, wie Eltern oder andere Bezugspersonen. Für die Behandlungsentscheidung ist die richtige Zuordnung der Symptome wichtig. Dazu müssen die Ursachen für die auftretenden Symptome geklärt werden. So kann beispielsweise der Interessenverlust bei pathologischem Internetgebrauch seine Ursache darin haben, dass der hohe Zeitaufwand für die Internetnutzung eine Einschränkung anderer Aktivitäten zur Folge hat, während sich das gleiche Symptom bei Depressionen als Folge der geminderten Fähigkeit Freude zu empfinden und somit Begeisterung und Motivation für vormals wichtige Aktivitäten aufzubringen äußern kann (vgl. Huang et al. 2014, S203).

4.4 Zusammenfassung

Pathologischer Internetgebrauch und komorbide subklinische Depressivität bei männlichen Jugendlichen scheinen insgesamt wenig gut untersucht. Vieles deutet daraufhin, dass pathologischer Internetgebrauch ähnlich häufig mit subklinischer Depressivität einhergeht wie mit klinischen Depressionen. Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, Schwierigkeiten im sozialen Kontakt, Funktionsbeeinträchtigungen und eingeschränktes Wohlbefinden gehen häufig treten bei pathologischem Internetgebrauch verstärkt auf.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Störungen gegenseitig negativ verstärken. Die genaue Wirkrichtung kann jedoch nicht in einem gemeinsamen Modell erklärt werden. Vermutlich ist das auch nicht möglich, da verschiedene auslösende Bedingungen und Wirkrichtungen denkbar sind – die Entstehung pathologischer Internetabhängigkeit aufgrund einer primären Depressivität oder die Entstehung einer sekundären Depressivität aufgrund der pathologischen

Internetnutzung. Welche Störung zuerst vorgelegen hat, kann nur im Einzelfall durch eine eingehende Anamnese festgestellt werden.

Bezüglich der Schwierigkeit subklinische Depression bei pathologischer Internetnutzung zu erkennen, kommen vielfältige Erklärungsmöglichkeiten in Betracht. Für männliche Jugendliche zeigte sich, dass depressive Störungen schambesetzter sind und die Meinung vorherrscht, diese aus eigener Kraft bewältigen zu müssen. Dadurch ist vermutlich die Motivation Hilfe in Anspruch zu nehmen gering ausgeprägt, vor allem, wenn nur einzelne Symptome einer Depression auftreten und diese somit in den Augen der Betroffenen keinen Krankheitswert haben. Das hat wahrscheinlich auch Einfluss auf das Informationsverhalten der Betroffenen. Außerdem besteht das Risiko einer Fehldeutung externalisierender depressiver Symptome, sowohl durch Angehörigen als auch von Fachkräften, die nicht über ausreichend Erfahrung mit Depressivität verfügen. Es zeigte sich außerdem eine Überlappung mehrerer depressiver Symptome mit denen pathologischer Internetnutzung. Die depressive Symptomatik kann durch das pathologische Internetnutzungsverhalten verstärkt werden. Im Verbund führen die Vermeidungstendenz bei der Inanspruchnahme von Hilfe und die pathogene Wirkweise der pathologischen Internetnutzung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu schwereren Verläufen der komorbiden Depressivität und dem Risiko einer klinischen Ausprägung. Diese ist jedoch wesentlich schwerer zu behandeln und hat negative Konsequenzen für den Behandlungserfolg der pathologischen Internetnutzung.

5 Forschungsdesign

5.1 Erkenntnisinteresse und Begründung der Methodenwahl

Die bisherige Darstellung der Forschungslage lässt die Vermutung zu, dass pathologische Internetnutzung mit komorbider subklinischer Depression bei männlichen Jugendlichen ein häufiges Phänomen, mit dem Risiko negativer Störungsverläufe und einer Chronifizierung ist. Die Betroffenen stellen somit eine für Forschung und Behandlung relevante Gruppe dar. Aus dieser Feststellung ergeben sich eine Reihe von Forschungsfragen. Von spezifischem Interesse ist für mich, welche Ursachen dazu führen können, dass die komorbide Störung nicht erkannt wird. Aufgrund dessen wurden Hypothesen zu dieser Forschungsfrage aufgestellt, die verschiedene Teilaspekte der Fragestellung fokussieren.

Forschungsfragen

1. Wird subklinische Depression bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch im Hilfesystem erkannt?
2. Welche Bedeutung wird der subklinischen Depression bei der Behandlung der betroffenen Jugendlichen beigemessen?
3. Wenn sie nicht erkannt wird, welche Bedingungen sind es, die das Erkennen oder die Diagnose einer komorbiden subklinischen Depression bei pathologischer Internetnutzung erschweren?

Hypothesen:

Störungsimmanente Einflussvariablen

- a. Eine komorbide subklinische Depression wird nicht erkannt, weil sich Symptome beider Störungen überlappen.

Betroffene Jugendliche als Einflussvariable

- b. Komorbide subklinische Depression wird nicht erkannt, weil Hilfesuchende höchstens bezüglich ihres pathologischen Internetgebrauchs ein Krankheitsbewusstsein haben. Dies hat Einfluss auf ihre Schilderungen der Symptomatik und der Störungsfolgen und führt bei der Anamneseerhebung zu einer verfälschten Problemwahrnehmung im Hilfesystem.

- c. Betroffene Jugendliche verschweigen bewusst depressive Symptome, um eine Stigmatisierung zu vermeiden.
- d. Eine komorbide Depression wird nicht erkannt, weil Jugendliche den Kontakt zum Hilfesystem nicht lang genug aufrecht erhalten und den Fachkräften somit nicht ausreichend Zeit für eine Diagnosestellung zur Verfügung steht.

Professionelles Störungsverständnis als Einflussvariable

- e. Eine komorbide subklinische Depression wird nicht erkannt, weil kein Konsens über das Störungsbild besteht und Diagnosekriterien fehlen.

Hilfesystemimmanente Einflussvariable

- f. Eine komorbide subklinische Depression wird nicht erkannt, weil abhängig vom Hilfesystem, an das sich Betroffene wenden, der Arbeitsauftrag vom Problem der Betroffenen geleitet wird und komorbide Störungen somit übersehen werden.

Soziale Wahrnehmung als Einflussvariable

- g. Männliche Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch suchen häufig nicht selbst Hilfe. Der Hilfeauftrag wird durch Eltern oder andere Erwachsene auf Basis deren Störungsverständnisses ausgelöst. Die Hilfesuchenden beeinflussen mit ihrer Störungswahrnehmung die Perspektive des Hilfesystems. Das Hilfesystem nimmt infolge die Störung selektiv wahr und übersieht bzw. erkennt die Komorbidität nicht.

Im Rahmen dieser Arbeit liegt ein besonderer Fokus auf der Prüfung dieser Hypothesen, da es wichtig erscheint mögliche Ursachen, die die Erkennung einer subklinischen Depression erschweren oder verhindern, aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten. Daraus sollen mögliche Implikationen für das Hilfesystem abgeleitet werden. Da der Rückgriff auf Fach- und Forschungsliteratur lediglich eine theoretische Auseinandersetzung mit den Fragestellungen der vorliegenden Arbeit erlaubt und keine Aussagen über die Realität in den Hilfesystemen ermöglicht, möchte ich mich dem Thema anhand von Experteninterviews nähern. Die Hypothesen sollen anhand der Interviewdaten geprüft werden und so zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen.

5.2 Methodik – Das Experteninterview

Die aktuelle Forschungslage liefert wenig greifbare Informationen zu komorbider subklinischer Depression bei pathologischem Internetgebrauch männlicher Jugendlicher. Weshalb dies so ist, wo doch insgesamt der Aspekt komorbider Störungen bei pathologischem Internetgebrauch eine recht hohe Aufmerksamkeit durch die Forschung erfährt, stellt einen wichtigen Ausgangspunkt für die Fragestellung vorliegender Arbeit dar. Ziel der Untersuchung ist es, mehr Informationen zu Problemen der Erkennung komorbider subklinischer Depression bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch im Hilfesystem zu erhalten. Der Zugang zu Wissen über ein ansonsten schwer erreichbares Klientel wird durch die theoretische Kenntnis von Experten und ihrem praktischen Erfahrungsschatz ermöglicht (vgl. Bogner und Menz 2005a, S. 7). Sie können als Träger „praktischen Insiderwissens betrachtet und stellvertretend für ein Vielzahl zu befragender Akteure interviewt werden“ (Bogner und Menz 2005a, S. 7). Da das Forschungsinteresse der Arbeit thematisch begrenzt ist, die Problemsituation in den verschiedenen Hilfesystemen beleuchtet werden und die Daten in ihrem Aussagegehalt verglichen werden sollen, um die aufgestellten Hypothesen zu prüfen und Forschungsfragen zu beantworten, erfolgt die Datenerhebung mittels systematisierender Experteninterviews.

Das *systematisierende Experteninterview* stellt den Experten mit seinem „aus der Praxis gewonnene[n], reflexiv verfügbare[n] und spontan kommunizierbare[n] Handlungs- und Erfahrungswissen in den Mittelpunkt der Befragung“ (Bogner und Menz 2005b, S. 37). Der Experte wird „als jemand [betrachtet], der über ein bestimmtes, dem Forscher nicht zugängliches Fachwissen verfügt“ (ebd.), liefert Informationen zum Sachgebiet und beleuchtet diese aus seiner Perspektive. Über „systematische und lückenlose Informationsgewinnung“ (ebd.) sollen vergleichbare Daten erhoben werden.

5.3 Definition des Expertenbegriffs

Bogner und Menz (2005b) definieren den Expertenbegriff folgendermaßen:

„Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder

Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen.“ (S. 46).

Das Fach- und Praxiswissen eines Experten wird dabei durchaus von subjektiven Werten, Glaubenssätzen und Normen beeinflusst. Der Experte ist aufgrund seines Wissens und der Fähigkeit aus seiner Position heraus zu handeln in der Lage, in der Praxis (im Handlungsfeld) Veränderungen herbeizuführen, also beispielsweise über die Behandlung eines Patienten zu entscheiden oder das öffentliche Verständnis von einer Sache zu prägen. Im Rekurs auf die Fragestellung der Forschungsarbeit, kann man davon sprechen, dass „der ExpertInnenstatus [...] in gewisser Weise vom Forscher verliehen [wird]“ (Meuser und Nagel 2005, S. 73).

5.4 Allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung

Damit die Planung, Durchführung, Auswertung und Interpretation dieser Arbeit nachvollziehbar wird, orientiert sie sich weitestgehend an den von Mayring (1993) beschriebenen allgemeinen Gütekriterien für die qualitative Forschung.

Verfahrensdokumentation – Die Vorgehensweise bei der Forschungsarbeit muss detailliert dokumentiert werden. „Dies betrifft die Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung“ (Mayring 1993, S. 110).

Argumentative Interpretationsabsicherung – Die Interpretationen der gewonnenen Forschungsdaten müssen mit Argumenten gestützt werden. Die Interpretation muss sich auf das theoretische Vorverständnis stützen, um sinnvoll und nachvollziehbar zu sein. Sie muss in sich schlüssig sein und Brüche erläutern. Alternative Deutungen können durch deren Widerlegung dazu beitragen, die Gültigkeit der Interpretationen in ihrer Bedeutsamkeit abzusichern (vgl. ebd.).

Regelgeleitetheit – Für die Datenanalyse werden Verfahrensregeln bestimmt und der Analyseprozess in einzelne Einheiten zerlegt. Diese werden dann systematisch bearbeitet. Veränderungen der den Analyseprozess steuernden Regeln sind möglich und müssen dokumentiert werden (vgl. ebd., S. 110f.).

Nähe zum Gegenstand – Leitgedanken bei jeder Art von Forschung sind die „Nähe zum Gegenstand“ und die „Gegenstandsangemessenheit“. Deshalb sollte qualitative Forschung möglichst im natürlichen Umfeld des Forschungsgegenstandes

stattfinden. Das Forschungsinteresse und der Forschungsprozess werden gegenüber den Beforschten offen gelegt, um ein gemeinsames Interesse bezüglich der Forschung zu erreichen. Der Beforschte wird gleichberechtigt am Forschungsprozess beteiligt (vgl. Mayring 1993, S. 111).

Kommunikative Validierung – Die gewonnenen Ergebnisse können während des Forschungsprozesses im Dialog mit den Beforschten auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden. Finden sich die Beforschten „in den Analyseergebnissen und Interpretationen wieder, kann das ein wichtiges Argument zur Absicherung der Ergebnisse sein“ (Mayring 1993, S. 111). In dieser Arbeit wurde auf die kommunikative Validierung verzichtet, da sie als nicht notwendig erachtet wurde.

Triangulation – Die Qualität der Forschung kann durch den Einbezug verschiedener Interpreten, Datenquellen und Methoden verbessert werden. Ziel ist es durch die Beleuchtung aus verschiedenen Perspektiven die Forschungsfrage möglichst umfangreich beantworten und im Vergleich Stärken und Schwächen der verschiedenen Zugangswege aufzeigen zu können (vgl. Mayring 1993, S. 112).

5.5 Methodisches Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Durchführung und Auswertung der Experteninterviews folgt einem Untersuchungsplan, der die Rahmenbedingungen und das methodische Vorgehen beschreibt. Nachfolgend wird die Planung, Vorbereitung und Durchführung der Interviews, sowie das Vorgehen bei der Analyse der gewonnenen Daten beschrieben.

5.5.1 Auswahl der Interviewpartner

Die Suche nach geeigneten Interviewpartnern orientiert sich maßgeblich daran, in welchen Fachgebieten die Forschungsfragen eine praktische Rolle spielen. Bei der Auswahl können folgenden Fragestellungen hilfreich sein:

- „1. Wer verfügt über die relevanten Informationen? 2. Wer ist am ehesten in der Lage, präzise Informationen zu geben? 3. Wer ist am ehesten bereit, Informationen zu geben? 4. Wer von den Informanten ist verfügbar“ (Gorden 1975, S. 196-197, zit. nach Gläser und Laudel 2010, S. 117).

Bezugnehmend auf den Forschungsgegenstand sind dementsprechend folgende inhaltliche Kriterien für die Auswahl der Interviewpartner wichtig:

- Die Interviewpartner verfügen über praktische Erfahrung, arbeiten mit der betroffenen Klientel oder haben eine sehr gute theoretische und praktische Kenntnis der Arbeit und des Arbeitsfeldes der vorgenannten Personengruppe.
- Die Interviewpartner haben theoretisches und praktisches Wissen zum Thema „pathologischer Internetgebrauch“.

Für die Erhebung relevanter Informationen kommen als Gesprächspartner Fachkräfte aus der Suchtforschung, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen/-therapeutischen Versorgung, Suchtberatungsstellen und auf Medienabhängigkeit spezialisierten Beratungsstellen in Frage. Sie arbeiten oder beschäftigen sich zum Einen intensiv mit der betroffenen Zielgruppe, sind also Teil des Handlungsfeldes des interessierenden Forschungsgegenstands. Zum Anderen haben sie aufgrund ihrer Forschungstätigkeit oder praktischen therapeutischen Arbeit fachspezifisches Wissen über die Zielgruppe. Von Bedeutung ist, dass die Experten in verschiedenen Bereichen des Hilfesystems tätig sind, mit unterschiedlichen fachlichen und institutionellen Hintergründen. Ihre Aufgabenstellungen und die Zugangswege zur Betroffenen Zielgruppe sind unterschiedlich und eröffnen unterschiedliche Perspektiven auf die interessierenden Fragestellungen.

Durch die theoretische Vorarbeit konnten Hinweise auf entsprechende Interviewpartner gewonnen werden. Die Recherche im Internet und die Referentenliste des Gesamtverbandes für Suchthilfe e.V. lieferten weitere potentielle Interviewpartner. Weitere hilfreiche Kontaktmöglichkeiten steuerte der fachliche Betreuer dieser Arbeit bei.

5.5.2 Kontaktaufnahme zu den Experten und Terminvereinbarung

Die Experten wurden auf dem Postweg und per E-Mail kontaktiert (s. Anlage A). In einem Anschreiben wurde das Forschungsinteresse der Masterarbeit vorgestellt und gegebenenfalls auf die Empfehlung des Erstprüfers verwiesen. Dem Schreiben lag eine Darstellung des Interviewablaufs mit einem kurzen Themenüberblick (s. Anhang A) bei, mit der Bitte um Rückmeldung. Erklärte sich ein Experte zum Interview bereit, wurde dieser zur Vereinbarung eines Interviewtermins telefonisch kontaktiert.

5.6 Interviewleitfaden, Transkription und Auswertung

Die Expertengespräche wurden anhand eines Leitfadeninterviews durchgeführt. Der Zweck und die Maßgaben bei der Erstellung eines Interviewleitfadens, das Vorgehen bei der Datenerfassung und Auswertung werden nachfolgend kurz beschrieben.

5.6.1 Leitfadenstruktur

Das Leitfadeninterview ist eine nichtstandardisierte Form des Interviews. Sie findet Anwendung, wenn im Gespräch mehrere, durch das Untersuchungsziel festgelegte Themen besprochen werden sollen und konkrete Informationen zu den Themen erhoben werden müssen (vgl. Gläser und Laudel 2010, S. 111). Der Leitfaden strukturiert die Fragestellungen anhand der Themengebiete. Im teilstrukturierten Leitfaden werden alle Fragen formuliert, die im Interview geklärt werden sollen, jedoch müssen die Fragen im Interview nicht in der vorgegebenen Reihenfolge oder mit dem gleichen Wortlaut gestellt werden (vgl. ebd., S. 42). Das Interview ist in seinem Verlauf offen und die forschungsleitenden Fragen werden dem Gesprächsverlauf folgend aus der Situation heraus durch den Interviewer in Interviewfragen „übersetzt“, um die Gesprächssituation möglichst natürlich zu gestalten (vgl. ebd., S. 112). Offenheit der Informationsgewinnung und der Gesprächsstrukturierung unterscheiden das Leitfadeninterview als nichtstandardisierte Interviewform von standardisierten Erhebungsverfahren.

Das Forschungsinteresse im Rahmen der Arbeit ist thematisch begrenzt und es steht nur ein begrenzter Zeitraum für das Interview zur Verfügung. Ein Leitfaden verhindert das Ausufern des Gesprächs in irrelevante Bereiche und ermöglicht dem Befragten Experten sein Wissen und seine Sicht der Dinge zum Thema zielgerichtet zu erläutern (vgl. Meuser und Nagel 2005, S. 77). Dem Forscher ermöglicht der Leitfaden eine Fokussierung auf das Verständnis der für seine Forschung relevanten Themen und erleichtert dadurch eine offene Gesprächsführung (vgl. ebd., S. 78). Die Strukturierung über einen Leitfaden dient auch der ausführlichen Auseinandersetzung des Forschenden mit der Form seiner Fragestellung im Interview. Es soll vermieden werden, dass die Forschungsfrage an den Interviewpartner weitergegeben wird. Die so erhaltenen Antworten wären bezüglich ihrer Interpretations- und Analysemöglichkeiten und der Rekonstruktion der interessierenden sozialen Prozesse eingeschränkt (vgl. Gläser und Laudel 2010, S. 113).

Neben der thematischen Strukturierung des Interviews kann der Leitfaden für die Analyse und Auswertung als erster Anhaltspunkt zur Organisation der erhobenen Gesprächsdaten dienen. Die Analyse und die Interpretation sollen durch die thematische Kategorisierung eine Vergleichbarkeit der Daten ermöglichen.

5.6.2 Datenerhebung und Transkription

Die Interviews wurden entweder am Arbeitsplatz der Experten oder telefonisch, durchgeführt. Es war jeweils ein Zeitrahmen von einer Stunde vorgesehen. Aufgezeichnet wurden die Gespräche mit einem digitalen Aufnahmegerät.

Zur Einleitung des Interviews stellte der Forscher sich kurz vor, bedankte sich das Interesse und die Unterstützung der Experten und erläuterte sein Forschungsinteresse. Wichtiger Bestandteil des Einstiegs in das Interview war die Befragung zum Arbeitsgebiet der Interviewpartner (s. Anhang B). Dies ist für das Verständnis ihres Zugangs zur und ihrer Perspektive auf die interessierende Thematik von Bedeutung. Die institutionell-organisatorische Verortung der Handlungsbedingungen verleiht den Äußerungen der Experten ihre Bedeutung und ermöglicht erst den Vergleich der Interviewtexte (vgl. Meuser und Nagel 2005, S. 81). Bei der Transkription wurden personenbezogene Daten auf Wunsch anonymisiert. Da das Expertenwissen Gegenstand der Analyse war, wurde die Transkription in Schriftdeutsch, im genauen Wortlaut unter Auslassung sprachlicher Besonderheiten durchgeführt (vgl. Mayring 1993, S. 65).

5.6.3 Datenaufbereitung und -analyse

Die Analyse der Interviewtexte erfolgte unter dem Gesichtspunkt

„im Vergleich mit den anderen ExperInnentexten das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen“ (Meuser und Nagel 2005, S. 80).

Die Interviewdaten wurden anhand folgender Analysetechniken ausgewertet:

- *Zusammenfassung* - Die erhobenen Daten werden zu einer überschaubaren Kurzversion abstrahiert und verdichtet. Der Kern der Aussagen bleibt dabei erhalten.
- *Explikation* - Um das Verständnis der Inhalte des Datenmaterials zu erweitern, werden weitere Quellen (z.B. Theorien, Studien, etc.) herangezogen.

- *Strukturierung* - Relevante oder interessierende Inhalte des erhobenen Materials werden nach vorher festgelegten Kriterien kategorisiert und analysiert (vgl. Mayring 2010, S. 65).

Zur Beantwortung der Forschungsfragen zur Prüfung der aufgestellten wurde als Methode die *strukturierende Inhaltsanalyse* gewählt. Die übergeordnete Kategorisierung der Daten wurde zunächst anhand der im Interviewleitfaden festgelegten Themen vorgenommen. Unterkategorien wurden induktiv, ohne einen Theoriebezug, aus dem Datenmaterial der Interviews abgeleitet und den übergeordneten Kategorien zugewiesen. In einem mehrstufigen Prozess wurde das Interviewmaterial auf seinen Aussagegehalt verdichtet. Die einzelnen Interviewpassagen wurden in einer Paraphrase in ihrem Sinngehalt wiedergegeben. In einem nächsten Schritt wurden die Aussagen der Paraphrasen noch einmal auf einem abstrakteren Niveau generalisiert. Bedeutungsgleiche Paraphrasen und Generalisierungen wurden gestrichen. Paraphrasen mit ähnlichem oder gleichem Gegenstand hingegen wurden in einer Paraphrase gebündelt. So entstanden allmählich einzelne Kategorien, die die Interviewinhalte zusammenfassend darstellten und den Oberkategorien zugeordnet werden konnten. Anhand dieser Unterkategorien wurde in einem weiteren Schritt geprüft, ob das übergeordnete Kategoriensystem angepasst, erweitert oder reduziert werden muss (vgl. Mayring 2010, S. 67ff.).

Entlang des so erarbeiteten Kategoriensystems erfolgt im Ergebnisteil die Darstellung und Auswertung der Interviewinhalte. Prägnante Aussagen oder Formulierungen der Interviewpartner werden zur Illustration des Themenbereichs verwendet.

6 Ergebnisse der Interviewanalyse

Insgesamt wurden zwölf Experten als potentielle Interviewpartner kontaktiert. Bei drei Experten war es nicht möglich einen geeigneten Interviewtermin zu finden. Eine Expertin hatte ihr Arbeitsgebiet gewechselt und ein weiterer Experte kam auf die Anfrage nicht zurück. Mit sieben Experten Interviewtermine vereinbart werden. Davon wurden vier telefonisch und drei im persönlichen Gespräch durchgeführt. Die folgenden Experten erklärten sich zum Interview bereit (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht der Interviewpartner und ihrer Arbeitsgebiete

Nr.	Interviewpartner	Arbeitsgebiet	Aufgaben, Angebot
A	Dr. Kay Uwe Petersen	Forschung an Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Suchtmedizin- und	Suchtforschung zur Prävalenz komorbider Störungen bei und zur Versorgungssituation von Internetabhängigen
B	Dipl.-Psychologe Guido Weyers	Suchtberatungsstelle	Beratung und Therapie bei stoffgebundenen und – ungebundenen Süchten Angebot auch für von Computer-/Internetsucht Betroffene
C	Dipl.-Sozialpädagogin Markus Wirtz	Suchtberatungsstelle	Beratung speziell bei Computer-/Internetsucht
D	Dipl.-Sozialpäd.-/arbeiter Gordon Schmid	Suchtberatungsstelle	Beratung speziell bei Computer-/Internetsucht
E	Dipl.-Sozialpäd.-/arbeiter Niels Pruin	Suchtberatungsstelle	Beratung, Therapie bei stoffgebundenen und – ungebundenen Süchten Angebot auch für von Computer-/Internetsucht Betroffene
F	Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort	Universitätsklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	Hochschullehre, ärztliche Leitung, Beratung und Therapie
G	Dipl.-Psychologe Kai Müller	Ambulanz für Spielsucht	Forschung, Diagnostik, Beratung, Angebot für Jugendliche und Erwachsene mit Computer-/Internetabhängigkeit

6.1 Betroffene

Jugendliche mit einer problematischen, exzessiven oder pathologischen Internetnutzung im Hilfesystem sind aus Erfahrung der Experten überwiegend männlich. In der Ambulanz für Beratung und Behandlung substanzungebundener Süchte sind 40% in der Altersgruppe von 12-18 Jahren (G). Mädchen treten im Hilfesystem gar nicht oder nur mit sehr geringen Fallzahlen in Erscheinung (A, C, D). Zwei Interviewpartner unterscheiden die Betroffenen in der Altersgruppe der 14- bis 18jährigen grob in zwei Nutzergruppen (D, E). Die eine spielt exzessiv und auch problematisch, ohne dass eine pathologische Nutzung vorliegt (E). Sie wird den schulischen Leistungsanforderungen noch gerecht, ist sozial integriert, geht einer

aktiven Freizeitgestaltung nach und wirkt psychisch sehr stabil (D). Es sind eher die Eltern, die Sorge haben, dass ihr Kind abhängig sein könnte (D). Zu der zweiten Gruppe zählen sie die pathologischen Nutzer (D, E). Sie weisen häufig bereits Anzeichen einer depressiven Symptomatik auf (D). Je mehr pathologische Züge das Internetnutzungsverhalten hat, desto häufiger treten aus Sicht eines Experten komorbide Störungen auf (E). Zwei Experten vertreten die Meinung, dass psychisch gesunde Jugendliche keine pathologische Internetnutzung entwickeln (E, F). Die dritte Nutzergruppe sind Jugendliche ohne exzessiven oder pathologischen Gebrauch, bei denen die Eltern dennoch Sorge haben, es könnte eine Abhängigkeit vorliegen (E).

6.1.1 Kontaktaufnahme zum Hilfesystem

Die Experten sind sich einig, dass Jugendliche selbst in der Regel keine Hilfe aufsuchen, da sie ihr Internetnutzungsverhalten nicht als problematisch erleben. Ein Experte schätzt den Anteil Jugendlicher, der selbständig nach Hilfe sucht auf 10-20% (B). Diejenigen, die selbständig Kontakt aufnehmen, sind meist bereits im frühen Erwachsenenalter, sehen selbst einen Behandlungsbedarf und haben eine Veränderungsmotivation (B, C, E).

6.1.2 Anlass der Kontaktaufnahme zum Hilfesystem

Betroffene werden von ihren Eltern in Beratung und Behandlung vermittelt oder begleitet. In seltenen Fällen suchen Jugendliche von sich aus Hilfe auf. Auslöser kann die Erkenntnis sein, dass durch das Internetnutzungsverhalten der Schulabschluss, die Berufsausbildung oder das Studium gefährdet sind (C, E, F). Oder sie merken, dass ihnen verschiedene mit dem Erwachsensein assoziierte Entwicklungsschritte wie Aufbau einer Partnerschaft, Führerscheinwerb oder eine selbstständige Lebensführung bisher nicht gelungen ist (C). Eine mögliche Depressivität als Anlass für eine Kontaktaufnahme wird nicht genannt.

6.1.3 Motivation und Anliegen

Einig sind sich die Experten darin, dass die Betroffenen meist fremdmotiviert sind und zunächst keine eigenen Anliegen an das Hilfesystem haben. Die externale Motivation kann sich in Abwehr oder sozial erwünschten Verhaltensweisen äußern. Ein Grund dafür ist die Befürchtung der Jugendlichen, dass von ihnen eine Verhaltensänderung, der Verzicht auf die Computernutzung, verlangt werden könnte.

In der Regel besteht keine Bereitschaft das Spielverhalten einzuschränken oder aufzugeben (D). Die Angst als abhängig stigmatisiert zu werden spielt ebenfalls eine Rolle (D, E).

„Ich präsentier mich so, nicht dass der [Suchtberater] nachher feststellt ich hab ne Sucht und sagt ich soll weniger spielen.“ (D26)

Durch die positive Selbstdarstellung möchten sie erreichen, dass ihr Nutzungsverhalten gegenüber den Eltern durch eine Fachkraft als unbedenklich eingestuft und die Fortsetzung somit legitimiert wird (D).

„Dass ich nachher rausgehe aus dem Gespräch und sage, ja, also das wünschen die [Jugendlichen] sich auch immer: „Du darfst weiter spielen. Und sagen Sie meinen Eltern, dass vier Stunden am Tag weiterhin in Ordnung sind!““ (D27)

Gelingt es Betroffene zu einem regelmäßigen Beratungskontakt zu motivieren, thematisieren sie eigene Anliegen und Probleme wie z.B. Selbstunzufriedenheit oder Konflikte mit den Eltern (C, E). Die Thematisierung dieser Probleme, die die Lebenswelt der Jugendlichen konkret betreffen, bietet einen intrinsisch motivierenden Zugang zur Arbeit mit den Betroffenen (C, D, E, G). Ihr Ziel ist oft eine Veränderung ihrer Lebenssituation ohne auf die Internetnutzung verzichten zu müssen (C, D, E). Ein eigenmotivierter Veränderungswunsch mit einer großen Veränderungsbereitschaft besteht vor allem bei jungen Erwachsenen (E). Die Realität weicht vom Wunschzustand immer weiter ab und sie werden sich ihrer Defizite bei der Bewältigung verschiedener Lebensaufgaben bewusst (C).

„[A]lso viele, die hier hergekommen sind, dann irgendwie auch, dadurch dass sie ihre Entwicklungsaufgaben nicht adäquat gelöst haben [...], dabei trotzdem irgendwann merken, hey, das ist ja doch irgendwie nicht alles was ich will. Jetzt will ich mal langsam selbständig werden, will mal langsam beruflich Fuß fassen, hätte mal gern eine Freundin und einen Führerschein, also das, was zum Erwachsenwerden dazu gehört, das die ein oder anderen in diesem Moment merken, hey, mir fehlt ja doch irgendwie was.“ (C35)

6.1.4 Problembewusstsein

Die Experten sind sich einig, dass bei Jugendlichen selten ein Problembewusstsein bezüglich des exzessiven oder pathologischen Internetnutzungsverhaltens und subklinischer Depressionssymptome vorliegt. Für das fehlende Problembewusstsein werden vielfältige Ursachen benannt. Die Fähigkeit, das eigene Verhalten kritisch zu hinterfragen ist bei Jugendlichen noch nicht gut entwickelt (C, D, E, G).

„Aber dass das Computerspielen damit zu tun hat und dass sie schon oft verschlafen haben und nicht zur Schule gegangen sind, das sind ja Dinge, die werden da ganz gerne verdreht [...] Das ist, finde ich, ein sehr erwachsenes Verhalten, weil man da die Parallelen herstellen kann. Und das fällt vielen Jugendlichen, das ist mein Eindruck, einfach da noch schwer.“ (C 6)

Die eigenreflexive Fähigkeit steht stark mit der jugendlichen Reifung in Zusammenhang. Jugendliche müssen erst noch Methoden im Umgang mit Problemen und negativen Gefühlen entwickeln. Auf der Suche nach Erklärungen für ihre derzeitigen Problemlagen und die negativen Folgen ihres Internetnutzungsverhaltens greifen sie zunächst auf externe Ursachen zurück (C, D, E).

„Die haben kein Problem. Die Probleme, die liegen ganz weit weg, die liegen im Umfeld. Nämlich das, was an negativen Konsequenzen heranwächst, ja, wie Leistungsabfall in der Schule, wie Stress mit den Eltern, wie das Abgrenzen vom Freundeskreis. Das erklären die meisten dann doch mit irgendwelchen anderen Faktoren. Die Eltern sind halt einfach blöd und die Lehrer mögen sie nicht.“ (C6)

Leben die Jugendlichen zu Hause und wird der Zugang zum Internet nicht durch die Eltern reguliert, erleben sie die negativen Folgen des Internetnutzungsverhaltens noch nicht so gravierend, so dass sie eher keinen Leidensdruck verspüren (C, D, E).

„Solange die daheim noch fröhlich weiter spielen können, der Internetzugang bezahlt wird, bereitgestellt wird, alles in deren Sinne erst mal noch funktioniert, also für die der Leidensdruck noch nicht so hoch ist [...]“ (D33)

Ähnlich beurteilen die Experten das Krankheitsempfinden männlicher Jugendlicher bezüglich subklinischer Depressionssymptomatik: Das eigene Internetnutzungsverhalten und mögliche subklinische Depressionssymptome werden ich-synton wahrgenommen, wodurch ihnen eine objektive Sicht auf Wesens- und Verhaltensveränderungen nicht möglich ist (D, E, F).

Jugendliche sind in einem Alter, in dem sie, auch durch das Erproben von verschiedenen Rollen, erst eine eigene Vorstellung von Normalität entwickeln (C, E). Eigene depressive Denkmuster und Verhaltensweisen erleben sie deshalb nicht als abweichend von der Norm (C, E).

„Ja, also dieses Ding, dass sie ja nicht wissen, dass es gar nicht so normal ist. Letztens kam zum Beispiel ein Jugendlicher bei mir an, ein wirklich extrem cooler „Checker“, wenn man das überlegt und ist der megacoolste Typ in einer Gesellschaft, aber wenn er mit mir

spricht, alleine mit mir spricht, dann gibt er ganz offen und ehrlich zu, er traut sich nicht an der Bushaltestelle ein Brötchen zu essen, weil es krümeln könnte und auf seinen Pullover fällt. Und das ist so uncool, wenn er dann so verkrümelnt ist und so. Also solche massiven Probleme, solche Gedankengänge haben die Jugendlichen und sobald jemand reinkommt in den Raum ist das wieder der coole Checker.“ (E43)

Die Jugendphase ist ohnehin durch viele emotionale Extreme und Selbstzweifel geprägt. Dies erschwert Jugendlichen die Einschätzung, ob es sich um ein krankheitswertiges Leiden handelt, zusätzlich (E). Familienkonflikte aufgrund der Internetnutzung tragen außerdem zu dauerhaftem emotionalem Stress bei und können die Wahrnehmung einer depressiven Symptomatik beeinträchtigen (A).

Übereinstimmend berichten die Experten, dass die emotionsregulierende Funktion der Internetnutzung dazu beiträgt, dass Betroffene Symptome der subklinischen Depression weniger wahrnehmen. Ein Problembewusstsein bezüglich ihrer depressiven Symptomatik entwickeln sie meist erst im Rahmen einer Behandlung, wenn durch den Internetentzug die Möglichkeit zur Emotionsregulation entfällt. Depressive Symptome treten dann zutage und den Jugendlichen werden die Einschränkungen, mit denen sie bisher gelebt haben, erst bewusst (C, D, E, F).

„Das ist etwas, was eher im Verlauf der Behandlung deutlich wird, manchmal ja auch erst durch den PC-Entzug deutlich wird und dann auch den Jugendlichen natürlich im Rahmen der Therapie klar wird, dass sie eben doch einsamer sind als sie sich das eingestanden haben, isolierter sind, als sie sich das eingestanden haben und auch mehr Probleme haben, als sie dachten.“ (F14)

Die Fremdwahrnehmung und damit die Außendarstellung ist für das Selbstwertempfinden von Jugendlichen besonders wichtig. Über Krankheitssymptome täuschen sie bewusst hinweg, um nicht als krank oder sonderbar zu gelten (E, G).

„Ne, also viele Jugendliche haben natürlich auch das Bestreben, dass sie nicht als krank oder im schlimmsten Fall dann abnormal gelabelt werden wollen. Sie wollen sich dann als gesund darstellen als ganz normalen Jugendlichen unter vielen.“ (G47)

Ähnlich bewertet es ein Suchtberatungsexperte. Jedoch fügt er hinzu, dass sich Jugendliche ihrer Depressivität nicht bewusst sind und in erster Linie vermeiden möchten, dass eine Abhängigkeit diagnostiziert und als Folge eine Einschränkung der Internetnutzung von ihnen gefordert wird (D).

6.1.5 Kontaktdauer zum Hilfesystem

Insgesamt schätzen die meisten Experten die Kontaktdauer zum Hilfesystem als sehr kurz ein (A, B, C, D, E). Die Fachkräfte aus den Suchtberatungsstellen nennen eine Kontaktdauer von 2 bis 3 Gesprächen. Diese seien nötig, um eine Diagnose stellen zu können (C). Beratungsabbrüche sind häufig. Meist kommt es dazu bereits vor Initiierung einer Behandlung (G).

Die möglichen Gründe hierfür sind zum Teil sehr unterschiedlich. So nennen zwei Experten die fehlende Unterstützung der Jugendlichen durch die Eltern (C, E). Werden die Eltern in den Hilfeprozess eingebunden, verbessert sich die Verweildauer verbessert sich (C, E). Gelingt eine Konfliktklärung zwischen Eltern und Kind, merken Jugendliche, dass sie von der Behandlung profitieren können und sie nehmen die Beratung zuverlässiger an, als ohne Elternunterstützung (C). Andere Experten berichten hingegen, dass trotz Begleitung durch die Eltern oft keine längere Beratungsdauer zustande kommt (B, D). Ein Experte nennt ähnliche Erfahrungen von Kollegen aus Erziehungsberatungsstellen (D). Als Erklärung gibt ein Experte an, dass Veränderungsschritte im Beratungsprozess schnell einsetzen. Betroffene haben noch keine alternativen Verhaltensstrategien entwickelt, der Umgang mit den veränderten Bedingungen überfordert sie und sie fallen in ihre alten Nutzungsgewohnheiten zurück (E).

„Und dann kommen sie oft ins Straucheln, weil sie einfach noch nicht so schnell Alternativen gefunden haben, was sie anstatt des Computerspielens sonst machen können. Und dann brechen sie oft mal ab, können dann nicht ihren Account löschen oder flippen völlig aus oder sowas [...].“ (E22)

Die Betroffenen brauchen häufig mehrere Anläufe, bis ihnen eine regelmäßige Anbindung an das Hilfesystem gelingt (E, G). Die Dauer, bis sie erneut Hilfe aufsuchen, reicht von ein bis zwei Monaten bis zu ein bis zwei Jahren (E, G). Für den klinischen Bereich beschreibt der Experte hingegen eine geringe Abbruchquote und führt das darauf zurück, dass im Vorfeld einer Behandlung mit den Jugendlichen solange gemeinsam gearbeitet wird, bis sie einen konkreten Behandlungsauftrag mit den Betroffenen gemeinsam erarbeitet haben (F).

6.1.6 Problemschilderung der Betroffenen

Jugendliche haben, wie bereits geschildert, bezüglich möglicher depressiver Symptome kein Problembewusstsein. Sie können nicht einschätzen, ob ihr

Verhalten, emotionales Empfinden und Denken problematisch und behandlungsbedürftig sind (A). Das eigene Verhalten einzuordnen und zu erklären fällt ihnen schwer (C). Deshalb schildern sie im Hilfesystem von sich aus auch keine Probleme oder Anliegen (G). Zur Erhebung etwaiger Symptome ist eine gezielte Exploration notwendig. Zwei Experten geben zu bedenken, dass Jugendliche auch dissimulieren (E, G). Ein Hindernis bei der Erkennung subklinischer Depression kann ein sozial erwünschtes Verhalten Jugendlicher, das als solches nicht erkennbar ist, sein. Dies lenkt von einer realistischen Problemeinschätzung ab (D). Das Aufsuchen einer Suchtberatung oder anderer Hilfen ist negativ konnotiert und schambesetzt (E, G). Jugendliche wollen vermeiden als krank, abhängig oder unnormal wahrgenommen zu werden (C, D, E, G). Dissimulation und angepasstes Verhalten dienen einer positiven Selbstdarstellung zur Vermeidung von Änderungserwartungen und einer negativen Beurteilung durch Dritte (D, E). Liegt ein ausreichendes Vertrauensverhältnis vor, dann bringen Betroffene weitere Probleme, die sie nicht in Zusammenhang mit der Internetnutzung erleben, ein (C, E). Das können Themen wie z.B. Beziehung, Selbstwert und Sexualität sein (E).

6.1.7 Hilfebedarf

Bezüglich des Hilfebedarfs der Betroffenen sind sich die Experten in zwei Punkten einig. Schwere Störungsverläufe der Depressivität, mit starker Isolation oder Suizidgedanken, sollten durch das medizinische Hilfesystem stationär behandelt werden. Sind die Betroffenen jedoch lediglich von einer Zunahme negativer Folgen der Internetnutzung bedroht, kann die Behandlung bei Vorhandensein einer funktionierenden Familienstruktur und eines stützenden sozialen Umfelds auch in Suchtberatungsstellen erfolgen (A).

Aus klinischer Erfahrung berichtet ein Experte, dass bei sekundärer Depression die Behandlung der pathologischen Internetnutzung ausreichend sein kann, um auch die depressive Symptomatik zu verbessern (F). Wichtige Maßnahmen sind das Wiederentdecken oder Erlernen einer alternativen Freizeitgestaltung und der Kontaktaufbau zu Gleichaltrigen (F). Weitere wichtige Maßnahmen sind die Veränderung der Selbstwahrnehmung durch positive Leistungserfahrungen in der Realität und Belohnung für gute Leistungen (E). Die Schulung der Selbstwahrnehmung benötigt aktivierende erlebnispädagogische Angebote (D).

„So Sachen dann, wo sie auch stolz auf sich sein können, [...] das reale Leben sage ich mal so ein bisschen als Spiel ansehen, wo man [...] sich selber hochleveln kann [...].“
(E16)

Weitere unterstützende Faktoren sind die Wertschätzung und Anerkennung der Jugendlichen durch ihre Eltern (E).

Liegt jedoch eine primäre Depression vor, müssen sowohl die pathologische Internetnutzung als auch die Komorbidität behandelt werden (C, F, G). Dann sind körperliche Aktivierungsmaßnahmen angezeigt, da so das Aktivitätsniveau und das Wohlbefinden gesteigert werden (F, G).

6.2 Soziales Umfeld und zuweisende Stellen

6.2.1 Kontaktaufnahme zum Hilfesystem

Durch die mediale Präsenz des Themas Internetabhängigkeit sind Eltern sensibilisiert (E). Alle Experten schildern, dass der Kontakt Jugendlicher zum Hilfesystem überwiegend durch die Eltern zustande kommt. Zwei Experten weisen darauf hin, dass meistens Mütter den Kontakt aufnehmen (B, E). Die Eltern suchen gezielt nach Hilfeangeboten und werden über das Internet, andere öffentliche Medien oder durch Dritte aufmerksam (A, B, C). Gelegentlich kommt der Kontakt über andere Familienmitglieder wie z.B. ältere Geschwister zustande (B, F). Darüber hinaus werden in einzelnen Fällen Betroffene durch Schulen oder bei Auszubildenden durch den Arbeitgeber, in Hilfen vermittelt (E, F). Aber auch das Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen, Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen, Beratungslehrer, Kinderärzte oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten stellen Kontakt zur Suchtberatung her (C, G). Die Vermittlung durch andere Hilfesysteme oder durch Personen aus dem erweiterten sozialen Umfeld der Betroffenen spielt insgesamt eine untergeordnete Rolle.

6.2.2 Anlass der Kontaktaufnahme

Eltern erleben den exzessiven PC-Gebrauch ihres Kindes, seinen sozialen Rückzug mit Verlust sozialer Kontakte, schulische Leistungseinbußen und Konflikte mit dem Kind. Darüber hinaus erleben sie affektive Veränderungen wie fehlende Begeisterungsfähigkeit oder Desinteresse (G). Die Beobachtungen lösen bei Eltern die Sorge aus, ihr Kind könnte abhängig sein. Familiäre Konflikte aufgrund des Internetnutzungsverhaltens sind bei Eltern häufig der Grund für die Suche nach Hilfe.

„Also dieser Klassiker: „Hör auf! Mach Deinen PC aus!“ und Jugendliche sich weigern. Und dieses Konfliktpotential ist es eigentlich, was Eltern dann sehr beunruhigt, zusätzlich zu dem Leistungsknick, der nicht selten auftritt, und zusätzlich zu der nicht selten ja auftretenden depressiven Verstimmung.“ (F6)

Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zum Hilfesystem haben Eltern in der Regel viele Versuche unternommen selbständig die Probleme des Kindes und die entstehenden Familienkonflikte zu lösen (C). Sie wissen oft nicht mehr wie sie ihrem Kind gegenüber angemessen handeln sollen, Grenzen setzen können und fühlen sich mit der Situation überfordert (A, B, C, E).

„[...] Eltern, bis sie zu dem Punkt, dass sie hinkommen, [haben] sich natürlich schon unglaublich viele Gedanken gemacht [...] und schon viele schwierige Situationen durchgemacht [...] und schon viel probiert [...], viel alleine versucht [...]. Also nicht hier hin kommen, ohne dass sie selber schon was ausprobiert haben.“ (C22)

Mütter leiden unter der häuslichen Situation häufig stärker als Väter, da sie oft mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen und Verhaltensveränderungen deutlicher erleben und eher als Problem empfinden (E). Väter haben selbst oft viel Umgang mit PCs und sehen im Nutzungsverhalten nicht immer eine so große Problematik, wie ein Experte berichtet (E). Viele Eltern gehen aber davon aus, dass die Mediennutzung des Sohnes bereits ein abhängiges Nutzungsverhalten darstellt (C, D). Ein weiterer Grund für die Kontaktaufnahme kann die Gefährdung der Eltern durch gewalttätige, aggressive Verhaltensweisen des Kindes sein (D). Eine mögliche Komorbidität spielt bei der Kontaktaufnahme zum Hilfesystem eher keine Rolle (D). In Einzelfällen erhalten Eltern Hinweise von Lehrern oder dem Ausbildungsbetrieb zu Auffälligkeiten, wie Leistungsabfall, geringe Aufnahmefähigkeit oder andauernde Müdigkeit, was dann ein Grund sein kann professionelle Hilfe aufzusuchen (A, E, G).

6.2.3 Motivation und Anliegen

Eltern suchen nach einer Erklärung für das veränderte Verhalten des Kindes (C). Sie haben konkrete Veränderungserwartungen und wünschen sich, dass ihr Kind weniger spielt. Von Beratungsstellen wünschen sie sich konkrete erzieherische Hinweise, die ihnen ein Einwirken auf das Verhalten des Sohnes ermöglichen sollen (B, C, D, E). Ein häufiges Anliegen der Eltern ist eine Diagnosestellung und stationäre Behandlung des Kindes (D).

6.2.4 Problembewusstsein

Eltern entwickeln anhand des beobachtbaren Verhaltens ein Bewusstsein dafür, dass die Internetnutzung ihres Kindes problematisch sein könnte. Das können Anzeichen wie eine steigende Internetnutzungsdauer, sozialer Rückzug, Rückzug aus dem gemeinsamen Familienleben, anhaltende Konflikte bezüglich der Umsetzung von Regeln und Erfüllung von Leistungsanforderung sein. Ob eine Komorbidität wahrgenommen wird, ist unter anderem von der sozialen und emotionalen Kompetenz der Eltern abhängig und selbst dann ist es für sie schwer das Verhalten des Sohnes mit Depressionen in Zusammenhang zu bringen (F).

„Was Eltern oft antreibt, ist die Frage nach dem „Warum?“ [...] Warum benimmt mein Kind sich so? Und da ist meine Erfahrung, dass Eltern dann auf Erklärungsmodelle zurückgreifen, die sinnvoll erscheinen. Da ist Sucht ja auch erst mal nicht mehr als ein Erklärungsmodell.“ (C22)

Im Gegensatz zu klinisch Depressiven, ist die Stimmung bei Betroffenen mit subklinischer Symptomatik noch modulierbar und erschwert es Eltern Auffälligkeiten zu erkennen (C). Eltern erleben depressive Symptome dadurch eher als Stimmungsschwankung denn als Anzeichen für eine eigenständige Pathologie. Das exzessive Nutzungsverhalten bietet ihnen einen nachvollziehbaren Erklärungsansatz für die beobachteten Veränderungen (A, C).

„Also ich würde vermuten, dass die erst mal mit diesen deutlichen Problemen, was man viel eher sieht, dass der ständig am Computer hockt (...) Damit kommen sie. Das ist das, was die Eltern beunruhigt. Sie können das Kind nicht mehr motivieren etwas anderes zu machen oder mit ihm etwas zusammen zu machen oder die Leistungen zu erfüllen, die Anspruch sind in Richtung Schule.“ (A21)

Da Jugendliche als Konfliktlösungsstrategie den sozialen Rückzug wählen, haben Eltern oft keinen Zugang mehr zum Kind. Das erschwert ihnen die Erkennung einer depressiven Symptomatik ebenfalls (A). Oft geben sich Eltern selbst die Schuld für das Verhalten des Kindes und auftretende Konflikte und führen die Verhaltensveränderungen und Probleme auf Versäumnisse in der Erziehung zurück oder in Scheidungsfamilien auf eine unverarbeitete Trennung der Eltern (E, G).

„Manchmal noch so ein bisschen [...] so diese Trennungsgeschichte oft, aber oft auch so ein bisschen: „Wir haben ihn vielleicht zu oft allein gelassen. Wir waren ja auch berufstätig. Wir hatten ja viel zu tun.““ (E15)

Sie machen sich Vorwürfe, dass sie selbst durch ihr Verhalten, den Kauf einer Konsole und die Ermöglichung eines unregulierten Zugangs zum Internet, die Entstehung der Internetnutzungsproblematik begünstigt haben (C, E).

6.2.5 Kontaktdauer zum Hilfesystem

Wie bei den Jugendlichen, berichtet ein Experte aus der Suchtberatung, auch bei den meisten Eltern eine kurze Kontaktdauer von ein bis drei Terminen (D). Eltern erhoffen sich eine Erklärung für die Probleme ihres Kindes. Oft kommen sie aber bereits mit einer klaren Vorstellung des Problems in die Beratung – ihr Kind ist internetabhängig - und der Erwartung, dass ihr Kind behandelt wird und sein Verhalten ändern muss (D). Wird den Eltern bewusst, dass auch sie ihr Verhalten ändern müssen, um ihr Kind bei einer Veränderung zu unterstützen, brechen sie die Behandlung ab (D). Ein möglicher Grund können Schuldgefühle der Eltern sein, durch ihr Verhalten zur aktuellen Problematik beigetragen zu haben (C, E). Dieser Zusammenhang wird von den Experten zwar nicht explizit benannt, scheint sich jedoch im Kontext der Interviewpassagen anzudeuten.

„Der nachteilige Effekt ist, dass sich dann viele natürlich in dieser Spirale dann wiederfinden, wo am Ende sie als Eltern stehen, die an allem schuld sind, was natürlich nicht so ist, aber wo man dann unweigerlich rein gerät.“ (C22)

6.2.6 Fremdanamnestic Angaben

Die Problemschilderungen der Eltern im Hilfesystem beziehen sich größtenteils auf das Internetnutzungsverhalten ihres Kindes, die sich daraus ergebenden familiären Konflikte und negativen Veränderungen und Folgen für das Kind. Einen Verdacht oder konkrete Hinweise auf Depressivität äußern Eltern sehr selten, da sie etwaige Anzeichen nicht bewusst als solche wahrnehmen und sich die beobachteten Verhaltensweisen und Affekte des Kindes mit der Internetnutzung erklären (B, C, D, E, G). Zudem berichten Eltern bei der Problemschilderung meist erst über den Zeitraum, in dem der Sohn bereits Computer gespielt hat (E). Informationen über den Zeitraum davor, der Hinweise auf eine bereits vorliegende depressive Symptomatik ergeben könnte, müssen gezielt exploriert werden (E). Eltern kommen von sich aus selten darauf zu sprechen. Ein Experte benennt die Möglichkeit, dass Eltern weitere Probleme ihres Kindes nicht benennen, da sie sie, abgesehen von der Internetnutzungsproblematik, als gesunde Kinder darstellen möchten (B).

„[D]ie meisten Eltern wollen [...] zwar einerseits auch die Probleme darstellen, aber auf der anderen Seite wollen sie ihre Kinder auch als normal und gesund darstellen.“ (B19)

Der bereits erwähnte soziale Rückzug der Jugendlichen als Vermeidungsstrategie bei familiären Konflikten, erschwert den Eltern eine Problemeinschätzung. Durch den fehlenden Kontakt bemerken sie eventuelle Anzeichen einer Depressivität nicht (A). Auch lenken die Konflikte um die Internetnutzung von depressiven Symptomen ab (A, B, D).

Bei Vermittlung durch Hilfeeinrichtungen oder anderen sozialen Bezugssystemen wie Schulen wird in Zusammenhang mit Internetnutzung selten bis nie der Verdacht auf Depressivität geäußert (E, F). Es werden höchstens Hinweise auf unspezifische Symptome wie Müdigkeit oder fehlende Aufnahmefähigkeit gegeben (E). Die Ursachen für fehlende Hinweise sieht ein Experte darin, dass Eltern kein Wissen über psychische Komorbiditäten im Zusammenhang mit problematischem Mediengebrauch haben (E).

6.3 Hilfesystem

6.3.1 Diagnostisches Vorgehen

Das Vorgehen der Experten bei der Erhebung von möglichen Anzeichen für eine Depressivität ist heterogen. Alle Experten beschreiben, dass sie komorbide Störungen bei der Anamnese grundsätzlich im Blick haben. Neben den klinischen Experten nutzen einige Experten aus der Suchtberatung diagnostische Instrumente (B, C, E). In den Suchtberatungen geschieht dies jedoch nicht regelmäßig. Diagnoseinstrumente verwenden sie erst, wenn ein ausreichendes Vertrauensverhältnis zu den betroffenen Jugendlichen vorliegt. Das dient der Vermeidung falscher Angaben (E).

„Weil, wenn ich das gleich in den ersten zwei Gesprächen mache, dann, die sind ja nicht doof die Leute, die füllen das so aus, dass es möglichst nicht so schlimm wird für sie [...].“ (E25)

Die Experten aus den Suchtberatungsstellen verweisen darauf, dass sie keine klassische Diagnostik machen (B, C, D, E). Sie äußern ein Gespür dafür zu haben, ob möglicherweise eine komorbide Störung vorliegt.

„[W]enn man so ein bisschen ein Fingerspitzengefühl auch dafür hat, kann man schon leicht Anzeichen feststellen und sagen, Mensch, da müsste ich mal mehr hinterhaken, müsste ich mal genau nach gucken.“ (E39)

In der Beratung ist aus ihrer Sicht eine Diagnose nicht so bedeutsam und für die Hilfestellung nicht notwendig (B, C, D, E). Im klinischen Bereich ist sie jedoch Voraussetzung für die Behandlung (D, F).

„[W]enn man, sage ich mal, in der Beratung ist, dann ist die Diagnostik nicht so wichtig, wie wenn man einen Behandlungsauftrag hat. Beim Behandlungsauftrag ist die Diagnose sozusagen wichtig und da ist es auch sinnvoll so etablierte diagnostische Verfahren zu verwenden.“ (B31)

Ein Kliniker stellt an sich den Anspruch eine Diagnose möglichst im ersten Gespräch zu stellen (F). Dass ihm das gelingt, führt er auf sein fachliches Wissen und seine Erfahrung zurück. Aus seiner Erfahrung benötigen seine jüngeren Kollegen und Kolleginnen dafür drei bis fünf Gespräche (F). Die Erfahrung der Experten zeigt, dass sich ein Eindruck, ob eine komorbide Depressivität vorliegen könnte, meist erst in einem längeren Kontakt ergibt. Die Experten aus dem Beratungssetting beschreiben, dass aufgrund der meist geringen Verweildauer im Hilfesystem ein Eindruck oder eine diagnostische Einschätzung nur sehr schwer gewonnen werden kann.

„[H]ier in der Beratung sehe ich die [Klienten], wenn das also eine enge Beratung schon ist, sehe ich die ein Mal in der Woche, ja. In der Regel sind es aber auch mal nur zwei Monate oder manchmal kommen Leute auch nur ein Mal im Monat. Wie soll ich das beurteilen? Ich habe überhaupt gar nicht die Möglichkeit.“ (B39)

Im klinischen Bereich, stellt ein Experte fest, wird in manchen Fällen die Richtigkeit einer Diagnose erst dadurch deutlich, wenn die daraus abgeleitete Therapiemaßnahme einen Effekt zeigt (F).

„[M]an kann ja das immer dann auch am Verlauf und an seinen Interventionen fest machen. Manchmal, je nachdem geben wir auch Medikamente und auch daran würden wir ja relativ schnell merken, sozusagen ex juvantibus¹¹, ob die Diagnosestellung richtig war oder nicht.“ (F44)

Zu einem diagnostischen Eindruck kommen die Suchtberater primär über die Gesprächsführung und den Gesprächsverlauf mit den Betroffenen. Aufgrund der

¹¹ Diagnosis ex juvantibus=Diagnose wird vom Erfolg der angewandten Therapie abgeleitet

kurzen Aufrechterhaltung des Kontakts zum Hilfesystem, ist deshalb eine genaue Anamneseerhebung und diagnostische Einordnung der Symptomatik in den ersten Gesprächen notwendig (C, F, G).

Alle Experten betrachten die fremdanamnestischen Angaben der Eltern als wichtigen Bestandteil ihrer Einschätzung. Einige Experten verweisen darauf, dass grundsätzlich geklärt wird, ob die Betroffenen bereits in therapeutischer Behandlung waren oder sind (C, D, E). Verdachtsäußerungen zuweisender Stellen erleichtern den Experten eine zielgerichtete Exploration (G). Jedoch kommt dies den Experten zufolge selten bis nie vor.

6.3.2 Die Erkennung der Depressivität in den Hilfesystemen

Der Behandlungsauftrag, mit dem sich Betroffene an das jeweilige System wenden, bestimmt den Arbeitsauftrag aus Sicht des Forschungsexperten (A). Im psychiatrischen Hilfesystem sind ihm zufolge Komorbiditäten von Anfang an im Fokus der diagnostischen Aufmerksamkeit (A).

„[D]as kommt drauf an, [...] ob jemand sozusagen auch wegen zusätzlicher Diagnostik auch in die Einrichtung kommt. Da müsste[...] die [Jugendpsychiatrie] eigentlich entsprechend aufmerksam und sensibel auf solche komorbiden Störungen sein.“ (A44)

Suchtberatungsstellen erkennen eine komorbide subklinische Depression eher nicht, vermutet der Forschungsexperte (A). Gründe sieht er darin, dass sich Suchtberatungsstellen für Diagnostik nicht zuständig fühlen, den Mitarbeitern das fachliche Wissen zur Anwendung diagnostischer Instrumente fehlt und viele Beratungseinrichtungen ohne Spezialisierung die Versorgung von Medienabhängigkeit mit abdecken (A). Ähnlich schätzt es der Kinder- und Jugendpsychiater für das Jugendhilfesystem insgesamt ein.

„Na also speziell das Jugendhilfesystem ist ja wenig... Da gibt es viele Mitarbeiter, die wenig von Psychopathologie verstehen und die das, wenn überhaupt, so ganz subjektiv einschätzen oder auch tendenziell eher mal bagatellisieren, ist unsere klinische Erfahrung, als dass sie das wirklich wahrnehmen.“ (F32)

Kritisch merkt er an, dass in anderen Hilfesystemen diagnostische Instrumente nicht angewendet werden (F).

„Ich verstehe manchmal nicht, warum sich nicht andere Hilfesysteme dieses medizinischen Diagnosesystems bedienen. Ja, also ich brauche ja nur ICD-10 zu nehmen und schon hat man das und das kann man ja auch nachlesen.“ (F63)

Die Fokussierung der Mitarbeiter in den Suchtberatungen auf die Vermittlung von Medienkompetenz und Vermittlung im Konflikt zwischen Eltern und Jugendlichen, lenkt die Aufmerksamkeit von möglichen Komorbiditäten ab, bemerken sowohl der Forscher als auch ein Suchtberater (A, B).

*„Ganz einfach auch, weil die Dynamiken, die dann in diesen Gesprächen auch stattfinden und diese Fokussierung auf die Computer- und Internetabhängigkeit oder exzessiven Medienkonsum verhindert es sozusagen schon fast, dass diese Auffälligkeiten sind.“
(B18)*

Ein Einflussfaktor bei der Erkennung einer Komorbidität kann aus Sicht eines Suchtberatungsexperten die fachliche Ausrichtung der diagnostizierenden Fachkraft sein. Die gleiche Symptomatik wird möglicherweise unterschiedlich interpretiert und erfährt entweder keine weitere Aufmerksamkeit oder wird als mögliches Anzeichen für eine Störung weiter exploriert (C).

„Wenn eine Menge von den Symptomen, die einem da auffällig werden könnten, die ich vielleicht übersehe, und meine Kollegin, die Psychotherapeutin ist, [...] wo bei ihr da die Alarmglocken angehen.“ (C8)

Die Experten aus den Suchtberatungsstellen äußern Bedenken durch eine diagnostische Festlegung der Symptome, die Betroffenen zu stigmatisieren (C, D, E). Dies geschieht unter anderem mit dem Hinweis darauf, dass die Symptomatik möglicherweise nur temporär in der Jugend vorhanden ist und nicht absehbar ist, ob es sich um eine andauernde Störung handelt (E). Entsprechend vorsichtig sind sie bei der Vergabe einer Störungsdiagnose.

„[I]ch bin ja auch ein Suchttherapeut, ich bin ja nun kein Arzt oder sowas, aber ich finde es immer schwer, demjenigen etwas zu diagnostizieren, was vielleicht nur phasenweise jetzt gerade ist, weil der in so einem Jugendalter ist, ne. Auch da muss man immer so ein bisschen aufpassen, dass man nicht Krankheitsbilder schafft, die eventuell nur kurzzeitig da sind und ihn dann vielleicht ewig begleiten, ne.“ (E48)

Ein Experte äußert zudem, dass durch die Vergabe einer Diagnose der Fokus auf Störungsursachen gelegt wird (C). Diese Defizitorientierung steht aus Perspektive der meisten Beratungsexperten einer Auseinandersetzung mit den Ressourcen der Betroffenen, die in die Erarbeitung einer Lösungsstrategie integriert werden sollen, entgegen (C, D, E).

„[W]enn der Junge berichtet, dass er häufig traurig ist oder dass er in der Schule nicht so gut klar kommt und so was. Das sind ja alles Dinge, die man auch mit dem Phänomen subklinische Depression in Verbindung bringen könnte, für mich in dem Zusammenhang da aber gar nicht so relevant, ja, weil man sich mit der Frage nach dem „Warum“ zu sehr in Defiziten verhaselt tendenziell, ja und es mir eher um die Ressourcen geht und um die Frage, wie soll es denn in Zukunft weitergehen.“ (C9)

Da sie selbst keine psychischen Erkrankungen behandeln, distanzieren sie sich von der, aus ihrer Sicht, medizinischen Aufgabe einer Diagnosestellung.

„Ich selber, ich behandle keine Depressionen. Kann ich nicht, mach ich nicht.“ (C10)

Ihren Aussagen ist zu entnehmen, dass sie bewusst keine Diagnostik machen, da sie hier die Grenze ihrer Professionalität sehen (C, D).

„[W]eil wir ja in dem Sinne keine Psychotherapeuten oder Psychiater [...] sind, um klare Diagnostik auch stellen zu können, was wir auch bewusst nicht machen. Also wir machen mit denen keine Diagnosebögen, ja, was es beispielsweise für Depressionen gibt, sondern [explorieren] das eher im Gespräch und vermitteln dann einfach auch weiter.“ (D34)

Bei Verdacht auf eine depressive Störung, vermitteln sie zur Abklärung an Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten weiter.

Für die Einschätzung einer Behandlungsbedürftigkeit ist sowohl für die Experten in der Suchtberatung als auch im klinischen Hilfesystem eher von Bedeutung, inwiefern die Betroffenen unter ihrer Störung leiden, die Lebensqualität und die Teilhabe am Leben eingeschränkt sind.

„[W]ir sind immer komplett daran orientiert entweder, dass die Jugendlichen nicht mehr die normale Teilhabe am Leben haben, zum Beispiel nicht mehr zur Schule gehen können. Schulunfähigkeit ist ja sowas wie Arbeitsunfähigkeit. Das kann man ja gleichsetzen. Oder wenn die Konflikte in den Familien so hoch sind, dass das Familienleben gefährdet ist.“ (F26)

Die Erfahrung, dass Diagnosen nur vorsichtig vergeben werden, benennt ein Experte auch für den kinder- und jugendtherapeutischen Bereich (G). Folge dieser Vorsicht kann sein, dass Symptome nicht richtig eingeordnet werden, folglich die therapeutische Intervention falsch ansetzt und erfolglos bleibt.

„[I]m kinder- und jugendtherapeutischen Bereich ist es ja wirklich dann ganz häufig so, dass man auch zu Recht sicherlich ganz vorsichtig ist mit Diagnosestellungen. Das hat

natürlich aber auch ein bisschen den Nachteil, wenn man sich so vor Diagnosestellungen zurückscheut, dass man natürlich sehr undifferenziert zum Teil an die Sache rangeht. Und das macht ja einen Unterschied jetzt, ob man einen Jugendlichen behandelt, der eine Depression mitbringt oder eine Angststörung mitbringt. Na klar ist ohne Frage, dass beide Jugendliche ein Problem haben, aber die Angststörung wird nicht durch klassische Therapietechniken, die auf Depression ausgerichtet sind, profitieren und umgekehrt auch nicht, ne.“ (G40)

Welche Symptome und Ausprägungen sie als einen möglichen Hinweis auf Depressivität wahrnehmen, ist bei den Experten unterschiedlich. Treten Symptome wie Müdigkeit oder Traurigkeit gehäuft auf, sind dies denkbare Anzeichen für einen Suchtberater (C). Für einen anderen Experten sind es hingegen Äußerungen von Suizidgedanken, Lebensmüdigkeit, Perspektivlosigkeit oder aggressive Verhaltensweisen gegenüber den Eltern, wie z.B. Bedrohung mit einem Messer (D). Für den klinischen Experten sind beachtenswerte Anzeichen für eine subklinische Depression jegliche abgeschwächte Formen depressiver Symptome wie Anhedonie, Freudlosigkeit, Schlafstörungen oder Stimmungsschwankungen im Tagesverlauf (F). Eine Schwierigkeit bei der Zuordnung der Symptome besteht allerdings darin, dass keine Diagnose für subklinische Depression besteht (B, C).

„Eine Komorbidität zu erkennen ist gar nicht schwierig, wenn es zwei klare Diagnosen gibt. Die gibt es ja weder für Internetsucht noch für subklinische Depression, so wie ich das verstanden habe, weil, das ist ja dann noch kein Krankheitsbild, das ist ja subklinisch.“ (C9)

Ein Experte macht seine Schwierigkeiten mit dem Begriff noch deutlicher. Für ihn stellt subklinische Depression kein greifbares Konzept dar (B).

„Dazu müsste ich erst mal wissen, was zum Beispiel sind Merkmale einer subklinischen Störung. Also ist das jetzt jemand, der hier irgendwie herkommt und weint oder ist es jemand, der die ganze Zeit nichts sagt oder so. Also das ist für mich, auch dieser Begriff wie gesagt, subklinische Depression, ... Wenn Sie sagen, das ist eigentlich keine richtige Depression, das ist mir zu schwammig.“ (B37)

6.3.3 Hilfelandschaft und Versorgung

Die aktuelle Hilfelandschaft und Versorgung Minderjähriger mit einer Internetnutzungsproblematik wird von den Experten unterschiedlich bewertet.

Einige Experten weisen auf eine Lücke in der stationären Versorgung internetabhängiger Jugendlicher hin. Bisher gibt es für diese Zielgruppe deutschlandweit ein einziges spezialisiertes Angebot (B, C). In Verbindung mit psychiatrischen Störungen wird dadurch ein Ausweichen auf andere Hilfesysteme wie die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie nötig, was aus der Erfahrung eines Suchtberaters mit langen Wartezeiten bei der Aufnahme verbunden ist (B). Im Bereich der Beratung gibt es ebenfalls wenig spezialisierte Einrichtungen (B, E). Der Forschungsexperte verweist darauf, dass Medienabhängigkeit ein modernes, präsenes Thema ist und seiner Ansicht nach viele Suchtberatungsstellen ohne Spezialisierung die Beratung bei Internetnutzungsproblemen mit abdecken (A).

Zwei Experten schätzen die Versorgungslage für Jugendliche hingegen positiv ein. Es gibt ihrer Ansicht nach eine gut ausgestaltete Helfelandschaft (F, G). Das Problem sieht der Kinder- und Jugendpsychiatrieexperte eher in der mangelnden Vernetzung zwischen den verschiedenen Hilfesystemen (F). Es bestehen keine klaren Regelungen und Vernetzungsstrukturen beim Übergang zwischen den Hilfesystemen (F). Die Herstellung der Vernetzung und Klärung von Zuständigkeiten geschieht eigeninitiativ. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen verfügen selten über eine Suchtabteilung, wodurch die Versorgung dem Suchthilfesystem überlassen bleibt (F). Das sei auch ein Grund dafür, dass komorbide subklinische Depressivität in Zusammenhang mit Abhängigkeit schlecht untersucht ist (F). Die Qualifikation der Fachkräfte komorbide Störungen im Sucht- und Jugendhilfesystem zu erkennen, wird von zwei Experten angezweifelt (A, F).

Die Möglichkeiten einer Diagnostik im Rahmen der Suchtberatung werden von den strukturell und konzeptionell verankerten Rahmenbedingungen bestimmt (B).

„Es kommt darauf an, wie die Suchtberatungsstelle aufgestellt ist, sozusagen. Wie sehr sie eben halt Diagnostik in ihr Beratungskonzept einbaut [...].“ (B31)

Beratungsstellen sind jedoch sowohl von der personellen als auch strukturellen Ausstattung häufig selbst nicht darauf ausgerichtet therapeutische Angebote machen zu können (B, C, D). Das Hilfeangebot beschränkt sich somit üblicherweise auf die Beratung der Betroffenen.

„Das hängt auch ein bisschen mit der Kapazität und dem Angebot zusammen. Die Jugendlichen sind in der Regel von zwei bis maximal vier Terminen bei uns, weil bei

Jugendlichen, da bräuchte es eher einfach erlebnispädagogische Maßnahmen, mit denen raus zu gehen, etwas machen, dass die sich wieder spüren.“ (D24)

Im stationären Setting kann eine subklinische Depressivität, aufgrund der Möglichkeit, den Störungsverlauf über einen längeren Zeitraum zu beobachten, besser erkannt werden (B).

6.3.4 Behandlungserfolg

Aus Sicht der Experten wird der Behandlungserfolg bei pathologischem Internetgebrauch durch die komorbide Depressivität negativ beeinflusst. Besonders bei primären Depressionen ist dies der Fall (F).

„[D]ie primäre [Depression] ist etwas schwerer zu behandeln, weil sie sozusagen schon häufig chronifiziert ist und weil die PC-Abhängigkeit nicht selten ein Selbstbehandlungsversuch war, dagegen anzugehen.“ (F16)

Wichtige Voraussetzung für einen Behandlungserfolg ist ein Mindestmaß an Behandlungsmotivation und Problembewusstsein (A, F, G). Ein anderer Einflussfaktor ist die Selbstwirksamkeitserwartung der Betroffenen (G). Ist das soziale Umfeld einigermaßen stabil und sind die Eltern bereit in die Behandlung mit einbezogen zu werden, erhöhen sich die Erfolgsaussichten (F). Die soziale Wiedereingliederung der Jugendlichen und die Entwicklung einer Perspektive sind von besonderer Bedeutung (F, G). Dazu gehört die Fortsetzung des Schulbesuchs, auch bei einer stationären Behandlung (F).

„Also wir haben ja eigene Sozialpädagogen im Haus sowieso, und wir haben eine eigene Klinikschule, die auch den Kontakt zur abgebenden Schule herstellt und die auch den Auftrag hat, wieder den Übergang in die alte Schule herzustellen.“ (F22)

6.3.5 Herausforderungen/Anforderungen für das Hilfesystem

Eine wichtige Herausforderung für das Hilfesystem sehen die meisten Experten darin die Hilfe- und soziale Bezugssysteme für pathologischen Internetgebrauch und komorbide Störungen bei Jugendlichen zu sensibilisieren. Von Bedeutung ist die Sensibilisierung von Therapeuten und Mitarbeitern in Erziehungs- und Suchtberatungsstellen zum Thema Internetnutzung (D). Suchtberatungsstellen müssen darüber hinaus für das Auftreten komorbider Störungen sensibilisiert werden (A). Eine wichtige Aufgabe besteht darin Lehrer in der Regelschulversorgung zu psychischen Erkrankungen und Krankheitsverläufen im Jugendalter zu schulen (F,

G). Allgemein müsse die Gesellschaft durch Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Prävention auf das Thema Internetabhängigkeit aufmerksam gemacht und Angehörigen und Betroffenen Medienkompetenz vermittelt werden (B).

Strukturell ist durch den Mangel spezialisierter Einrichtungen, die auch komorbide Störungen erkennen, die Unterstützung durch Suchtberatungsstellen zur Abdeckung des Hilfebedarfs notwendig (A). Das erfordert eine gute Zusammenarbeit der Hilfesysteme. Die Suchtberater hoffen auf die Aufnahme einer Störungsdiagnose für pathologischen Internetgebrauch in das kommende ICD-11 (B, C, D). Dadurch werde die Behandlungsbedürftigkeit des Störungsbildes argumentativ gestützt und die Entstehung neuer Behandlungsangebote ermöglicht.

„[W]ir alle [...], die in dem Bereich tätig sind [hoffen], dass es [2017] im ICD 11 auch tatsächlich eine festgelegte Diagnose gibt für die Computer- und Internetabhängigkeit und dass es dann [...], ähnlich wie das beim Glücksspiel war, wie das früher bei Alkohol- und Drogen war, auch den Aufbau eines, ja, eines Suchthilfesystems speziell für diesen Bereich gibt [...].“ (B23)

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit pathologischer Internetnutzer sieht der Forschungsexperte den Bedarf Onlineberatungs- und Behandlungsangebote zu entwickeln (A). Dadurch könne möglicherweise die Hemmschwelle Hilfekontakt aufzunehmen gesenkt werden. Erste Behandlungsschritte könnten online erfolgen und eine Vermittlung in weitere Hilfen bei Bedarf erfolgen (A). Zwei Experten verweisen zudem auf die Notwendigkeit, die Erreichbarkeit und Versorgung weiblicher Internetnutzer zu verbessern (A, C). Eine große Herausforderung sehen sie im schnellen Wandel des Phänomens Internetgebrauch. Ein wichtiges Symptom bei der Erkennung von pathologischem Internetgebrauch, die soziale Isolation, könnte möglicherweise in Zukunft schwerer erkennbar sein, da das Internet vermehrt über mobile Geräte genutzt wird (C).

An das bestehende Hilfesystem stellen die Experten verschiedene Anforderungen. Für sie spielt bei der Qualifikation der Fachkräfte der Erwerb eines fundierten Störungswissens eine zentrale Rolle. Ein wichtiger Aspekt ist das Wissen um das häufige Auftreten subklinischer Depressivität bei pathologischem Internetgebrauch (E, F, G). Die Wechselwirkung zwischen Depressivität und Internetgebrauch sieht ein Experte hier besonders im Fokus (G). Die richtige Einordnung und Bewertung von Störungssymptomen erfordere darüber hinaus von Fachkräften klinisches Wissen (A,

F, G). Damit die Fachkräfte in den Hilfesystemen, explizit auch in der Suchthilfe, diese Qualifikation erhalten, empfiehlt der klinische Experte die Integration eines praktischen klinischen Jahres im Rahmen ihrer Ausbildung (F). Der Erwerb von Grundkenntnissen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Fähigkeit einen psychopathologischen Befund zu erstellen, reichen seiner Meinung nach aus (F). Für die Beratungsstellen seien kompetente Ansprechpartner, die sowohl Kenntnisse in der Sucht- als auch in der Erziehungsberatung haben, wichtig (C).

Für eine effektive Zusammenarbeit der Hilfesysteme ist eine gute Vernetzung wichtig. Das setzt eine klare Definition von Aufgaben und Zuständigkeiten der Hilfesysteme voraus (A). Zwei Experten aus der Suchtberatung benennen folgerichtig die Erkennung eigener Grenzen bei der Hilfestellung als wichtige fachliche Kompetenz (D, E).

6.3.6 Forschung

Insgesamt ist das Wissen über pathologische Internetnutzer noch relativ gering (A, D). Die Experten beziehen sich in ihren Aussagen zu, aus ihrer Sicht, notwendigen Forschungsschritten, hauptsächlich auf die Erforschung der Internetabhängigkeit. So sollte die Wissenschaft sich künftig neben dem Onlinespiel auf die Erforschung weiterer Internetanwendungen und ihres Einflusses bei der Entstehung pathologischer Nutzungsverhaltensweisen durch die Nutzer konzentrieren (A, D). Die Population der weiblichen Internetnutzer sollte künftig besser untersucht werden, da aktuelle Forschungsergebnisse auf eine Gleichverteilung von problematischer Mediennutzung bei beiden Geschlechtern hinweisen (A). Aus Sicht des Forschers wäre die Untersuchung mobiler Nutzungsgewohnheiten von Frauen und welche Hilfeangebote Frauen benötigen wichtig, um ihre Erreichbarkeit durch das Hilfesystem zu verbessern.

Die Untersuchung psychischer Komorbiditäten ist zwei Experten ein Anliegen (B, E). Von besonderem Interesse sei dabei der Zusammenhang zwischen Internetabhängigkeit, Depressivität und Angststörungen (B). Allgemein ist von Interesse, welche komorbiden Begleiterscheinungen mit pathologischem Internetgebrauch einhergehen und ob sie nur phasenweise vorhanden sind oder persistieren (E). Wichtig sind einem Experten Langzeitstudien mit großen Populationen zur Untersuchung der Funktionalität verschiedener Internetanwendungen und wie sich möglicherweise Vorlieben von Nutzern über die Zeit

verändern (E). Um eine bessere Unterscheidung zwischen problematischem, jedoch lediglich episodischem dysfunktionalem Internetgebrauch und abhängiger Nutzung zu ermöglichen, sei eine weitere Untersuchung von Risiko- und Verlaufsfaktoren notwendig (G). So könne frühzeitiger auf eine sich abzeichnende Abhängigkeit reagiert und interveniert werden. Strukturell ist für den Kliniker die Transitionsforschung, also die Frage danach wie die Übergänge zwischen verschiedenen Hilfesystemen geregelt und organisiert werden, mit besonderem Augenmerk auf den Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter, von Bedeutung (F).

6.4 Pathologie

6.4.1 Komorbide Störungen und Prävalenz subklinischer Depressivität

Störungen aus dem depressiven Spektrum treten den meisten Experten zufolge als eine der häufigsten Komorbiditäten bei pathologischem Internetgebrauch auf.

„Na, also ich würde sagen [subklinische Depression ist] auf jeden Fall unter den Top Five [der Komorbiditäten]. Also an welcher Stelle nun ganz genau, wüsste ich nicht [...]. Auf jeden Fall sehr weit oben.“ (A 14)

Eine konkrete Aussage über die Prävalenz subklinischer Depression ist schwierig, weil bei der Diagnostik nur klinisch relevante Diagnosen erfasst und dokumentiert werden (A). Eine genauere Einschätzung zur Prävalenz in ihren Einrichtungen geben zwei Experten. Für die Ambulanz schätzt der Experte den Anteil subklinischer Depressionen an den komorbiden Erkrankungen bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch auf ca. 40% (G). Der Experte der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt bei seiner Einschätzung auf 80% in der Klinik (F). Die Experten aus den Suchtberatungsstellen und der Forschung machen keine genaueren Angaben. Weiter treten komorbid häufig Angststörungen und soziale Phobien auf (B, D, E). Auch ADHS tritt als Komorbidität auf (C, D). Aus Sicht eines Suchtberaters spielt ADHS bezüglich der Häufigkeit eine untergeordnete Rolle (D). Ein Experte schätzt, dass bei fast allen Klienten mit pathologischer Internetnutzung eine Komorbidität vorliegt (E).

In seiner Suchtberatungsstelle hat es ein Experte am häufigsten mit Angststörungen zu tun (B). Ihm sind subklinische Depressionen bei Jugendlichen bisher nicht begegnet oder aufgefallen. Komorbide Depressionen treten seiner Erfahrung nach eher bei jungen Erwachsenen auf. Bei Jugendlichen komme komorbid eher

Ängstlichkeit vor. Für ihn ist fraglich, ob die Störungskombination pathologischer Internetgebrauch und subklinische Depression bei Jugendlichen im Suchtberatungskontext überhaupt in Erscheinung tritt, da die Betroffenen eine sehr kleine Untergruppe darstellen könnten (B).

„Sie fragen im Grunde genommen nach einem Klientel, das internet-, das computerspielabhängig ist, das jugendlich ist und das dann noch eine Depression hat, die auch nicht offensichtlich depressiv ist, sondern dann auch noch subklinisch ist. Also dadurch wird das alles so klein, ja, also ist wirklich die Frage, ob die hier überhaupt auftauchen oder ob das nicht so eine geringe Untergruppe ist [...].“ (B15)

6.4.2 Symptomatik und Indikatoren für subklinische Depressivität

Anzeichen für Depressivität können zum Teil den elterlichen Schilderungen zum Verhalten des Betroffenen in der Kindheit entnommen werden. Jedoch seien Auskünfte hierüber sehr selten. Die elterlichen Schilderungen beziehen sich meist auf internetnutzungsbezogene Verhaltensbeobachtungen. Indikatoren für eine Depressivität können der Rückzug aus sozialen Kontakten, eine damit einhergehende Isolation oder die Vernachlässigung einstmals wichtiger Aktivitäten sein (C, D, E, F, G).

Symptome, die einen Verdacht auf Depressivität begründen können, sind vielfältig und betreffen verschiedene Ebenen. Auf der Verhaltensebene schildern Betroffene Anzeichen wie eine zunehmende Mediennutzung, Kommunikation fast ausschließlich über das Internet, sozialer Rückzug, Einschlaf- und Durchschlafstörungen oder Früherwachen. Affektive, emotionale und motivationale Symptome können Aggressivität, Traurigkeit, fehlende Kompetenzen im Umgang mit unangenehmen Emotionen, Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, der Verlust von Lebensfreude und Müdigkeit sein.

Begünstigende Faktoren für eine Depressivität können darüber hinaus Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Schüchternheit oder ein geringes Selbstwertempfinden sein (F). Ein Experte verweist darauf, dass bei pathologischen Internetnutzern das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus deutlich höher ausgeprägt ist, als bei unproblematischen und exzessiven Nutzern (G). Dieses Merkmal wird allerdings auch mit Depressivität in Verbindung gebracht (G). Die Gefahr besteht, dass Fachkräfte ohne entsprechendes Fachwissen zeitstabile

Persönlichkeitsmerkmale mit temporären Symptomen verwechseln und eine falsche Diagnose stellen (F).

„Also häufig werden ja ruhige, schüchterne Kinder mit depressiven verwechselt oder auch umgekehrt [...].“ (F39)

Die Schwierigkeit bei der Diagnostik besteht den meisten Experten zufolge darin, dass viele Symptome nicht trennscharf sind, sich also nicht nur einer einzigen Störung zuordnen lassen. So können beispielsweise aggressive Verhaltensweisen sowohl Anzeichen einer Depressivität aber auch einer Entzugssymptomatik darstellen (C).

„[...] wenn der Betroffene sage ich mal einen Interessenverlust mitbringt oder ein eingeschränktes Aktivitätsniveau, weil das ja eben auch ganz typische Bestimmungsgrößen für eine Internet- und Computerspielsucht darstellt.“ (G11)

Darüber hinaus kann die Symptomatik Ähnlichkeiten mit Auffälligkeiten in der jugendlichen Entwicklung aufweisen (E).

„So ein 16jähriger, der hat oft so Entwicklungsgeschichten, Liebeskummer [...]. Viele Jugendliche sind da so eine Zeit lang mal down, weil sie sich ja finden müssen, ne. Dem dann gleich eine Depression zu diagnostizieren, ich finde da muss man so ein bisschen aufpassen auch.“ (E49)

Auf Symptomebene zeigen sich vielfältige Schwierigkeiten für die Erkennung subklinischer Depression. Dazu gehören Symptomüberlappungen zwischen Depressivität und pathologischem Gebrauch, Ähnlichkeiten mit temporären entwicklungsbedingten Auffälligkeiten im Jugendalter und mit Persönlichkeitsmerkmalen.

6.4.3 Störungsverlauf

Den Schilderungen der Experten sind zwei denkbare Wirkrichtungen bei der Entstehung eines pathologischen Internetnutzungsverhaltens zu entnehmen. Die Internetnutzung kann als ein Bewältigungsversuch der Jungen verstanden werden, mit jugendtypischen Entwicklungsaufgaben und Problemen in der Pubertät oder mit einer primären Depressivität, subklinisch oder bereits klinisch ausgeprägt, umzugehen.

„[D]ie [Jugendlichen sind] in der Phase [...], wo sie mit einem Computerspiel, [...] subjektiv alles, was in dem Alter so ansteht und auch an allem, was in der Pubertät so

schief laufen kann, ganz wunderbar zu lösen und auszublenden oder ich sag mal in der Art der Selbstmedikation einfach mal davon Abstand nehmen zu können und dazu noch so die Entwicklungsaufgaben, die anstehen, zumindest subjektiv ganz gut lösen zu können.“ (C6)

Ein Experte beschreibt, dass das ohnehin negativ besetzte Selbstbild durch die Entwicklung eines positiv besetzten virtuellen „Ich“ in Form eines Onlineprofils oder einer Spielfigur, weiter abgewertet wird (E). Die depressive kognitive und emotionale Selbstbewertung werden dadurch negativ verstärkt (E). Die Experten sehen die Hauptfunktion der Internetnutzung in der Bewältigung negativer Emotionen und Kognitionen. Den Betroffenen gelingt dadurch die Regulation der Depressionssymptomatik, wodurch sie zunächst ihre Stimmung positiv beeinflussen können. Das hat zur Folge, dass die depressive Symptomatik nicht oder nicht so ausgeprägt in Erscheinung tritt, den Jugendlichen selbst unbewusst bleibt und deshalb auch von außen möglicherweise nicht erkannt wird.

Ein zweiter Erklärungsansatz beschreibt die Entstehung einer Depressivität aufgrund der negativen sozio-emotionalen Folgen einer Internetnutzung, die sich über einen längeren Zeitraum zur Internetabhängigkeit verfestigt hat. Das Internet wird zunächst aus Spaß und als Zeitvertreib genutzt (F). Die Angebote im Internet sprechen vielfältige Bedürfnisse männlicher Jugendlicher an. So werden Bedürfnisse nach Sicherheit, Struktur, Abenteuer, Gemeinschaft und Stärke befriedigt (C). Die Nutzer haben schnelle Erfolgserlebnisse, die ihnen im realen Leben nicht zugänglich sind (D). Entwicklungsaufgaben wie Identitätsfindung und die Ablösung von den Eltern kann durch das Ausprobieren virtueller Selbstdarstellung und Rollenübernahme begegnet werden (C, E).

„Ja, das passt sehr gut, weil das natürlich einen hohen Wirkungsgrad suggeriert, also weil ich im PC-Spiel erfolgreich bin oder weil ich mich online erfolgreich mit anderen verbinden kann und mir das zunächst eine Weile lang suggeriert, als sei ich nicht so sozial isoliert, nicht so einsam.“ (F10)

Der Erwerb von Strategien im Umgang mit Konflikten und negativen Emotionen ist eine weitere wichtige Aufgabe des Jugendalters (C, E). Sie lernen auftretende Konflikte, negative Kognitionen und unangenehme Gefühle durch den Internetgebrauch effektiv zu regulieren.

„Also es ist ganz häufig der Fall, [...] dass die Jugendlichen sehr früh Konsole spielen und sehr schnell irgendwie mitkriegen, das Computerspielen ist irgendwie lustig, das tut gut, damit kann man seine Langeweile und negativen Gedanken irgendwie wegstreuen, ne, und eindämmen.“ (E58)

Aufgrund der zeitintensiven Beschäftigung z.B. mit Computerspielen, kommt es zu sozialem Rückzug mit Verlust von Sozialkontakten, Vernachlässigung von wichtigen Verpflichtungen und Interessen (E, F). Basale Bedürfnisse werden nicht dauerhaft durch die Internetnutzung befriedigt (G). Den unbefriedigten Bedürfnissen wird aufgrund des Mangels weiterer Copingstrategien mit vermehrter Internetnutzung begegnet (C, E, F).

„Ab dem Moment, wo beides latent vorhanden ist, finde ich, ist die Gefahr groß, dass sich eine Abwärtsspirale entwickelt, weil der Betroffene merkt, hey, mir geht es vor dem PC deutlich besser. Und das geht es ihm auch, aber nur so lange er davor sitzt und nicht aufsteht. Das heißt, der Wunsch ist groß möglichst viel Zeit davor zu verbringen.“ (C34)

In beiden Fällen verstärken sich die Störungen gegenseitig, so dass ohne eine Intervention zwei behandlungsbedürftige Störungsbilder entstehen. Der klinische Experte vermutet, dass Verlaufsformen mit einer primär vorliegenden Depressivität häufiger auftreten (F). Er und ein zweiter Experte gehen davon aus, dass psychisch gesunde und stabile Jugendliche keine Abhängigkeit entwickeln (E, F).

„Das ist oft so ein Schlüssel-Schloss-Prinzip. Also ich sage immer, Jugendliche, die komplett psychisch gesund sind, werden auch nicht PC-abhängig oder entwickeln irgendwie dann auch sonst keine Sucht.“ F(8)

7 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Masterthesis war es zu untersuchen, ob komorbide subklinische Depression bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch im Hilfesystem erkannt wird. Dabei stand insbesondere die Fragestellung im Fokus, was eine Erkennung möglicherweise verhindert. Zur Beantwortung der Forschungsfragen, wurden Interviews mit Experten aus Suchtberatungsstellen, einer Ambulanz mit gruppentherapeutischem Angebot für Computerspiel- und Internetabhängige, einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik und der Suchtforschung durchgeführt.

Dass subklinische Depressivität erkannt und für betroffene Jugendliche als behandlungsrelevant eingestuft wird, war den Expertenangaben übergreifend zu entnehmen. Die hypothetischen Annahmen zu möglichen Schwierigkeiten bei der Erkennung und Diagnose der Komorbidität bestätigten sich alle, jedoch mit unterschiedlichem Gewicht. Insbesondere die kurze Verweildauer der Betroffenen im Hilfesystem, Symptomüberlappungen und das Fehlen von Diagnosekriterien für eine subklinische Depression scheinen ein Problem darzustellen. Eine Erkenntnis, die in den Hypothesen keine Berücksichtigung gefunden hatte, war die Funktionalität der Internetnutzung zur Emotionsregulation. Subklinische Depressionssymptome können durch die Internetnutzung zunächst Besserung erfahren und deshalb unerkant bleiben. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Experteninterviews eingehender diskutiert.

Prävalenz subklinischer Depression

Ein Hinweis auf die Relevanz waren die Prävalenzschätzungen der Experten. An den Äußerungen der Experten ist eine hohe Sensibilität für komorbide Störungen zu erkennen. Generell liegt bei pathologischer Internetnutzung eine hohe Komorbiditätsrate vor und beinahe alle Experten sind sich einig, dass subklinische Depressivität als eine der häufigsten Komorbiditäten auftritt. Eine depressive Stimmung gaben 37% der befragten Behandlungseinrichtungen (Suchtberatungsstellen, Ambulanzen und Kliniken) in der Studie von Petersen et al. (2010) als häufigste Begleiterkrankung bei pathologischem Internetgebrauch an (vgl. S. 141). Eine genauere Schätzung des Anteils von subklinischer Depressivität an den insgesamt auftretenden Komorbiditäten, gaben nur zwei Experten mit 40% für den ambulanten bzw. 80% für den stationären Bereich ab. Das könnte auf

Unterschiede bei der Dokumentation, beim diagnostischen Vorgehen oder auf unterschiedliche Betroffenenpopulationen in den verschiedenen Hilfesettings zurückzuführen sein. Elektronische Dokumentationssysteme erlauben bei Suchtstörungen eine Erfassung von Missbrauch und Abhängigkeiten. Psychiatrische Störungen können jedoch nur bei einem Vollbild der Erkrankung mit dem Diagnoseschlüssel nach ICD-10 erfasst und somit die Prävalenz subklinischer Depression nur geschätzt werden.

Die Einschätzung, ob eine Komorbidität vorliegt, treffen die Suchtberater anhand ihres subjektiven Gefühls und dem Eindruck, den die Klienten im Gespräch vermitteln. Sie erheben, sofern möglich, wie die Experten in der Klinik und der Ambulanz, fremdanamnestic Angaben der Eltern und gleichen sie mit dem eigenen Eindruck von den Klienten ab. Im Gegensatz zu psychiatrischen Einrichtungen erfolgt in Suchtberatungsstellen jedoch keine standardisierte, strukturierte Diagnostik psychischer Erkrankungen. Alle Suchtberater schätzten aufgrund ihrer Erfahrung ein, dass sie für die Erkennung subklinischer Depressivität einen guten Blick haben. Zuverlässige Prävalenzaussagen sind auf Basis subjektiver Störungseinschätzungen jedoch schwer zu treffen.

Prävalenzunterschiede in den verschiedenen Hilfesettings sind aufgrund unterschiedlicher Störungscharakteristika der hilfesuchenden Population denkbar. So wenden sich Eltern bei einer Internetnutzungsproblematik des Kindes möglicherweise in einem frühen Stadium der Depressivität, in dem noch keine ausgeprägte komorbide Symptomatik erkennbar ist, an Suchtberatungsstellen. Ihr Anliegen ist es dann konkrete Hinweise zu erhalten, wie sie erzieherisch intervenieren können. Wenden sie sich an ambulante oder stationäre Therapieeinrichtungen, sind die negativen Folgen der pathologischen Internetnutzung möglicherweise bereits schwerwiegend, mit funktionalen Einschränkungen im Leben des Betroffenen und massiven Problemen in der Familie. Nach eigenen erfolglosen Versuchen eine Änderung herbeizuführen, erscheinen die eigenen Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation erschöpft und sie sehen eine Therapie als letzte Hoffnung. Es liegt dann vielleicht eine deutlichere Ausprägung subklinischer Depressionssymptome vor und die Symptomatik ist deutlicher zu erkennen. Die Prävalenzeinschätzung im medizinischen Hilfesystem fällt somit höher aus.

Die Experten schätzen eine subklinische Depressionssymptomatik als Risikofaktor für ein fortgesetztes pathologisches Internetnutzungsverhalten und eine Chronifizierung der Depressivität ein. Das wird gestützt durch die Studien von Cuijpers und Smit (2004) als auch von Fergusson et al. (2005), die eine subklinische Depression als Risikofaktor für das Auftreten einer klinischen Depression zu einem späteren Zeitpunkt beschreiben. Internetabhängige weisen eine deutliche negative Affektivität auf (vgl. Wölfling et al. 2011, S. 34f.). Komorbide Depressivität erhöht die Belastung und es ist von negativen Auswirkungen auf den Störungsverlauf auszugehen.

Die Wirkrichtung und ihre Konsequenzen für die Behandlung

Einige Experten schildern zwei denkbare Wirkrichtungen. Liegt eine primäre Depressionssymptomatik vor, kann die Internetnutzung eine dysfunktionale Strategie zur Regulierung negativer emotionaler und kognitiver Zustände darstellen. Aus Expertensicht ist dann die Behandlung beider Störungen notwendig. Ist die depressive Symptomatik Folge der Internetnutzung, kann die Behandlung des pathologischen Internetnutzungsverhaltens bereits ausreichend sein, um eine Besserung der depressiven Symptomatik zu erreichen. In beiden Fällen gehen die Experten von einer guten Behandlungsprognose für die Komorbidität aus. Eine positive Genesungsperspektive für subklinisch depressive Jugendliche stellten auch Brent et al. (2001) und Oldehinkel et al. (1999) fest.

Während bei sekundärer Depressivität auf bereits bestehende Ressourcen der betroffenen Nutzer zurückgegriffen werden kann und diese im therapeutischen Prozess wieder aktiviert werden müssen, liegen bei primärer Depressivität hauptsächlich dysfunktionale Strategien zum Umgang mit Alltagsschwierigkeiten und negativen Affekten und Kognitionen vor. Da die Internetnutzung die einzige Regulationsstrategie darstellt, müssen Betroffene angemessene Copingstrategien erst erlernen. Dies erschwert die Behandlung der pathologischen Internetnutzung. Denkbar ist, dass Betroffene aufgrund fehlender Bewältigungsstrategien auf therapeutische Interventionen mit Überforderung reagieren. Diese wiederum führt dann im Sinne von Craving möglicherweise zu einem Rückgriff der Betroffenen auf ihre ursprüngliche Verhaltensstrategie, die Internetnutzung (vgl. Wölfling et al. 2011, S. 35). Das in der Therapie erworbene Störungsverständnis rückt die Depressivität stärker ins Bewusstsein. Sie reagieren dann eventuell verstärkt mit

selbstabwertenden Kognitionen auf Rückfälle und Kontrollverlust bei der Internetnutzung, was die Depressivität zusätzlich steigern kann. Eine Stagnation im Behandlungsprozess oder Therapieabbrüche können die Folge sein. Der therapeutische Prozess wird dadurch arbeitsintensiver und dauert länger. Einige Experten weisen darauf hin, dass sich ein behutsames therapeutisches Vorgehen empfiehlt. Das beinhaltet eine allmähliche Entwicklung von Störungsverständnis und Therapiebereitschaft.

Behandlungsbedarf und Anforderungen an das Hilfesystem

Die Experten sprechen zwei wichtige Aspekte als Voraussetzung für eine effektive Behandlung des pathologischen Internetgebrauchs an. Zum einen sind das die fachlichen Anforderungen an die Fachkräfte in den Hilfesystemen und zum anderen der Hilfebedarf der Betroffenen mit einer Doppeldiagnose. Anforderungen an das Hilfesystem beinhalten konkrete Angaben wie z.B. ein fundiertes Störungswissen, Wissen zu Wechselwirkungen zwischen Depressivität und Internetnutzung, kinder- und jugendpsychiatrisches Grundwissen, die Fähigkeit einen psychopathologischen Befund zu erstellen oder Basiskompetenzen wie motivierende Gesprächsführung und ein Zugang zur Erlebenswelt Jugendlicher. Die Angaben zum Behandlungsbedarf sind weniger konkret. Welche therapeutischen Maßnahmen bei komorbider subklinischer Depressivität eingeleitet werden, kann daher nicht näher ausgeführt werden. Allgemein scheinen zur Antriebssteigerung körperlich und sozial aktivierende Maßnahmen bei primärer subklinischer Depressivität notwendig. Bei einer sekundären Symptomatik sind die Alltags- und Freizeitstrukturierung, der Wiederaufbau sozialer Strukturen und die Schulung der Selbstwahrnehmung wichtig. Zu vermuten ist, dass die Symptomausprägung subklinischer Depression und ihr Einfluss auf den pathologischen Internetgebrauch so heterogen ist, dass die Planung therapeutischer Maßnahmen sehr individuell ausfällt und Aussagen zu konkreten Maßnahmen deshalb erschwert werden bzw. besser für das Vorgehen im Einzelfall illustriert werden können. Es wird darauf verwiesen, dass bei einer ausreichend stabilen Familienstruktur und einem bestehenden sozialen Stützsystem die Behandlung in einer Suchtberatungsstelle ausreichend sein kann. Alle Experten sind sich einig, dass die depressive Symptomatik bei Überschreiten eines bestimmten Schweregrades eine zusätzliche Behandlung erfordert. Eine genauere Bestimmung dieser Schwelle erfolgt nicht. Für einige Suchtberater scheint dies der Fall zu sein,

wenn die Behandlung des pathologischen Internetgebrauchs aufgrund der Komorbidität stagniert oder behindert wird.

Da die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Regel nicht in den Aufgabenbereich der Suchtberatung fällt und sie dabei ihre fachlichen Grenzen sehen, vermitteln die Suchtberater bei Verdacht auf Depressivität und bei Vorliegen schwerwiegender Symptome an niedergelassene Psychologen oder stationäre kinder- und jugendtherapeutische Einrichtungen weiter. Das kann als ein Zeichen für ihr professionelles Handeln verstanden werden. Sie entsprechen mit ihrem Vorgehen der Einschätzung des Forschers und des Klinikleiters, die bei unklaren oder behandlungsbedürftigen Depressionssymptomen das medizinische als zuständiges Hilfesystem betrachten. Die bisherige Forschung gibt noch keine eindeutigen Hinweise darauf, welche Hilfen bei subklinischer Depressivität eine bessere Behandlung bieten. Cuijpers et al (2007) weisen darauf hin, dass psychologische Interventionen gegenüber einer ärztlichen Erstversorgung im Vorteil sein könnten (vgl. 438). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Godelief et al. (2004) mit dem Hinweis, dass bereits kurzzeittherapeutische Maßnahmen effektiv sein können.

Die Aussagen der Experten zeigen auf, dass bereits bei subklinischen Ausprägungen einer Depression in Verbindung mit pathologischem Internetgebrauch männlicher Jugendlicher bei der Beratung und Behandlung berücksichtigt werden müssen, da es ansonsten zu schweren Krankheitsverläufen kommen kann und der Behandlungserfolg gefährdet ist.

Angaben zur Problematik durch Betroffene und Eltern

In der Praxis ist von Interesse, anhand welcher Indikatoren die Experten auf eine subklinische Depression schließen und wodurch sich ihnen erschließt, ob die Depressivität bereits primär vorlag oder infolge der pathologischen Internetnutzung entstanden ist. Um Hinweise auf eine mögliche Komorbidität zu erhalten, explorieren die Fachkräfte grundsätzlich, ob bereits eine entsprechende Diagnose in der Vergangenheit gestellt worden ist. Die Experten äußerten, dass viele Betroffene, aber teilweise auch deren Eltern, dazu häufig nur unzuverlässige Angaben machen können. Da nur wenige Suchtberater diagnostische Instrumente verwenden, werden Verhaltensauffälligkeiten, Emotionen, Kognitionen der Betroffenen im Gespräch exploriert. Die Anzeichen für eine subklinische Depressivität weisen ein breites Spektrum auf. Wichtige Indikatoren können sozialer Rückzug und Isolation,

Vernachlässigung vormals bedeutsamer Aktivitäten, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Verlust von Lebensfreude und aggressive Verhaltensweisen sein. Sind zusätzlich Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstunsicherheit, Schüchternheit, ein geringes Selbstwertempfinden oder Ängstlichkeit erkennbar, können diese in der Gesamtbetrachtung zusätzliche Hinweise auf eine subklinische Depressivität geben.

Symptomüberlappungen

Die Aufzählung der Symptome und Persönlichkeitsmerkmale macht eine weitere Schwierigkeit bei der Erkennung deutlich. Einige Experten berichteten von Symptomüberlappungen, also von Symptomen, die als Bestimmungsmerkmale beider Störungen, aber auch als vorübergehende Auffälligkeiten in der jugendlichen Entwicklung und bei anderen psychischen Störungen auftreten können. Symptome wie Selbstzweifel, Irritabilität, Müdigkeit, Gefühle von Überforderung, Lustlosigkeit und Antriebsmangel, können bei Jugendlichen in der Entwicklung beobachtet werden. Eine Unterscheidung von einer depressiven Symptomatik wird dadurch erschwert (vgl. Nevermann & Reicher 2001, S. 44). Ebenso können Auffälligkeiten wie schulischer Leistungsabfall, sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit oder Aggressivität als Folge der exzessiven Internetnutzung auftreten. Sie können aber auch Merkmale einer Depressivität sein (vgl. Schneider 1999, S. 15). Ferchow et al. (2015) stellten in einer studentischen Stichprobe anhand des 5-Faktoren-Persönlichkeitsinventars NEO-FFI 25 signifikant geringere Werte bei der Extraversion und deutlich erhöhte Neurotizismuswerte bei pathologischen Onlinespielern fest (vgl. S. 100). Die Studie von Karsten et al. (2013) erhob bei subklinisch Depressiven ebenfalls signifikant höhere Neurotizismuswerte (vgl. S. 389). Der Klinikleiter macht darauf aufmerksam, dass aus seiner Erfahrung Persönlichkeitsmerkmale aufgrund mangelnden Fachwissens mit Depressionssymptomen verwechselt werden. Die Vorsicht der Suchtberater bei der Symptombewertung könnte unter anderem damit in Zusammenhang stehen. Sie sehen außerdem ein Risiko, Betroffene durch eine Fehldiagnose zu stigmatisieren. Andere Behandlungseinrichtungen greifen in der therapeutischen Hilfekette dann eventuell bei der Störungseinschätzung und Therapieplanung auf diese Diagnose zurück. Therapeutische Bemühungen können in der Folge erfolglos bleiben und sowohl Behandelnde als auch Betroffene frustrieren, was zu Therapieabbruch und negativen Störungsverläufen führt. Der Klinikleiter merkt an, dass auch im pädagogischen und im Suchthilfesystem die

Anwendung diagnostischer Instrumente sinnvoll ist. Wichtige Kompetenzen bei der Anwendung sind kinder- und jugendpsychiatrische Grundkenntnisse und die Erstellung eines psychopathologischen Befundes. Diese Lücke könnte aus seiner Sicht durch ein klinisches Jahr im Rahmen der Ausbildung von Fachkräften der Suchthilfe geschlossen werden.

Fehlendes Problembewusstsein der Betroffenen und der Angehörigen

Eine weitere Schwierigkeit bei der Erkennung subklinischer Depressivität kann aus Expertensicht das fehlende Problembewusstsein der Betroffenen und ihrer Eltern sein. Betroffene erleben Depressionssymptome ich-synton, nehmen diese also nicht als Störung wahr und können eventuell nicht zwischen jugendtypischen Beschwerden wie Stimmungsschwankungen oder Selbstzweifeln und den Störungssymptomen unterscheiden. Dies beeinflusst die Problemschilderung der Jugendlichen. Neben fehlendem Problembewusstsein, machen sie den Experten zufolge häufig externe Ursachen für ihre aktuellen Schwierigkeiten verantwortlich. Angehörige bringen mögliche Depressionssymptome wie Aggressivität, sozialer Rückzug und schulischer Leistungsabfall mit dem Internetnutzungsverhalten des Kindes in Verbindung, da es für sie ein greifbares Erklärungsmodell darstellt. Entsprechend schildern sie die wahrgenommenen Symptome als Folge von Konflikten um die Internetnutzung. Es bedarf bei der Exploration einer hohen Sensibilität der Fachkräfte, um auf eine Depressivität zu schließen. Besonders wichtig erscheint es deshalb bei der Fremdanamnese auch nach auffälligen Verhaltensweisen in der Vergangenheit oder in anderen Zusammenhängen zu fragen. Wichtige Hinweise können beispielsweise Angststörungen, Kontaktschwierigkeiten und wenig soziale Kontakte, geringe Gewissenhaftigkeit, traumatische Erlebnisse in der Kindheit, Neurotizismus und somatische Störungen sein (vgl. Karsten et al. 2013, S. 389ff.)

Dissimulation und die Vermeidung von Stigmata

Dreier et al. (2014) weisen darauf hin, dass in klinischen Settings Kinder und Jugendliche oft dissimulieren (vgl. S. 500). Ist Betroffenen bewusst, dass ihr Verhalten normabweichend oder problematisch ist, täuschen sie im Gespräch mit den Fachkräften möglicherweise darüber hinweg. Jedoch nicht, wie einige

Interviewpartner betonen, weil sie sich ihrer Depressivität bewusst sind, sondern weil sie als gesunde Jugendliche wahrgenommen werden wollen und vermeiden möchten als krank oder normabweichend angesehen zu werden. In einem Alter, in dem die Außendarstellung und die Wahrnehmung durch die soziale Umwelt von besonderer Bedeutung für das eigene Selbstbild sind, erscheint solch ein Verhalten verständlich. Bei Eltern ist ein ähnliches Verhalten denkbar. Das Aufsuchen einer Suchtberatung oder therapeutischen Einrichtung kann bereits mit dem Gefühl verbunden sein als Eltern versagt zu haben, da ihnen eine Problemlösung nicht selbständig gelungen ist. Sie haben dann einerseits vielleicht Angst, dass das eigene Gefühl der Inkompetenz durch eine negative Beurteilung ihres Erziehungsverhaltens von einem Berater bestätigt wird. Andererseits möchten sie ihr Kind vor einer Beurteilung als Problemkind schützen und somit Kritik an ihrer Kompetenz vermeiden. Ihre Beschreibung beschränkt sich dann nur auf die Darstellung von Problemen, die einen pathologischen Internetgebrauch plausibel erscheinen lassen. Weitere Schwierigkeiten und Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes werden aus Scham verschwiegen.

Unterschiede in den Hilfesystemen beim diagnostischen Vorgehen

Weil diagnostische Instrumente aufgrund unzureichender bzw. falscher Angaben der Betroffenen die Störungseinschätzung verhindern können, äußern die Suchtberater Bedenken bei der Anwendung. Sie setzen bei der Anamnese primär auf eine Exploration im Rahmen der Beratungsgespräche mit Fragen zur aktuellen Lebenssituation, der Problematik und der Biografie. Diagnostische Instrumente setzen sie nicht regelmäßig und auch erst dann ein, wenn bereits ein Verdacht auf eine Depressivität und ein Vertrauensverhältnis zum Klienten besteht. Möglicherweise möchten sie ein falsch-negatives Screeningergebnis vermeiden. Betroffene könnten dies als Nachweis dafür betrachten, dass eine Behandlung nicht notwendig ist, vor allem wenn eine geringe Behandlungsmotivation vorliegt. Eine Motivation für Jugendliche die Beratung in Anspruch zu nehmen, kann die Aussicht sein, dass eine Beilegung der Streitigkeiten um die Internetnutzung zwischen ihnen und den Eltern gelingt. Die Konzentration auf die Vermittlung im Konflikt zwischen Eltern und Kind sehen zwei Experten als mögliche weitere Hürde bei der Erkennung von Depressionssymptomen, spezifisch in Suchtberatungsstellen. Die Exploration von Komorbiditäten kann dadurch aus dem Blick geraten. Ob dies tatsächlich ein

Hindernis bei der Erkennung subklinischer Depression darstellt, kann anhand der Expertenaussagen nicht zweifelsfrei festgestellt, sollte aber in Betracht gezogen werden. Jedoch ist aufgrund der Expertenaussagen davon auszugehen, dass die wenigsten Suchtberatungsstellen bei der Diagnose anhand von Fragebögen oder anderer diagnostischer Instrumente strukturiert vorgehen. So zeigte die Studie von Petersen et al. (2010), dass lediglich 11% der befragten Einrichtungen Fragebögen und nur 20% zusätzliche Instrumente zur Diagnose von pathologischem Internetgebrauch nutzten (vgl. S. 144).

Kontaktdauer zum Hilfesystem

Bis auf den Klinikleiter berichten die Experten, mit zwei bis drei Gesprächsterminen, von einer recht kurzen Kontaktdauer der Betroffenen und ihren Eltern zu den Hilfeeinrichtungen. Zudem schildern sie eine hohe Abbruchhäufigkeit. Auch die Studie von Petersen et al. (2010) erhob mit durchschnittlich 9 Behandlungskontakten die geringste Kontaktdauer für Beratungsstellen, während Kliniken durchschnittlich 20 und Ambulanzen 44 Kontakte berichteten (vgl. S. 146). Die Beratungsstellen gaben zudem die höchsten Abbruchraten an (vgl. ebd., S. 148). Gelingt eine Motivation der Betroffenen, ergeben sich durchaus auch längere Beratungskontakte über zwei bis drei Monate. Dies scheint aber eher die Ausnahme zu sein. Die Fachkräfte in den Suchtberatungsstellen sind zwar für komorbide psychische Erkrankungen bei pathologischer Internetnutzung sensibilisiert, allerdings handelt es sich meist um Sozialarbeiter/-pädagogen ohne klinische Ausbildung. Jedoch benötigen auch psychiatrisch erfahrene Fachkräfte mehrere Termine für eine Diagnose, wie der Kinder- und Jugendpsychiater erwähnt. Insofern stellt im Suchtberatungssetting die kurze Kontaktdauer durchaus ein realistisches Hindernis für eine Erkennung der Komorbidität dar.

Für die kurze Kontaktdauer der Hilfesuchenden kommen verschiedene Erklärungen in Frage. Wie ein Suchtberater schildert, suchen manche Eltern die Beratung mit ihrem Kind mit der konkreten Erwartung einer therapeutischen Behandlung auf. Wenige Suchtberatungsstellen halten ein spezialisiertes Behandlungsangebot vor. Fehlen den Erwartungen entsprechende Behandlungsangebote, ziehen Eltern möglicherweise die Kompetenz der Suchtberatung in Zweifel und brechen den Kontakt ab. Oder Eltern möchten lediglich Verhaltens- und Erziehungshinweise erhalten, da das Kind der Problemträger ist. Eine aus ihrer Sicht langwierige

Behandlung, in die sie als Eltern aktiv einbezogen werden, schließen sie deshalb vielleicht aus. Sie versuchen, nach kurzer Beratung ohne weitere Unterstützung der Problematik Herr zu werden. Ängste vor der Aufdeckung schwieriger Familienverhältnisse oder einer dysfunktionalen Familiendynamik können beim Kontaktabbruch auch eine Rolle spielen.

Bei der Erkennung einer subklinischen Depressivität könnte deshalb das stationäre Setting im Vorteil sei. Der stationäre Aufenthalt ermöglicht eine längerfristige Beobachtung des Störungsverlaufs. Einige Experten verweisen darauf, dass die komorbide Störung erst beim Entzug der Internetnutzung erkennbar wird, da andere Strategien zur Regulierung von negativen Emotionen fehlen. Wie beschrieben scheint die Abbruchquote im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich geringer zu sein als in Suchtberatungsstellen. Dies erklärt der Klinikleiter damit, dass zuvor mit den Betroffenen gemeinsam an einem konkreten Behandlungsauftrag gearbeitet wird. Wie die Motivation der Betroffenen, sich auf eine Behandlung einzulassen gelingt, bleibt unklar. Möglicherweise ist das Vertrauen der Eltern in das medizinische im Vergleich zum Jugend- bzw. Suchthilfesystem größer, da die Qualifikation medizinischer Fachkräfte ein besseres Ansehen als eine sozialpädagogische Ausbildung genießt. Möglicherweise ist aber auch der Leidensdruck bei Kontaktaufnahme zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung deutlich stärker als beim Kontakt zum Suchthilfesystem. Die Aussicht einer stationären Behandlung erhöht möglicherweise ihre Zuversicht auf einen Behandlungserfolg und damit die Compliance der Eltern. Der Kontakt zum Hilfesystem wird dadurch länger aufrecht erhalten.

Internetnutzung als Copingstrategie

Die Funktionalität der Internetnutzung kann ein weiteres Hindernis bei der Diagnose der Depressivität darstellen. Sie stellt eine Ergänzung der hypothetischen Vorannahmen dieser Arbeit zu diagnostischen Schwierigkeiten dar. Wie die Experten beschreiben, sind Internetangebote besonders gut in der Lage jugendliche Bedürfnisse z.B. nach Bindung, nach Selbstdarstellung, sozialer Sicherheit, etc. zu erfüllen. Durch die Internetnutzung gelingt den Betroffenen die Linderung des depressiven Erlebens, so dass Depressionssymptome zunächst nicht oder kaum auftreten oder unauffällig bleiben. Erst durch eine Onlineabstinenz werden sie aufgrund der fehlenden regulierenden Funktion des Internets deutlich. Ob die richtige

Diagnose gestellt wurde, zeige sich, so der Klinikleiter, dann teilweise auch erst, wenn die darauf basierende therapeutische Intervention zu einer Verbesserung der problematischen Internetnutzung führt.

Fehlende diagnostische Kriterien für subklinische Depression

Hier offenbart sich möglicherweise eine Schwäche des Konzepts der subklinischen Depression, wie es im Rahmen dieser Arbeit angenommen wird. Im Gegensatz zu einer klinischen Depression liegen hierfür keine diagnostischen Richtlinien vor, die eine klare Einordnung ermöglichen, worauf auch zwei Suchtberater hinweisen. Die Symptome können so subtil ausgeprägt sein und auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden, dass dadurch eine Zuordnung erschwert ist. Hier scheint das medizinische System im Vorteil zu sein. Aufgrund ihres klinischen Wissens und ihrer Erfahrung bei der Einschätzung psychischer Erkrankungen können die Fachkräfte eher einschätzen, ob die unspezifischen Symptome auf eine Depressivität hindeuten. Da einzelne Symptome einer Depressivität keinen Aufschluss über ihren Krankheitswert geben, stellen die Experten aller Hilfesysteme die Behandlungsbedürftigkeit auf Basis des Leidensdrucks und der psychosozialen Einschränkungen und negativen Folgen für die Betroffenen fest. Da subklinische Depressivität als ein Risikofaktor für spätere manifeste Depressionen gilt, ist dieses Vorgehen problematisch. Jugendliche, die vorgenannte Merkmale nicht aufweisen, erhalten möglicherweise keine ausreichende Hilfestellung. Da sich beide Störungen unbehandelt negativ verstärken, mit dem Risiko einer Chronifizierung der Depressivität und der Folge einer insgesamt erschwerten Behandelbarkeit, ist eine rechtzeitige Erkennung nötig. Balász et al. (2013) erhoben im Rahmen der SEYLE-Studie für subklinische Depressivität eine Prävalenz von 29,2% (n=3618) mit einem Anteil von 38,24% bei männlichen Jugendlichen (S. 675). Psychische und soziale Funktionseinschränkungen waren im Vergleich zu Nichtbetroffenen deutlich erhöht und die Wahrscheinlichkeit von Suizidgedanken um das Dreifache erhöht (vgl. ebd.). Eine frühe Intervention könnte die Chronifizierung und das Suizidrisiko mindern (vgl. ebd.). Sie schlagen aus diesem Grund die Aufnahme einer Diagnose für subklinische Depression in die Diagnosemanuale DSM und ICD vor und plädieren für einen dimensional diagnostischen Ansatz (vgl. ebd.). So könnten depressive Symptome in einem frühen Stadium erkannt und rechtzeitig therapeutisch berücksichtigt werden.

Ein weiterer Vorteil wäre, dass therapeutische Maßnahmen mit weniger Aufwand einen positiven Effekt erreichen können.

Die Experten sind sich insgesamt sicher, dass sie aufgrund ihrer Erfahrung in der Lage sind subklinische Depressionssymptome zu erkennen und ihre Behandlungsplanung darauf auszurichten

Abschließend sei auf methodische Einschränkungen der Arbeit hingewiesen. So ist die Anzahl der Experteninterviews zu gering, um eine generelle Aussage zur Diagnostik komorbider subklinischer Depressivität und der Versorgung im Hilfesystem treffen zu können. Ursprünglich wurden insgesamt 12 Experten kontaktiert. Die Arbeit stützt sich auf die Ergebnisse aus den Interviews mit Experten, die sich für ein Interview bereit erklärt haben. Da vier Experten in einer Suchtberatungsstelle, und jeweils ein Interviewpartner in der Forschung, der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und im ambulanten therapeutischen Setting, tätig sind, ist von einer Auswahlverzerrung auszugehen. Die Datenlage kann deshalb nicht in ausreichendem Maße einen adäquaten Vergleich zwischen klinischem und ambulantem Setting abbilden. Des Weiteren bieten alle interviewten Experten aus den Suchtberatungsstellen spezifische Beratung bei exzessivem Medienkonsum an. Das entspricht aber nicht der deutschlandweiten Versorgungssituation. Spezialisierungen im Bereich Mediensucht sind noch nicht die Regel im Suchthilfesystem. Der Einbezug von Fachkräften aus Suchtberatungsstellen ohne spezielles Beratungsangebot, hätte einen umfassenderen Eindruck bezüglich der Erkennung subklinischer Depressivität und diagnostischer Schwierigkeiten im Suchthilfesetting ermöglicht.

8 Fazit

Mit der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, ob subklinische Depressivität bei männlichen Jugendlichen mit pathologischer Internetnutzung aus Expertensicht eine Relevanz für die Behandlung hat und welche Schwierigkeiten bei der Diagnostik bestehen. Die Experten zeigten eine hohe Sensibilität für das Auftreten subklinischer Depressivität bei männlichen Jugendlichen mit pathologischer Internetnutzung. Alle Experten schätzen subklinische Depression als Risiko für eine gegenseitige negative Verstärkung der Störungen ein. Die Komorbidität muss auf jeden Fall bereits im subklinischen Stadium Beachtung bei der Beratung, Therapieplanung und therapeutischen Maßnahmen erfahren. Mögliche Ursachen für die Schwierigkeit subklinische Depressionen zu diagnostizieren, wurden im Methodenteil als Hypothesen formuliert und konnten verifiziert werden. So spielten das fehlende Problembewusstsein der Betroffenen und der Eltern bei der Schilderung von Symptomen und auftretenden Problemen eine Rolle bei der Erkennung. Es zeigten sich deutliche Überlappungen der Symptome von Depressivität und pathologischer Internetnutzung. Depressive Symptome weisen den Expertenaussagen zufolge außerdem Ähnlichkeiten zu Auffälligkeiten und Problemverhaltensweisen in der psychosozialen Entwicklung Jugendlicher auf. Eine unzureichende Klarheit bezüglich der diagnostischen Zuordnung der Störungssymptome zu einer subklinischen Depression aufgrund fehlender konkreter diagnostischer Richtlinien, zeigte sich in diesem Zusammenhang ebenso als Herausforderung. Das bewusste Verschweigen von Störungssymptomen durch Betroffene und Eltern, um eine Stigmatisierung zu verhindern, stellt eine weitere Hürde dar. Auch wurde deutlich, dass die verschiedenen Hilfesysteme aufgrund ihrer unterschiedlichen Behandlungsaufträge und fachlichen Ausrichtung die gleichen Symptome möglicherweise unterschiedlich bewerten bzw. unterschiedlich zielgerichtet bei der Diagnostik vorgehen. Da die Erkennung subklinischer Depressivität eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, scheint die kurze Kontaktdauer der Betroffenen zum Hilfesystem, insbesondere in den Suchtberatungsstellen, ein Hindernis bei der Diagnose darzustellen. Eine neue Erkenntnis war, dass die funktionale Internetnutzung zur Regulation negativer depressiver Symptome einen Selbstbehandlungsversuch darstellt und zunächst zu einer Verbesserung des Befindens der Betroffenen führen kann, was die Erkennung subklinischer Depression erschwert. Die Depressivität kann u. U. bei einer Internetabstinenz erst im Behandlungsverlauf deutlich werden.

Insgesamt sind die Experten ihrer eigenen Einschätzung zufolge aufgrund ihres Fachwissens und ihrer Praxiserfahrung in der Lage, komorbide subklinische Depressivität zu erkennen. Da die Praktiker unter den Interviewpartnern fachlich mit pathologischer Internetnutzung vertraut sind, können keine generellen Aussagen für das gesamte Hilfesystem getroffen werden. In künftigen Untersuchungen sollten auch Hilfeeinrichtungen ohne Spezialisierung einbezogen werden, um besser beurteilen zu können, wie gut subklinische Depression und weitere Komorbiditäten bei männlichen Jugendlichen mit pathologischer Internetnutzung im Hilfesystem erkannt wird. Interessant wäre der Einbezug allgemeiner Suchtberatungs- und Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienste, psychosozialer Beratungsstellen, niedergelassene Psychotherapeuten und Kinder- und Allgemeinärzte.

Gerade aufgrund der hohen Sensibilität der Fachkräfte, der hohen Prävalenzeinschätzung und der Bedeutung einer Depressivität für den Störungsverlauf, erscheint es sinnvoll gezielt darauf zu screenen und dies nicht nur bei einem Verdacht zu tun. Auf struktureller Ebene könnten das medizinische und das Suchthilfesystem Vernetzungsstrukturen nutzen oder ausbauen. Zentrale Inhalte könnten die Bestimmung klarer Richtlinien, Verfahrensregeln und Zuständigkeiten bei der Erfassung komorbider Störungen und für die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen sein. Dadurch könnte möglicherweise ein verfrühtes Herausfallen der Betroffenen aus den Hilfesystemen abgefangen werden. Durch eine klarere Leistungsbeschreibung könnte Betroffenen und deren Angehörigen das Leistungsangebot der jeweiligen Hilfeeinrichtungen transparenter kommuniziert, werden und welche Behandlungsschritte in der Zusammenarbeit mit anderen Hilfen möglich sind. Den Betroffenen und Angehörigen böte dies eine bessere Orientierung und das Vertrauen in die Angebote der Hilfesysteme könnte dadurch gesteigert werden. Voraussetzung wäre eine klarere Profildefinition der behandelnden Einrichtungen z.B. indem Fachkräfte in der Suchthilfe spezifisch im Bereich Medienberatung und -therapie ausgebildet werden. Für die Erfassung der Symptomatik und des Schweregrades komorbider Depressivität erscheint der Einsatz diagnostischer Instrumente sinnvoll. Hier bieten sich Selbstauskunftsfragebögen wie

z.B. die Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D¹²) an. Mit diesem können depressive Störungen und die psychosoziale Funktionsfähigkeit erfasst werden. Die Einschätzung anhand des Eindrucks der Fachkraft in Abgleich mit fremdanamnestischen Angaben bleibt unerlässlich, da Falschangaben in einem Fragebogen nicht ausgeschlossen werden können. Auch in Hinblick auf psychische Komorbiditäten bei Jugendlichen sollte das Suchthilfesystem stärker sensibilisiert werden. Die Fortbildung von Fachkräften in der Suchthilfe zu relevanten Komorbiditäten sollte grundsätzlich einen wichtigen Baustein darstellen, insbesondere das Eingehen auf die Besonderheiten von Depressivität im Jugendalter, da sich diese anders als im Erwachsenenalter äußern kann. Aufgrund fehlender diagnostischer Kriterien für subklinische Depressivität, könnten Suchtberatungsstellen im Austausch mit dem medizinischen System von dessen Wissen profitieren. Die Aufnahme dimensionaler Diagnosekriterien in die gängigen Diagnosemanuale ICD und DSM könnte eine Erkennung erleichtern, da eine Diagnose allein anhand einer bestimmten Kriterienanzahl mit großer Wahrscheinlichkeit viele Betroffene unberücksichtigt lässt und diese so kein Behandlungsangebot erhalten. Dass eine gute Zusammenarbeit mit Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiatern und stationären Einrichtungen besteht, darauf wiesen die Suchtberater in der Regel hin. Die Interviewpartner waren auf Medienabhängigkeit spezialisiert. Es ist nicht davon auszugehen, dass dies bei allen Suchtberatungsstellen der Fall ist, die in der Regel zu verschiedenen Abhängigkeiten und ohne spezifisches Beratungsangebot beraten. Die Aufnahme von Diagnosekriterien für pathologischen Internetgebrauch könnte langfristig zudem im stationären Bereich zu einer besseren Versorgung mit spezialisierten Behandlungsmöglichkeiten beitragen. Bei entsprechender Fortbildung und konzeptioneller Ausrichtung könnte dies auch den Suchtberatungsstellen die Möglichkeit eröffnen ambulante Therapieangebote zu machen. Ambulante Angebote bei exzessivem Medienkonsum könnten in einem frühen Störungsstadium zu einer besseren Therapieannahme durch Betroffene führen, da eine ambulante weniger einschneidend empfunden wird als ein stationärer Aufenthalt ist. Insbesondere für

¹² PHQ-D: Patient Health Questionnaire in der deutschen Version

Jugendliche kann das von Vorteil sein, da das soziale Umfeld (Freundeskreis, Schule, etc.) einen stabilisierenden Anker für die psychosoziale Entwicklung darstellt. Ein wichtiger Baustein, der auch von Experten benannt wurde, ist die Präventionsarbeit zum Thema pathologische Mediennutzung und damit einhergehender Störungen. Hier sind verschiedene Ansätze denkbar. Strukturell wäre die Sensibilisierung der Öffentlichkeit durch verstärkte Informationen zum Thema, die Schulung von Fachkräften in der Jugendarbeit und –bildung sowie von Kinderärzten sinnvoll. Da das Internet nicht mehr aus dem Alltagsgebrauch wegzudenken und fester Bestandteil der Freizeitkultur sowie des Berufslebens geworden ist, sollte die Vermittlung von Medienkompetenz an Schulen, sowohl im Sinne von Suchtprävention als auch im Sinne einer Medienbildung, verpflichtend in deren Bildungspläne aufgenommen und auch umgesetzt werden. Dies erfordert allerdings ein Problembewusstsein auf bildungspolitischer Ebene und den Willen diesbezüglich tätig zu werden.

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abel, U. & Hautzinger, M. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin.
- Aboujaoude, E. (2010). Problematic Internet use: an overview. In: *World Psychiatry*, 9, S. 85-90.
- Alsaker, F. D. & Bütikofer, A (2005). Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (3), S. 169-180.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Deutsche Ausgabe. P. Falkai & H.-U. Wittchen (Hrsg.). 1. Auflage. Hogrefe, Göttingen.
- Bertha, E. A. & Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, S. 589-603.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, Ch.W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, et al. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (6), S. 670-677. DOI:10.1111/jcpp.12016.
- Banjanin, N., Banjanin, N. Dimitrijevic, I. & Pantic, I. (2015). Relationship between internet use and depression: Focus on physiological mood oscillations, social networking and online addictive behavior. In: *Computers in Human Behavior* 43, S. 308-312.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet Addiction. In: *The American Journal of Psychiatry*, 165 (3), S. 306-307. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07101556.
- Bogner, A. & Menz, W. (2005a). Expertenwissen und Forschungspraxis: Die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld. In: A. Bogner, B. Littig

- und W. Menz (Hrsg.). Das Experteninterview – Theorie, Methode Anwendung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 7-30.
- Bogner, A. & Menz, W. (2005b). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: A. Bogner, B. Littig und W. Menz (Hrsg.). Das Experteninterview – Theorie, Methode Anwendung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 33-70.
- Caplan, S. E. (2005). A Social Skill Account of Problematic Internet Use. In: Journal of Communication, December 2005, S. 721-736.
- Caplan, S., Williams, D. & Yee, N. (2009). Problematic Internet use and psychosocial well-being among MMO players. In: Computers in Human Behavior, 25 (6): 1312-1319. DOI: 10.1016/j.chb.2009.06.006.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. In: Computers in Human Behavior, 17, S. 187-195.
- Dreier, M. Wölfling, K. & Beutel, M. E. (2014). Internetsucht bei Jugendlichen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 162, S. 496-502. Springer, Berlin. DOI: 10.1007/s00112-013-3069-2.
- Durkee, T., Kaess, M, Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., et al. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. In: Addiction, 107, S. 2210-2222, DOI:10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x.
- Essau, C. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. & Annette, L. B. (2005). Subthreshold Depression in Adolescence and Mental Health Outcomes in Adulthood. In: Archives of General Psychiatry, 62, S. 66-72.
- Ferchow, S., Franke, G. H., Jagla, M. & Nowik, D. (2015). Pathologisches Onlinespielen – Untersuchung einer studentischen Stichprobe. In: Sucht, 61 (2), S. 95-102. DOI: 10.1024/0939-5911.a000356.

- Fischer, G., Brunner, R., Parzer, P., Klug, K., Durkee, T., Carli, V. et al. (2012).
Depressivität, selbstverletzendes und suizidales Verhalten bei Jugendlichen
mit riskanter und pathologischer Internetnutzung. In: Praxis der
Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61:16 – 31 (2012) Vandenhoeck &
Ruprecht, Göttingen.
- Gander, M. & Buchheim, A. (2013). Internalisierende Symptome bei depressiven
Jugendlichen. Ausprägung und Möglichkeiten der Erkennung im schulischen
Kontext. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychotherapie, 41 (1), 2013, S.
11-22.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als
Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Springer. Wiesbaden.
- Gotlib, J. H., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Symptoms Versus a Diagnosis
of Depression: Differences in Psychosocial Functioning. Journal of Consulting
and Clinical Psychology 1995, 63 (1), S. 90-100.
- Groen, G., Pössel, P. & Petermann, F. (2004). Depression im Kindes- und
Jugendalter. In: F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.).
Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik –
Neuropsychologie. Berlin, Springer.
- Groen, G. & Petermann, F. (2005). Depressive Störungen im Jugendalter: Verlauf
und klinische Prädiktoren der Persistenz. In: Zeitschrift für Klinische
Psychologie und Psychotherapie, 34 (1), S. 10-18.
- Groen, G. & Petermann, F. (2011). Depressive Kinder und Jugendliche. Hogrefe,
Göttingen.
- Hautzinger, M. (2003). Depression. In: J. Margraf (Hrsg.): Lehrbuch der
Verhaltenstherapie, 2. Auflage: Band 2: Störungen – Glossar. Springer, Berlin,
2003, S. 123-135
- Hautzinger, M. & Bronisch, T. (2007). Symptomatik, Diagnostik und Epidemiologie.
In: H. Schauenburg & B. Hofmann (Hrsg.). Psychotherapie der Depression –

- Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart, S. 1-12.
- Ho, R. C., Zhang, M. W. B., Tsang, T. Y, Toh, A. H, Pan, F., Lu et al. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. In: BMC Psychiatry 2014, 14 (183). DOI: 10.1186/1471-244X-14-183.
- Hoffmann, F., Petermann, F., Glaeske, G. & Bachmann, C. J. (2012). Prevalence and Comorbidities of Adolescent Depression in Germany. An Analysis of Health Insurance Data. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40 (6), 2012, S. 399-404.
- Huang, R. L., Lu, Z., Liu, J. J., You, Y. M., Pan, Z. Q., Wei, Z. et al. (2006). Features and predictors of problematic internet use in Chinese college students. In: Behaviour & Information Technology, 28 (5), S. 485-490.
- Huang, A. C. W., Chen, H.-E., Wang, Y.-C. & Wang, L.-M. (2014). Internet abusers associate with a depressive state but not a depressive trait. In: Psychiatry and Clinical Neurosciences, 68, S. 197-205.
- Ihle, W., Groen, G., Walter, D., Esser, G. & Petermann, F. (2012). Depression. Hogrefe, Göttingen.
- Kaess, M., Durkee, T. Brunner, R., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C. et al. (2014). Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. In: European Child & Adolescent Psychiatry, 23, S. 1093-1102.
- Karsten, J., Penninx, B. W. J. H., Verboom, C. E., Nolen, W. A. & Hartman, C. (2013). Course and Risk Factors of Functional Impairment in Subthreshold Depression and Anxiety. In: Depression And Anxiety, 30, S. 386-394.
- Kim, K., Ryu, E., Chon, M.-Y., Yeun, E.-J., Choi, S.-Y., Seo, J.-S. & Nam, B.-W. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. In: International Journal of Nursing Studies, 43, S. 185-192.

- Kim, J., LaRose, R. & Peng, W. (2009). Loneliness as the Cause and the Effect of Problematic Internet Use: The Relationship between Internet Use and Psychological Well-Being. In: *CyberPsychology & Behavior*, 12 (4), S. 451-455. DOI: 10.1089=cpb.2008.0327.
- King, D. L. & Delfabbro, P. H. (2014). The cognitive psychology of Internet gaming disorder. In: *Clinical Psychology Review*, 34, S. 298-308.
- Kuss, D.J. & Griffiths, M.D. (2011). Online Social Networking and Addiction – A Review of the Psychological Literature. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2011, 8, S. 3528-3552. DOI: 10.3390/ijerph8093528.
- Kuss, D.J., Louws, J. & Wiers, R.W. (2012): Online gaming addiction? Motives predict addictive play behavior in Massively Multiplayer Online Role-Playing Games. In: *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 15 (9), S. 480-485.
- Kuss, D. J., van Rooij, A. J., Shorter, G. W. & Griffiths, M. D. (2013a). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. In: *Computers in Human Behavior*, 29, S. 1987-1996.
- Kuss, D. J. (2013b). Internet gaming addiction: current perspectives. In: *Psychology Research and Behavior Management*, 6, S. 125–137.
- Kuss, D. J, Griffiths, M. D. & Binder, J. F. (2013c). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. Postprint.
- Liu, T. & Potenza, M. N. (2010). Problematic Internet Use: Clinical Aspects. In: E. Aboujaoude & L. M. Korin (Hrsg.), *Impulse Control Disorders*. S. 167-181, Cambridge University Press, Cambridge.
- Mayring, P. (1993). *Einführung in die qualitative Sozialforschung – Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Beltz, Weinheim.
- Mehler-Wex, C. (2008). *Depressive Störungen (Manuale Psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen)*. Springer. Heidelberg.

- Meixner, S. & Jerusalem, M. (2009). Exzessive Mediennutzung. In: J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie (S.298-306). Hogrefe, Göttingen.
- Meixner, S. (2010). Exzessive Internetnutzung im Jugendalter. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis, 55. Jg., S. 3 – 7.
- Morahan-Martin & J. & Schumacher, P. (2003). Loneliness and social uses of the Internet. In: Computers in Human Behavior, 19, S. 659-671.
- Meuser, M. & Nagel., U. (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.). Das Experteninterview – Theorie, Methode Anwendung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 71-93.
- Müller, K. W., Ammerschläger, M., Freisleder, F. J., Beutel, M. E. & Wölfling, K. (2012). Suchtartige Internetnutzung als komorbide Störung im jugendpsychiatrischen Setting. Prävalenz und psychopathologische Symptombelastung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychotherapie, 40 (5), S. 331–339.
- Müller, K.W., Beutel, M.E., Egloff, B. & Wölfling, K. (2013). Investigating Risk Factors for Internet Gaming Disorder: A Comparison of Patients with Addictive Gaming, Pathological Gamblers and Healthy Controls regarding the Big Five Personality Traits. In: European Addiction Research, 20, S. 129-136. DOI: 10.1159/000355832.
- Nevermann, Ch. & Reicher, H. (2001). Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Erkennen, Verstehen, Helfen. Beck, München.
- Oldehinkel, A. J., Wittchen, H.-U. & Schuster, P. (1999). Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. In: Psychological Medicine, 29, S. 655-668.
- Petersen, K. U., Weymann, N., Schelb, Y., Thiel, R. & Thomasius, R. (2009). Pathologischer Internetgebrauch – Epidemiologie, Diagnostik, komorbide

- Störungen und Behandlungsansätze. In: Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 77(5), S. 263-271.
- Petersen, K. U., Thomasius, R., Schelb, Y., Spieles, H.; Trautmann, S., Thiel, R. & Weymann, N. (2010). Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland Endbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Mößle, T. & Petry, N. (2015). Prevalence of internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. In: *Addiction*, 110, S. 842-851. DOI:10.1111/add.12849.
- Reicher, H. (1998). Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Waxmann, Münster.
- Remschmidt, H. (2011). Affektive Störungen. In: H. Remschmidt (Hrsg.). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*, 6. überarb. Auflage. Thieme, Stuttgart, S. 223-233.
- Wartberg, L., Sack, P.-M., Petersen, K.-U. & Thomasius, R. (2011). Psychische Befindlichkeit und Leistungsmotivation bei Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60 (2011) 9, S. 719-734.
- Rosenkranz, M., Kammerl, R., Hirschhäuser, L., Schwinge, C., Hein, S. & Wartberg, L. (2013). Risikofaktoren für Probleme mit exzessiver Computer- und Internetnutzung von 14- bis 17jährigen Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse einer deutschlandweiten Repräsentativerhebung. In: *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, Heft 1-2013, S. 87-103.
- Rossmann, P. (2003). Depressive Störungen. In: G. Esser (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, 1. Auflage. Thieme, Stuttgart. S. 263-276.

- Rumpf, H.-J., Meyer, C.; Kreuzer, A., John, U., Vermulst, A. & Merkeek, G.-J. (2011). Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- Seiffge-Krenke, I. (1994). Gesundheitspsychologie des Jugendalters. Hogrefe, Göttingen.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P.C., Overpeck, M. D, Sun, W. & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. In: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158, S. 760-765.
- Strittmatter, E., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven et al. (2015). Pathological Internet use among adolescents: Comparing gamers and non-gamers. In: Psychiatry Research, 228, S. 128-135.
- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura, T. et al. (2014). Behavioral characteristics of subthreshold depression. In: Journal of Affective Disorders, 168, S. 472-475).
- te Wildt, B. T. (2009). Internetabhängigkeit – Symptomatik, Diagnostik und Therapie. In: D. Batthyány und A. Pritz (Hrsg.). Rausch ohne Drogen – Substanzungebundene Süchte. Springer, Wien. S 257-280.
- Tsitsika, A., Janikian, M., Schoenmakers, T. M., Tzavela, E. C., Ólafsson, K., Szymon, W. et al. (2013). Internet Addictive Behavior in Adolescence: A Cross-Sectional Study in Seven European Countries. In: Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 17 (8), S. 528-535. DOI: 10.1089/cyber.2013.0382.
- Wesselhoeft, R., Sørensen, M. J., Heiervang, E. R. & Bilenberg, N. (2013). Subthreshold depression in children and adolescents – a systematic review. In: Journal of Affective Disorders, 151, S. 7-22.
- Wölfling, K, Müller, K. W., Giralt, S. & Beutel, M. E. (2011). Emotionale Befindlichkeit und dysfunktionale Stressverarbeitung bei Personen mit Internetsucht. In: Sucht, 57 (1), S. 27-37.

- Yang, J. Y., Qui, X. H., Lin, W., Qiao, Z. X., Yang, X. X. & Sun, H. L. (2012). Associations among impulsivity, aggression, and subthreshold depression in chinese university students. In: *Social Behavior And Personality*, 40 (2), S. 239-250.
- Young, K. S. & Rodgers, R. C. (1998). The Relationship Between Depression and Internet Addiction. In *CyberPsychology & Behavior*, 1 (1), S. 25-28.

Anhang

Anhang A – Schriftliche Anfrage zum Experteninterview

Einrichtung

Anrede Name

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Berlin, (Datum)

Anfrage für ein Experteninterview

Sehr geehrte/r Herr/Frau (Titel und Name),

(Hinweis darauf, wie ich auf den Experten/die Expertin aufmerksam geworden bin).
Ich schreibe derzeit an meiner Masterarbeit zum Thema Internetabhängigkeit bei männlichen Jugendlichen unter dem Aspekt komorbider subklinischer Depressivität im Studiengang Suchthilfe/Suchttherapie der Suchtakademie Berlin-Brandenburg unter der Leitung von Herr Dr. Lindenmeyer.

Mit Ihrer langjährigen Erfahrung in der Beratung und Behandlung internetabhängiger Jugendlicher verfügen Sie über ein für meine Untersuchung interessantes Wissen. Aus diesem Grund würde ich Sie sehr gerne als Experten interviewen.

Das Forschungsvorhaben möchte ich anhand von Interviews mit Experten aus den Bereichen Suchthilfe, Suchtforschung, Jugendpsychiatrie und –psychotherapie realisieren.

Die vorgesehene Dauer für das Experteninterview umfasst 60 Minuten. Das Interview gliedert sich in folgende vier Fragenkomplexe.

1. Arbeitsgebiet, Zugang zu Betroffenen, Prävalenz
2. Besonderheiten der betroffenen Zielgruppe
3. Diagnostik
4. Relevanz für Beratung/Behandlung, Verlauf und Outcome

Über Ihre Rückmeldung zur Vereinbarung eines Interviewtermins freue ich mich sehr und stehe Ihnen gerne für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Miroslav Živković

Anhang B – Leitfaden für das Experteninterview

Datum:

Institution:

Interviewpartner:

Einführung

Sehr geehrte/r Frau/Herr (Name des Interviewpartners),

vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit zu einem Interview mit Ihnen geben.

Ich arbeite in einer Jugendsuchtberatungsstelle. Im Rahmen meines Studiums der Suchthilfe/Suchttherapie an der Suchtakademie Berlin-Brandenburg schreibe ich derzeit an meiner Masterarbeit.

Ich beschäftige mich mit dem Thema „pathologische Internetnutzung bei männlichen Jugendlichen mit einer komorbiden subklinischen Depression“. Meine praktische Erfahrung im Beratungskontext zeigt, dass es durchweg männliche Jugendliche sind, die aufgrund pathologischer Internetnutzung Hilfe suchen. Aus diesem Grund konzentriert sich die Arbeit auf männliche Jugendliche als Betroffene. Dies umfasst die Altersgruppe der 14 bis unter 18jährigen nach dem SGB VIII, § 7, Abs. 1, 2, schließt aber auch die 18jährigen mit ein.

Die Recherche der Forschungsliteratur zu Internetabhängigkeit stellt einen hohen Anteil an komorbider Depression fest. In diesem Zusammenhang scheint der Aspekt subklinischer Depression jedoch bisher wenig beforscht. Subklinische Depression im Jugendalter scheint ähnlich häufig wie klinische Depression aufzutreten. Sie stellt außerdem einen gewichtigen Risikofaktor für die spätere Manifestation einer klinisch relevanten Depression dar. In Verbindung mit pathologischer Internetnutzung ist von schwereren Krankheitsverläufen mit erschwerten Bedingungen für die Therapie und negativen Auswirkungen auf den Therapieerfolg auszugehen.

Ich möchte mit meiner Arbeit untersuchen

- welche Relevanz die subklinische Depression bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch im Hilfesystem hat,
- wie gut sie erkannt wird,
- welche Bedingungen möglicherweise dazu führen, dass sie nicht erkannt wird und
- welche Maßnahmen die Diagnostik und Behandlung verbessern könnten.

Bevor ich mit dem Interview beginne, möchte ich noch einige Hinweise zum Ablauf geben.

Das Interview dauert ca. 60 Minuten.

Ich werde das Interview mit einem digitalen Aufnahmegerät festhalten und im Anschluss für die Auswertung transkribieren.

Sind Sie damit einverstanden, dass ich das Interview aufzeichne?

Möchten Sie, dass das Interview anonymisiert wird?

Das Gespräch gliedert sich wie folgt.

1. Allgemeine Fragen

Arbeitsgebiet, Zugang der Betroffenen zum Hilfesystem und Prävalenz subklinischer Depression als Komorbidität bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch

2. Störungs- und zielgruppenbezogene Fragen

Besonderheiten der betroffenen Zielgruppe

3. Diagnostik und Einflussfaktoren

Diagnostik subklinischer Depression bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch

4. Relevanz subklinischer Depression

Beratung/Behandlung männlicher Jugendlicher mit pathologischem Internetgebrauch, Verlauf und Outcome

Haben Sie noch Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen?

1. Allgemeine Fragen

1.1. Arbeitsgebiet und Aufgaben

Können Sie bitte zunächst Ihre Arbeit in Bezug auf männliche Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch kurz beschreiben?

1.2. Zugang

Durch wen kommt der Kontakt zum Hilfesystem zustande?

- Vermittelnde Dienste/Einrichtungen
- Hilfesuchende

1.3. Behandlungsmotivation

Aus welchen Gründen suchen Hilfesuchende Ihre Einrichtung auf?

- Motivation der Betroffenen
- Gründe für fehlende Motivation
- Internale/externale Motivation
- Weitere Faktoren

1.4. Prävalenz

Wie häufig ist eine subklinische Depression als Komorbidität bei der betroffenen Gruppe Ihrer Einschätzung nach?

- Stellung subklinischer Depressionen im Ranking von Komorbiditäten bei pathologischem Internetgebrauch
- Bedeutung anderer Störungen

2. Störungs- und zielgruppenbezogene Fragen

2.1. Annahme von Hilfe, Hilfebedarf

Wie gut nehmen männliche Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch und subklinischen Depressionssymptomen Hilfe an?

- Gründe für Annahme/Ablehnung von Hilfe
- Hilfebedarf der Zielgruppe aus professioneller Sicht

2.2. Haltequote/Behandlungsdauer

Wie lang ist erfahrungsgemäß die Verweildauer bzw. die Haltequote der Betroffenen in Beratung/Therapie/Behandlung?

- Ursachen für kurze/lange Verweildauer/Haltequote

2.3. Problembewusstsein/Krankheitsempfinden

Schildern Betroffene in Beratung Beschwerden/depressive Symptome, die sie sich selbst nicht mit ihrem Internetgebrauch erklären können?

- Geschilderte Beschwerden/Symptome
- Erklärung/Attribuierung der Symptome durch die Betroffenen
- Ursachen für fehlendes Problembewusstsein/Krankheitsempfinden

Sehen Betroffene mit einer vorliegenden Diagnose einer subklinischen Depression für sich diesbezüglich einen Behandlungsbedarf?

- Wenn nein, welche Gründe?

2.4. Unterschiede zwischen komorbider subklinischer Depression und ohne

Welche Unterschiede sehen Sie zwischen pathologischen Usern mit und ohne subklinische Depression bei den bereits angesprochenen Punkten?

- Unterschiede zwischen Betroffenen mit komorbider subklinischer Depression und klinischer Depression

3. Diagnostik und Einflussfaktoren

3.1. Diagnostik subklinischer Depression

Eine klare Definition subklinischer Depression im Sinne einer Krankheitsdefinition besteht nicht. Subklinische Depression als eine nicht den diagnostischen Schwellenwert zur Depressionsdiagnose überschreitende Störung stellt die Praktiker vor die Herausforderung eine Festlegung zu treffen, ab wann von krankheitswertigen Symptomen zu sprechen und dementsprechend zu handeln ist. Wie gehen Sie vor bei der Beurteilung, ob eine subklinische Depression vorliegt oder nicht?

Wie viel Zeit wird für eine adäquate Diagnose bzw. Einschätzung der Problematik benötigt?

3.2. Reliabilität der Diagnose

Wie (gut) lässt sich eine subklinische Depression bei pathologischem Internetgebrauch identifizieren in Ihrer Arbeit, auch in Abgrenzung von anderen möglichen komorbiden Störungen unterscheiden?

- Ursachen, die eine Diagnose erschweren
- Risiken bei der Diagnose

3.3. Diagnose bei Weitervermittlung

Werden Betroffene zur Beratung weiter vermittelt werden, besteht durch die zuweisende Stelle bereits ein Verdacht oder eine Diagnose auf subklinische Depressionssymptome?

- Diagnose korrekt?
- Wenn nein, Ursachen
- Auswirkungen/Einfluss einer vorliegenden Diagnose auf eigene Arbeit?

Welche möglichen Ursachen sehen Sie dafür, dass subklinische Depressionssymptomatik nicht erkannt oder übersehen wurde?

Wer hat Ihrer Erfahrung nach ein gutes Gespür dafür, dass neben der Internetproblematik eine weitere Störung vorliegen könnte?

3.4. Einflussfaktoren bei der Diagnostik

Welche Voraussetzungen und Faktoren (personell, fachlich, Kriterien, Schilderung der Betroffenen etc.) müssen gegeben sein, um eine subklinische Depression identifizieren zu können?

- Einflussfaktoren, die eine Erkennung subklinischer Depression erschweren

4. Relevanz subklinischer Depression bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch für Störungsverlauf, Behandlung und Beratung und Behandlungserfolg

4.1. Auswirkung auf Krankheitsverlauf

Wie würden Sie den Einfluss einer subklinischen Depression für den Krankheitsverlauf pathologischer Internetnutzung einschätzen?

- Typische Verlaufsformen?

4.2. Herausforderungen für Behandlung/Beratung

Vor welchen besonderen Herausforderungen steht das Hilfesystem bei der Beratung und Behandlung, wenn eine komorbide subklinische Depression vorliegt?

Was ist bei der Behandlung/Beratung der Betroffenen zu beachten?

- Vorgehen/Verfahren bei der Behandlung

4.3. Erfolg der Behandlung

Wie wird diesen Anforderungen in der Praxis begegnet und wie schätzen Sie den Behandlungserfolg bei einer solchen Doppeldiagnose ein?

4.4. Anforderungen an die Praxis zur Verbesserung der Hilfe

Welche Lücken muss die Forschung noch schließen, um ein besseres Störungsverständnis und somit auch eine bessere Behandlung zu ermöglichen?

Welchen Beitrag kann das Hilfesystem leisten, um eine bessere Erkennung und Behandlung der betroffenen Jugendlichen zu ermöglichen?

- Personen/Institutionen, die bei Verbesserung der Versorgung/Hilfe eine Rolle spielen?
- Welcher Bedarf ist dort vorhanden?
- Eigene Wünsche/Ideen zur Verbesserung der Versorgungslage

Anhang C - Experteninterviews

A. Interview mit Herrn Dr. Kay Uwe Petersen

Durchgeführt am: 20.10.2015

I	Mich würde zunächst erst mal interessieren ob Sie kurz Ihr Aufgabengebiet oder Ihr Arbeitsgebiet und die Aufgabenschwerpunkte in Bezug auf die Zielgruppe männlicher Jugendlicher mit pathologischem Internetgebrauch beschreiben können.
A(1)	Hab ich noch nicht verstanden. Die Frage bitte noch mal.
I	Ihre Arbeit, die Sie machen im Bezug auf das Thema pathologische Internetnutzung bei Jugendlichen oder bei männlichen Jugendlichen, o liegen da Ihre Aufgabenschwerpunkte derzeit?
A(2)	Also ich hab im Verlauf eine ganze Reihe von Dingen gemacht, die mich in die Nähe gebracht haben. Also ich bin ja schon sehr lange in der Suchtforschung und hab in Hamburg, hab zuerst in Hamburg gearbeitet und jetzt bin ich in Tübingen. In Hamburg hab ich am Deutschen Forschungszentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters bei Professor Thomasius mit dem Thema angefangen. Das war glaub ich 2006 als wir relativ viele Jugendliche in der Drogenambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene in Hamburg festgestellt haben. Da kam dieses Thema Computer und Internet sehr als ein Problembereich hoch und dann haben wir uns da halt überlegt, was wir da machen und haben eine, haben dem Bundesgesundheitsministerium vorgeschlagen, dass wir da mal ein systematisches Review und eine Befragung der Beratungs- und Behandlungsangebote in Deutschland machen können. Und das haben wir auch gemacht. Und dann, ja, dann haben wir danach verschiedene Dinge, also wir haben dort selber ein Behandlungsangebot für Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt, das heißt „Onlineflucht statt Onlinesucht“. Also ich hab mir das Thema, ähm, den Titel nicht ausgedacht. Das war eine Therapeutin, die da..

I	Also wenn ich Sie richtig verstanden hab, dann ging's erst mal darum mal festzustellen liegt da eine relevante Prävalenz vor.
A(3)	Also erst mal haben wir natürlich untersucht ob da ein relevantes Problem ist.
I	Und ob es Behandlung dazu schon gibt oder wie die Behandlungsstellen das Problem wahrnehmen.
A(4)	Wir haben dann eben versucht ein systematisches Review über die wichtigen Aspekte, z.B. eben die Behandlung und Diagnostik zu präsentieren. Haben das auch veröffentlicht 2010.
I	Ok, super. Also das sind so die Forschungsschwerpunkte zum Thema Internet.
A(5)	Das ist damals gewesen. Danach hab ich mich halt weiter damit beschäftigt, mit dem Thema, mit verschiedenen Aspekten Onlineberatung und Ähnlichem. Im Moment grade bin ich wieder bei einer Anschlussbefragung wo wieder Beratungs- und Behandlungsangebote wieder aktuell (...) Die Onlineumfrage startet heute.
I	Ah, also ein ganz aktuelles Thema sozusagen. Das ist natürlich spannend. Vielleicht hätte ich auch zu einem späteren Zeitpunkt Sie nochmal befragen sollen.
A(6)	Da hätte ich Ihnen dann Ergebnisse dazu sagen können. Aber ich hätte es nicht sagen dürfen.
I	Ich denk mal, wir werden zu einem Ergebnis auch kommen. Mich würde mal interessieren aus Ihrer Erfahrung auf welchen Wegen finden denn Betroffene Zugang zum Hilfesystem, also welche Dienste werden da am häufigsten aufgesucht von internetabhängigen männlichen Jugendlichen?
A(7)	Ja, also das hatten wir ja konkret in dem, ich erinner mich nur nicht genau, das hatten wir konkret gefragt in unserer Studie und fragen wir auch wieder,

	<p>ob sich da was verändert hat. Damals, ich überleg grade ob ich das richtig erinnere was wir damals an Ergebnissen. Ich muss da nachdenken, was wir da gefunden haben. Ob das die, also ich glaube das war schon, also dass die über Eltern kommen sehr stark, also halt auch mit Familie kommen und auch im Internet versucht haben vorher was zu finden.</p>
I	<p>Also, entweder haben die selbst Hilfe aufgesucht oder durch das familiäre Umfeld wurde Hilfe gesucht. Das sind sozusagen die stärksten Faktoren oder die Zugangswege. Welche Dienste wurden denn da am häufigsten in Anspruch genommen?</p>
A(8)	<p>Was meinen Sie jetzt mit Dienste?</p>
I	<p>Also, wurden da eher noch Beratungsstellen kontaktiert oder war das dann häufig schon so weit, dass gesagt wurde, na da müssen wir damit an die Jugendpsychiatrie oder direkt an den Therapeuten heran?</p>
A(9)	<p>Das ist schwer zu beurteilen. Also es hängt ja da dran, dass man das gar nicht so nach Kategorie sagen kann. Einrichtungen, die besonders erfolgreich werben und die sich bekannt machen, wo auch so bekannte Personen arbeiten, die überregional in die Medien kommen und dann auffallen. Also ich denke zum Beispiel an den Herr Wölfling aus Mainz, wo eine bekannte Person ist. Dessen Behandlungsangebot ist zwar sehr speziell an einer Klinik aber hat natürlich eine große Aufmerksamkeit. Anderswo sind das dann wahrscheinlich Beratungsstellen oder sind es sicher Beratungsstellen, die eben besonders... Aber das ist sehr von, hängt natürlich von der Region auch ab und wer da bekannt ist für das Thema. Einige Regionen haben sich sehr stark vernetzt, auch, also zum Beispiel gab es ja dieses Netz mit ??? in Hessen wo die sehr aktiv waren. Die werden sicherlich auch noch sehr viele Personen anziehen, die Probleme haben.</p>
I	<p>Ok, das bedeutet also es gibt eine Helfelandschaft, aber die ist sag ich mal noch kleinteiliger strukturiert und wer sich am besten bekannt macht, der</p>

	erhält am meisten auch Zulauf.
A(10)	Würd ich annehmen, ja. Ich bin, ich mein, das ist ein bisschen das Problem, dass wir im Bereich der Hypothesen sind. Also das ist so ein bisschen der Stand, wie ich das vermute von dem, was ich von der letzten Studie weiß und was ich an Informationen so zusätzlich bekommen habe. Aber richtig wissen werde ich das im März, weil wir das ja erforschen.
I	Ok. Vielleicht sollten wir dann nochmal telefonieren. Herr Dr. Petersen so Ihrer Einschätzung nach, wenn Ihnen das möglich ist, wie häufig würden Sie sagen tritt denn eine subklinische Depression bei der betroffenen Gruppe, also den pathologischen Internetnutzern, den männlichen Jugendlichen auf?
A(11)	Also das ist sicherlich das Häufigste. Depressionen sowieso eine häufige komorbide Störung. Subklinisch sicherlich häufiger noch. Allein auch als, ja, Konsequenz der Belastung in der diese Personen sind. Und die kann ja schon ganz schön erheblich sein. In dem Zusammenhang würde ich mir das als Konsequenz mir vorstellen können. Die Frage ist ob das etwas ist, was vorher schon da war und so ein bisschen eine Auswirkung hatte auf die Entstehung der Computer- und Internetabhängigkeit. Aber das weiß ich nicht wirklich. Also das weiß auch keiner so wirklich.
I	Also da gibt es keine belastbaren Zahlen dazu?
A(12)	Nee, es gibt natürlich erste Langzeitstudien noch dazu, die sich aber auch widersprechen und da bin ich noch nicht überzeugt, dass ich mich da einer... Also ich, ich würde jetzt persönlich, wenn ich entscheiden würde, würde ich sagen eine Internetabhängigkeit, die Depression im Zusammenhang mit Internetabhängigkeit ist eher eine Konsequenz und es ist eher seltener, aber auch vorkommend, dass die aufgrund dieser, des Vorliegens der Depression dazu kommen. Wär für mich auch nicht so plausibel. Warum sollte jemand, der depressiv ist subklinisch, jetzt so viel Spaß am Computerspielen haben, mehr als andere.
I	Jetzt habe ich Sie richtig verstanden, Sie haben primär zum Thema

	Depression im Zusammenhang mit Internetabhängigkeit gesprochen. Für mich ist noch mal die Frage interessant, wo würden Sie subklinische Depressionen, also Symptome einer Depression, die aber nicht den klinischen Schwellenwert, sag ich mal, überschreiten. Wo würden Sie das in einem Ranking unter den Komorbiditäten verorten?
A(13)	Also, das muss ich noch ein bisschen genauer verstehen. Also an wievielter Stelle das wäre? Das wäre jetzt schon ein Ranking. An wievielter Stelle der komorbiden Störungen?
I	Ja genau, wenn wir jetzt subklinischer Depression ausgehen. Also von einer Ausprägung, die nicht einer klinischen Depression entsprechen würde. Dass man sagt, einfach Depressivität als Stimmung oder einzelne Aspekte einer Depression.
A(14)	Na, also ich würde sagen auf jeden Fall unter den Top Five. Also an welcher Stelle nun ganz genau, wüsste ich nicht, aber da müsste man... Auf jeden Fall sehr weit oben. Also ich könnte mir auch, ja, ich hab da verschiedene Typen vor Augen. Ich denke auch was mit Ängstlichkeit, sozialen Ängsten, dass das auch oft da ist. Aber ich glaub das Depressive ist häufiger.
I	Also es scheint tatsächlich schwierig zu sein dazu belastbare Aussagen zu treffen, ne.
A(15)	Ja, also um da jetzt richtig Prävalenzen... Also das Problem ist, dass das subklinische meistens ja nicht so erforscht wird. Es werden ja wirklich dann die richtig Depressionswerte, die gemessen worden sind, im Zusammenhang genannt und so was Ähnliches. Oder die Diagnosen. Und ja, da weiß natürlich, da müsste ich allerdings nach gucken, wie das aktuell ist, obwohl ich das jetzt grade, also ich hab gerade ein Review geschrieben dazu aber die Zahlen gehen mir relativ schnell wieder aus dem Kopf, wenn ich sie erst mal verarbeitet habe. Weiß ich nicht auswendig.
I	Ok, aber wenn es das irgendwo schriftlich gibt, besteht ja die Möglichkeit, dass ich das dann auch nachlese.

A(16)	Wenn's das Review gibt meinen Sie?
I	Genau.
A(17)	Also ich sprech da speziell auf das, diesen neuen Band von DGPPM Band, State of the art, Psychotherapie (...), der jetzt im Herbst erscheint. Da ist ein Artikel drin von Bert teWildt und mir. Computerspiel- und Internetabhängigkeit. Und da sind immer so, das was wir so als aktuelle Zahlen gefunden haben. Machen wir immer einen im Jahr. Deswegen ist das was jetzt rauskommt im Herbst. Also meistens so im November kommt das raus. Das ist dann immer dass das aktuell ist.
I	Lassen Sie uns nochmal vielleicht zur Zielgruppe kommen. Sie sagen jetzt: zahlenmässig lässt sich das schwer einschätzen. Es wird auch nicht so gut untersucht, aber aus Ihrer Erfahrung heraus oder aus der Forschung heraus könnten Sie vielleicht irgendwie erfassen welchen Hilfebedarf Jugendliche mit einer Internetabhängigkeit und subklinischer Depression haben?
A(18)	Was natürlich von weiteren Dingen wieder abhängt. Also sind das Leute, die, also vor allem das Alter und der Stand, ob sie in der Familie leben oder ob sie selbständig soweit sind. Und dann zu sowas kommen. Also wenn es sich um Jugendliche, junge Erwachsene handelt mit Familie, ist es natürlich, werden die Eltern in diesem Fall etwas unternehmen. Deswegen würde ich sagen wird dieser depressive Aspekt nicht viel ausmachen. Eher noch was Alarmierenderes sein, dass sie sich noch stärker engagieren. Während bei den Erwachsenen wird es so sein, dass die dann natürlich antriebsgemindert sind und wahrscheinlich eher weniger für sich sorgen und da was unternehmen werden. Was ja ein Problem ist, dass die nicht in die Beratungsstellen kommen.
I	Also mich interessieren ja primär Jugendliche. Ich sag mal 14-18. Ich gehe jetzt einfach mal davon aus, die leben noch zu Hause, wenn sie nicht in einer Hilfeeinrichtung leben. Jetzt haben Sie auch schon angesprochen Eltern suchen da häufig den Kontakt auf. Wie ist denn die Motivation der

	Betroffenen im Hilfesystem, wenn da noch eine subklinische Depression vorliegt, wird das dadurch beeinflusst, die Motivation?
A(19)	Motivation der Betroffenen?
I	Ja genau, Hilfe in Anspruch zu nehmen.
A(20)	Also ich glaube dass das schwieriger ist für die Therapeuten einen Einstieg zu kriegen, weil die kommen, also was ich mir da so vorstelle, kommt relativ deutlich von außen motiviert und mauert so ein bisschen, findet sich gar nicht so problematisch, findet sich gar nicht krank und da muss sehr stark am Bewusstsein erst mal gearbeitet werden, dass da ein Problem ist. Also die Eltern vor allem alarmiert.
I	Genau, sie sprechen da noch mal einen wichtigen Aspekt an. Wenn jetzt Hilfe aufgesucht wird aufgrund dieser Internetabhängigkeit, hat zu dem Zeitpunkt jemand schon erkannt, also Eltern oder die Betroffenen selber, da könnte noch was anderes sein außer der Problematik, die ich mit dem Internet habe? Erkennen die das denn im Vorfeld?
A(21)	Würd ich verneinen. Also ich würde vermuten, dass die erst mal mit diesen deutlichen Problemen, was man viel eher sieht, dass der ständig am Computer hockt (...) Damit kommen sie. Das ist das, was die Eltern beunruhigt. Sie können das Kind nicht mehr motivieren etwas anderes zu machen oder mit ihm etwas zusammen zu machen oder die Leistungen zu erfüllen, die Anspruch sind in Richtung Schule. Ich denke, dann versuchen sie ihr Kind da hin zu bringen und dann ist es eben wichtig, dass jemand da ist, der auf die komorbiden Störungen achtet. Überhaupt Diagnostik macht.
I	Wer erkennt denn erfahrungsgemäß am besten, dass da noch eine Komorbidität vorliegt, also eine subklinische Depression?
A(22)	Na ja, ich habe jetzt eigentlich immer in psychiatrischen Einrichtungen gearbeitet und ich würde mal, aber es ist wohl so, dass die bei sowas am besten aufgehoben sind bei Fachpersonen. Also bei Personen, die

	<p>Erfahrung damit haben. Also der in diesem Fall nicht weniger in der Beratungsstelle als eher in der Ambulanz. Ich will aber annehmen, dass ist jetzt dann ein Vorurteil gegenüber Beratungsstellen, was auch ein bisschen aus Ignoranz kommt, weil ich mich dann so gut auch wieder nicht auskenne, also ich denke mal, ich hoffe mal, dass in den Beratungsstellen die Personen auch sensibilisiert sind mittlerweile für komorbide Dinge und sie dann irgendwas bemerken und die Personen dann entsprechend weiterleiten an eine Einrichtung.</p>
I	<p>Das ist natürlich auch noch mal ein interessanter Aspekt, den Sie da ansprechen. Was für Voraussetzungen braucht es denn Ihrer Meinung nach, um so eine subklinische Depression als Komorbidität überhaupt entdecken zu können, wenn jemand Hilfe sucht? Was kommt da alles zusammen?</p>
A(23)	<p>Also ich denke mal die Person muss irgendwie einordnen können was da an Symptomen geschildert wird, wie das zu bewerten ist, ohne das zu sehr zu dramatisieren oder auch, ja, auch unterzubewerten. Wobei bei Depressionen, da muss man das auch so ein bisschen trennen von den Symptomen der Internetabhängigkeit oder den Begleitsachen. Also wenn er zum Beispiel schlecht schläft, kann das natürlich auch sein, dass das jemand ist, der sich halt mit dem Spielen wachhält oder halt auch, dass er abgemagert ist, weil er nicht richtig zum Essen kommt oder dick ist, weil er eben nur irgendwelche Fastfoodsachen ist. Da sind ja schon auch paar Dinge, die sich auch so überschneiden. Das zu trennen...</p>
I	<p>Sie sprechen jetzt zum einen von der Fachlichkeit, der Personen, die das beurteilen und zum Anderen auch davon, dass es schwierig ist, das zu beurteilen aufgrund von Symptomüberlappungen. Gibt es noch andere Voraussetzungen, die wichtig sind, um das gut diagnostizieren zu können? Also beispielsweise die Betroffenen selber betreffend? Also was müssten die vielleicht mitbringen damit man das gut diagnostizieren kann?</p>
A(24)	<p>Was die Betroffenen mitbringen?</p>

I	Mhm.
A(25)	Das kann man sich ja meistens nicht so richtig aussuchen. Also wenn man sich das aussuchen könnte, würde man sich natürlich Betroffene wünschen die sich schon bewusst sind was ihre Probleme sind, die sich damit schon auseinandergesetzt haben und die halt nur Hilfe brauchen. Das ist aber nicht so wahrscheinlich.
I	Wie ist denn erfahrungsgemäß die Verweildauer oder die Haltequote der Betroffenen in Hilfeangeboten?
A(26)	Oh, da ist auch die Frage, wie sich das verändert hat. Das war damals ziemlich schlecht. Solche Zahlen habe ich leider nicht so richtig im Kopf. Wir haben da ein Buch veröffentlicht 2009. Ich könnte das auch nach gucken, wenn wir Zeit genug haben. Dann würd ich einfach gucken, was wir damals... Ist es sinnvoll? Ich hab das Buch nämlich hier auf dem Tisch.
I	Wenn Sie das gerne möchten und die Zeit dafür haben, können Sie das gerne machen?
A(27)	Also dann würd ich, weil das muss relativ gut ersichtlich sein. (sucht) Das haben wir auch wieder gefragt, weil die Haltequote ganz wichtig ist. Ach so, die komorbiden Störungen, die sie gemeint haben. Da haben sie damals als erste Depressionen genannt. Auch das entspricht dem Stand der Forschung. Moment.
I	Wenn Sie da keine ganz genauen Zahlen haben, es bringt mich ja nicht um. Mir ist ja auch Ihre Einschätzung wichtig. Sie haben ja dazu geforscht und können jetzt sagen: „Die ist halt nicht besonders gut, die Haltequote oder die Verweildauer.“ Das ist ja schon eine Aussage.
A(28)	Die Haltequote, die Abbruchquote, das kommt natürlich auf die Einrichtung auch an. Also bei uns damals, ich sehe das jetzt gerade, war das so, dass... Ich habe gefunden, dass bei den Beratungsstellen... (sucht noch im Buch) Ich hab einfach nicht die Zeit um mir genau anzugucken, wie das genau

	gemeint ist. Hier haben wir auf jeden Fall eine Erfolgsquote von 62% in den Beratungsstellen und 83% in den Ambulanzen. Mit der Frage ob eben die Symptomatik sich verbessert hat, also als Erfolg.
I	Das betrifft jetzt aber, vermute ich mal, nur Betroffene mit ausschließlich einer Internetabhängigkeit. Also das ist jetzt nicht spezifisch nach Komorbiditäten geschaut worden.
A(29)	Ja, da haben wir nicht differenzierter gefragt.
I	Wollen wir noch mal zurück zur Frage nach Verweildauer und Haltequote im Hilfeangebot dieser spezifischen Betroffenenengruppe zurück kommen.
A(30)	Da haben die im Mittel, je nach Einrichtung, unterschiedliche Sachen angegeben. Elf Wochen zum Beispiel in den Kliniken. So ähnlich auch in den Beratungsstellen, 14 Wochen und sehr viel mehr in den Ambulanzen. So ungefähr das Dreifache.
I	Also im therapeutischen Bereich...
A(31)	Aber gut, die Ambulanzen, das waren auch sehr wenige. Da sind die Zahlen auch ein bisschen unzuverlässiger. Wenn man das so im Mittel bilden will (Beratungsstellen, Ambulanzen, Kliniken), 12 Wochen.
I	Jetzt hatten wir ja auch schon darüber gesprochen, dass wenn Betroffene Kontakt zum Hilfesystem aufnehmen in der Regel da jetzt von Betroffenen oder von Angehörigen kein Verdacht auf die Komorbidität besteht. Wenn jetzt andere Dienste vermitteln zum anderen Hilfeträger, besteht da denn häufiger eine Diagnose darüber, ob da was vorliegt oder eher nicht?
A(32)	Wenn andere Träger an wen vermitteln?
I	Beispielsweise sagen wir eine Beratungsstelle an einen Therapeuten.
A(33)	Also wenn eine Beratungsstelle vermittelt, dann wird die einfach mit einem Problem zu tun haben, was sie denkt, was ihre Möglichkeiten übersteigt.

	Der Grund ist dann eben oft die komorbide Störung.
I	Also das heißt, die können noch nicht erfassen worin das Problem liegt, weil sie das in der Beratungsstelle nicht bearbeiten können, erkennen da möglicherweise einfach, das ist außerhalb unserer Möglichkeiten, können das aber nicht genau fassen.
A(34)	Da sie einfach die Intensität der Behandlung nicht leisten können, das ist mehr als eine einfache Beratung.
I	Wenn jetzt beispielsweise eine Diagnose vorliegt, ein Träger vermittelt hat an einen anderen und sagt, ok, da liegt eine pathologische Internetnutzung bei diesem jungen Mann vor und eventuell eine subklinische Ausprägung von Depression, inwiefern hat das denn Einfluss auf die Behandlung dort?
A(35)	Kann ich jetzt schlecht beurteilen. Dazu muss man die Leute, die da wirklich arbeiten fragen. Also, bei mir hätte das Einfluss.
I	Sie können ja von sich ausgehen.
A(36)	Wobei ich eben aus der Behandlung sozusagen jetzt raus bin, dass ich da schlecht irgendwie so viel sagen kann.
I	Ok, was erschwert denn möglicherweise eine Diagnostik subklinischer Depression im Hilfesystem? Sie hatten ja jetzt schon angesprochen: fachliche Kenntnisse. Das war ein Punkt.
A(37)	Ja, das ist auch, die Frage ist auch, wer da zuständig,... also die in den Beratungsstellen fühlen sich oft auch nicht so richtig zuständig für psychiatrische Diagnosen. Ich denke mal, dass wird sicherlich auch ein Problem sein. Sonst ist das, im Prinzip für einen Psychologen ist das nicht so problematisch. Da kann er zusätzlich irgendwelche Instrumente auch nutzen. Das könnten die auch, aber fühlen sich da auch wahrscheinlich auch irgendwie überfordert das auszuwerten.
I	Es gibt jetzt mehrere Einflussfaktoren, eher externale Motivation der

	Betroffenen, dann eine Überforderung in bestimmten Bereichen des Hilfesystems oder auch die fachliche Zuständigkeit ist nicht gegeben, dann Überlappung, hatten Sie gesagt, von Symptomatikern. Wie ist denn das, wenn so junge Männer Hilfe aufsuchen und ihre Symptomatik schildern, gibt es da auch Symptome oder Beschwerden, die sie sich selber nicht mit ihrem Internetgebrauch erklären können?
A(38)	Das ist wieder etwas schwierig. Nochmal bitte, ich habe die Frage glaube ich nicht verstanden.
I	Jetzt sucht ein junger Mann oder ein Jugendlicher Hilfe und schildert seine Beschwerden, gibt es einen Teil der Beschwerden, die er nicht mit seinem Internetgebrauch in Verbindung bringen kann? Erkennen die da etwas anderes eventuell ohne es zuordnen zu können?
A(39)	Ob das vorkommen kann?
I	Schildern Hilfesuchende...
A(40)	Oder ob die das so machen, dass sie auch Dinge schildern, wo man sagen kann, das hat mit der Internetabhängigkeit nichts zu tun?
I	Und erkennen die das auch selber. Dass ich als Betroffener selber da ankomme und sage: „Ich weiß dass ich da ein Problem mit dem Internet hab, aber ich hab halt auch noch das und das und irgendwie kann ich das mit meinem Spielen nicht in Verbindung bringen? Was ist das denn nun?“
A(41)	Also da bin ich mir sicher, dass das vorkommt. Aber da auch sowas wie eine Häufigkeit, da kann ich nur schwer spekulieren. Das ist wirklich eine Frage an jemanden, der täglich so Leute sieht, so an die Praktiker. Da kann ich keine gute Antwort geben leider.
I	Das passiert, das hab ich dann wohl nicht gut geplant. Welche möglichen Ursachen würden Sie sagen gibt es, dass Betroffene selber Symptome einer subklinischen Depression nicht wahrnehmen?

A(42)	Jetzt versuche ich mich grade mal reinzusetzen, so wie ich mir das vorstelle. Aber da, also, ich stell mir da immer so eine, das in der familiären Situation vor, es geht ja auch um Jugendliche und da denke ich, dass das auch, dass dieser Bereich der Internetnutzung in der Familie so ein Krisenthema ist und wo einfach so viel Bewegung und Aggressivität und Stress auch für die immer ist, dass das auch einfach ablenkt, denke ich, von dem, was da noch da ist. Dass sie sich irgendwie abgrenzen müssen und auseinandersetzen müssen, mit dem was sie da machen und... Dass das einfach schwer ist, das dann wahr zu nehmen.
I	Gibt es möglicherweise auch noch weitere Ursachen?
A(43)	Ja, das ist ein Thema wo man lange drüber nachdenken kann. Das hängt natürlich auch sehr stark ab in welchen Situationen die jeweils sind und die sind wirklich sehr unterschiedlich. Also diese Situation mit der Familie und den Eltern, die am liebsten den Internetanschluss entfernen würden, das gibt es natürlich häufig, dass da Aggressivität und Streit ist in der Familie, aber andere Dinge wüsste ich jetzt nicht. Weitere Ideen produziere ich im Moment nicht.
I	Das ist aber schon sehr hilfreich. Danke. Jetzt würde mich auch noch mal interessieren wie das mal mit der Erkennung einer möglichen Diagnose ist, wenn jetzt Jugendliche aufgrund der Internetabhängigkeit zu einem anderen Hilfetragere weiter vermittelt werden, wie wahrscheinlich ist es, dass eine subklinische Depression dort auch übersehen wird?
A(44)	Also, dass auch der zweite Träger das übersieht? Wobei man sagen muss, dass kommt drauf an, ob das eine Situation ist, ob jemand sozusagen auch wegen zusätzlicher Diagnostik auch in die Einrichtung kommt. Da müssten die eigentlich entsprechend aufmerksam und sensibel auf solche komorbiden Störungen sein. Also es kommt ein bisschen drauf an nach wo halt überwiesen wird und mit welchem Hintergrund.
I	Sie sprechen jetzt eher von dem jugendpsychiatrischen Bereich, wo dann

	eher der Fokus darauf liegen sollte, genau nach solchen Störungen zu schauen.
A(45)	Ja und ich denke, ich kann mir nicht so richtig vorstellen, dass die sich nicht zumindest bemühen auf diese Sachen zu gucken. Also wenn da wirklich jemand in diesem Bereich, den ich jetzt eigentlich bisschen beurteilen kann, da wird das angeguckt. Das glaube ich eher seltener.
I	Wo würden Sie das Risiko am ehesten sehen, dass eine Komorbidität übersehen werden kann?
A(46)	Also wenn man mit dem Kind in die Suchtberatungsstelle geht, die jetzt kein so spezielles Angebot hat, aber das irgendwie mitmacht, könnte ich mir schon vorstellen, dass, ja, im Vordergrund schildert die Familie ganz dramatisch so einen familiären Konflikt und dass die denken, da vermitteln wir erst mal was und versuchen den Eltern auch Medienkompetenz beizubringen und wir sind uns gar nicht so sicher wer denn jetzt eigentlich im Vordergrund ist. Ist das Kind wirklich internetabhängig oder sind die Eltern nur besonders empfindlich und solche Dinge, dass das ablenkt von der komorbiden Störung des Jugendlichen.
I	Also auch wieder weitere Einflussfaktoren. Wie lang dauert es denn möglicherweise, also wie lang braucht jemand überhaupt Zeit, so ein Hilfesystem, um so eine Diagnose stellen zu können, die dann zu einer weiteren Hilfe führen kann?
A(47)	Wieviel Wochen muss er die sehen um eine Diagnose zu haben?
I	Beispielsweise. Wir hatten ja vorhin gesagt, dass die Haltequote recht schlecht ist, je nach System in dem sich die Jugendlichen bewegen. Und vielleicht braucht es aber auch eine bestimmte Zeit, um überhaupt eine Diagnose erst mal stellen zu können. Ich muss den erst mal kennen lernen und auseinanderhalten, was vorliegt.
A(48)	Ist auf jeden Fall besser. Wobei, na ja, so ein bisschen...ja zum Beispiel

	diese Internetabhängigkeitsdiagnose oder auf die wichtigen komorbiden Störungen sollte man eigentlich relativ bald kommen. Ich glaube auch dass es in den psychiatrischen Einrichtungen einfach Anfangsthema ist.
I	Die klopfen also erst mal alles ab, so wie ich Sie verstanden habe.
A(49)	Also einfach auch um zu wissen, wie schlecht geht es der Person eigentlich. Wie sehr versteht sie eigentlich was mit ihr los ist? Also damit man auch weiß, was man mit ihr machen kann. Ja und da, es kommt natürlich darauf an, was für eine Einrichtung das ist und auch da muss man ja überlegen in was für eine Einrichtung, also was ist das bessere Angebot. Also in Hamburg wäre zum Beispiel die Ambulanz, Tagesklinik oder Kinder- und Jugendsuchstation oder verschiedene Angebote, also da muss man auch wissen, wen man zu was motivieren soll. Da braucht es dann eine gute Diagnostik am Anfang.
I	Wie sollte da die Reihenfolge aussehen, damit da eine adäquate Hilfe zustande kommt bzw. erst mal eine Diagnose, welche Institutionen müssten da angelaufen werden?
A(50)	Ja, das Problem ist, dass man da oft sagen muss, das kommt sehr stark auf den Fall an. Also ich denke, wer merkt dass er wirklich große Schwierigkeiten hat und wo es auch auf die, ja wo das bedrohlich wird, so dass man denkt...also einfach, dass man merkt, man hat ein wirklich schweres Problem, da würde ich jetzt wirklich eher in eine psychiatrische Ambulanz gehen als in eine Beratungsstelle.
I	Woran würden Sie das denn fest machen, ob ein ernsthafteres Problem vorliegt?
A(51)	Ja, das ist schwierig. Der Betroffene selber, wie er das merken soll. Das eigene Problem ist natürlich immer das schlimmste. Ja, wobei es schon einen Unterschied gibt zwischen denen die sagen würden: „Ich kann zwar mit dem Problem leben, aber das belastet mich, ich komm nicht richtig voran und ich muss jetzt was tun.“ Oder auch, wenn das mit Eltern ist, das sind

	<p>Leute, das ist jemand der kommt jetzt noch mit der Schulsituation, aber es droht eine Verschlechterung, ein Rausfallen aus dem System, da ist er bedroht. Da würde ich dann sagen, so jemand kann man auch in die Beratungsstelle bringen. Aber wenn das jemand ist, der wirklich ist, wo die Konsequenzen schon stark sind, der schon massive schulische Probleme hat und isoliert ist und auch so eine depressive Symptomatik, in diesem Fall so was Zurückgezogenes, dann würde ich eher schon gucken, dass das Fachleute sind. Also eben Psychiater, Psychologen, die das dann auch behandeln können, nicht nur in Beratung.</p>
I	<p>Also sie würden schon dafür plädieren nach Schweregrad der Konsequenzen der Störung, dass man da abgestuft nach einer geeigneten Hilfe sucht. Jetzt hatten Sie ja schon angesprochen, Eltern erkennen eher schwer, ob da zusätzlich etwas vorliegt, Beratungsstellen könnten da ihre Schwierigkeiten haben, jetzt hatten Sie auch angesprochen Jugendliche sind häufig im Kontext Schule. Wie ist das denn in der Schule? Gibt es da sagen wir mal Lehrer oder so, denen das auffällt, ist das wahrscheinlich?</p>
A(52)	<p>Also, da wird ja zunehmend auch ausgebildet, aber ich glaube dass die wirklich, also ich glaube eher Einzelfälle, die können da mal intervenieren, aber ich glaube nicht, dass das jetzt einen großen Einfluss hat. Lehrer kommen auch manchmal und motivieren, dass die Kinder oder Jugendlichen dann was aufsuchen. Das passiert schon.</p>
I	<p>Sie würden jetzt eher sagen, dass nicht. Eher in Einzelfällen passiert das mal.</p>
A(53)	<p>Also dazu haben die einfach mit zu vielen Personen zu tun, als dass sie den Einzelnen genau sehen können.</p>
I	<p>Jetzt habe ich noch mal ein paar Fragen zur Auswirkung der subklinischen Depression. Wie beeinflusst die denn den Krankheitsverlauf pathologischer Internetnutzung?</p>
A(54)	<p>Also die macht es auf jeden Fall schwerer von allein da wieder los zu</p>

	kommen. Also das ist eher so, dass dann wirklich auch jemand unterstützen soll.
I	Kann man einen Unterschied zwischen subklinischer und klinischer Ausprägung bei pathologischem Internetgebrauch machen bezüglich des Verlaufs der Störung?
A(55)	Also ich würde eher sagen, da müsste man die Funktionalität einer... Also wenn das wirklich jemand ist mit einer klinischen Depression, würde ich mich fragen, was bedeutet da die Internetabhängigkeit in diesem Bereich. Also ich würde mir das eher da mal genauer angucken. So über die Vielzahl der Fälle hinweg zu sagen, also grob, je schwerer depressiv, desto schwerer ist er natürlich wieder gesund zu kriegen. Das ist ganz einfach so, banal gesagt. Aber ob ich darüber hinaus etwas sagen kann, bezweifle ich jetzt gerade.
I	Jetzt würde mich natürlich interessieren, wir haben ganz viel schon besprochen, wie kann das erkannt werden, wer erkennt das, kann man das überhaupt erkennen und wir haben jetzt schon festgestellt Depression ist eine der häufigsten Komorbiditäten bei Internetabhängigkeit. Mich würde jetzt natürlich interessieren vor welchen Herausforderungen sehen Sie das Hilfesystem, also Beratung und Behandlung, im Zusammenhang mit komorbider subklinischer Depression bei Internetabhängigkeit?
A(56)	Ja es ist wirklich zu schade, also wenn ich die Onlineumfrage ausgewertet habe, dann werde ich da sehr viel mehr wissen. Dann kann ich sozusagen, das sind ja auch Fragen, die auch eine Bedeutung haben, wo ich dann auch wirklich harte Fakten habe. Jetzt habe ich sozusagen nur das Gefühl und die Spekulation. Dann weiß ich eine Menge dazu, aber es ist nun mal so wie es ist.
I	Was sagt Ihnen denn Ihr Gefühl?
A(57)	Also ich denke, dass das Einbeziehen der komorbiden Störung schon eine Herausforderung ist, weil eben das so ist, diese Spezialeinrichtungen sind

	nicht so weit verbreitet dass sie den Großteil des Hilfebedarfs abdecken können und wir die Suchtberatungsstellen sehr stark brauchen und man muss dann gucken, dass Einrichtungen gut zusammenarbeiten und dann entsprechend weiter geben, wenn sie so ein Gefühl haben. Aber ich frage mich wirklich ob die sowas gut erkennen können.
I	Also Sie sagen eine Herausforderung ist schon die Diagnostik zum einen und zum anderen auch das interdisziplinäre Arbeiten aufgrund auch des geringen Angebots, das spezifisch dafür da ist. Gibt es weitere Herausforderungen, vor denen Sie das Hilfesystem sehen?
A(58)	Wobei ich sagen muss, ich habe mich da relativ offen, so geöffnet jetzt für das, was ich so bekomme von anderen und hab mich da, habe meine Hypothesen sehr weit von mir entfernt. Also ich kann mir vorstellen dass das Hilfesystem selber, also das Bundesgesundheitsministerium eigentlich meint, dass sehr viel vorhanden ist und meint, dass das System sehr gut ausgerüstet ist und möglicherweise nicht viel Bedarfe hat. Und das ist sozusagen deren Annahme. Und meine Annahme, dass da wahrscheinlich doch einiges noch kommt, weil einfach, es haben sich viele Angebote in den letzten Jahren gebildet, aber, einfach, weil das so ein modernes und angesagtes Thema war, alle wollten dann auch mit drauf, wobei die Frage ist. Wie tief gehen die Angebote? Sind das einfach nur Personen, die das halt mit machen? Jeder hat zu dem Thema auch was zu sagen, merkwürdiger Weise. Was wollte ich nochmal sagen?
I	Sie wollten glaube ich auf Ihre eigene Einschätzung so ein Stück weit kommen, die Sie in Ihrer eigenen Forschung jetzt ein Stück weit nach hinten geschoben haben.
A(59)	Ja, was ich dazu sagen will auch noch, wir wissen auch noch ganz wenig eigentlich über die Patienten selber. Also gut, Sie haben sich jetzt auf die männlichen spezialisiert. Bei denen ist man relativ gut noch informiert. Also bei den männlichen, das werden mit großer Wahrscheinlichkeit Computerspieler sein, die einfach den größten Teil in den Einrichtungen

	<p>zubringen und die auch am besten versorgt sind. Schlechter ist es, wenn die andere Dinge machen im Internet und weiblich sind. Also es ist ja wirklich nicht so, dass in den epidemiologischen Studien zur Abhängigkeit die Frauen so deutlich weniger vertreten sind als die Männer. Also wenn man das ansieht, da fragt man sich, was machen die Frauen eigentlich? Werden die eigentlich im Gesundheitssystem also im Hilfesystem richtig vertreten? Kriegen die genug Angebote und braucht es vielleicht auch frauenspezifische Angebote mehr, so dass die erreicht werden? Dass sind zum Beispiel auch Dinge. Die Frage ist, ob das auch noch so ist. Das werden wir auch nochmal erforschen. Vielleicht hat sich ja so etwas gebildet und ich hab das nicht wahrgenommen. Vielleicht ist es so, dass es immer noch so ist, dass das System immer noch sehr auf die männlichen Computerspieler ausgerichtet ist und dann gibt es da sicherlich einen Entwicklungsbedarf.</p>
I	<p>Jetzt habe ich glaube ich noch zwei Fragen an Sie. Die würde ich auch gerne noch stellen und dann sind wir eigentlich auch schon durch. Wenn wir diese Zielgruppe noch mal in den Blick nehmen, diese männlichen Jugendlichen mit Internetabhängigkeit und subklinischer Depression, was ist da in Beratung und Behandlung zu beachten, was brauchen die?</p>
A(60)	<p>Ich würde sagen, ich sag das jetzt einfach mal, ich hab das noch nicht ganz durchdacht: eine stützende Atmosphäre und Impulse und Strukturierung.</p>
I	<p>Das wäre das, was das Hilfesystem auch bieten muss. Wie würden Sie gerade den Behandlungserfolg einschätzen bei dieser Doppeldiagnose?</p>
A(61)	<p>Ja, also würde ich schwieriger sehen als wenn,... ich überlege grade, was könnte problematischer sein. Also ich denke, das ist schon, das erschwert auf jeden Fall den Behandlungserfolg.</p>
I	<p>Welcher Aspekt ist es denn, der dann schwerer zu behandeln ist?</p>
A(62)	<p>Ich denke mal, wobei man auch sagen muss, das hängt dann auch da, auch wenn man sagt, das ist jetzt unter einem Cut-Off von Depressionswerten</p>

	oder es erfüllt nicht das Vollbild, kommt es eben auch sehr darauf an, was für Symptome dann da im Vordergrund sind. Einfach jeder eigene Antrieb auf Veränderung hilft der Therapie ungemein. Man braucht eigentlich jemanden, der was will und je weniger die wollen, desto schwieriger ist es.
I	Also kommt der Motivationsarbeit sehr viel Bedeutung zu.
A(63)	Ja.
I	Ich komme jetzt zu meiner letzten Frage und vielleicht hilft Ihnen die nochmal. Welche Lücken müsste die Forschung noch schließen, um ein besseres Störungsverständnis und damit eine bessere Behandlung zu ermöglichen?
A(64)	Also was mich sehr, ich bin jetzt vielleicht noch bisschen in dieser Sache drin, also ich würde mir schon sehr wünschen, dass einfach der Bereich der Frauen mit einer Störung sehr besser erforscht wird. Da ist so ein bisschen so ein Ungleichgewicht. Auch dass man also im Bereich der Smartphoneaktivitäten stärker guckt, also bei den Leuten die nicht spielen. Also dass man das noch besser untersucht.
I	Also das fänden Sie jetzt noch mal wichtig. Und bezogen auf die Zielgruppe?
(65)	Ja, für die Zielgruppe der männlichen Jugendlichen ist es vielleicht nicht so ganz so relevant. Vor allem die männlichen Jugendlichen, das ist das Problem. Wenn ich mich jetzt um die kümmern sollte, da müsste ich auf etwas anderes kommen (denkt nach). Auch da frage ich mich: Der männliche Jugendliche, was macht der denn? Ist das auch wieder jemand aus der Spielergruppe oder ist das jemand der etwas ganz was anderes macht. Ich denke jetzt so von meinem Forschungsinteresse würde ich sicherlich erst mal nicht so, ich hätte jetzt erst mal den Wunsch ein Behandlungsangebot, ein Onlineberatungs- und Behandlungsangebot zu entwickeln, weniger etwas grundlagenmäßiges zu erforschen. Also sozusagen, daher, wenn ich jetzt die Möglichkeit hätte, da was zu forschen,

	wäre ich sehr belegt, weil ich sehr genaue Vorstellungen habe, wie ich dieses Angebot machen würde und es würde auch für diese Personen hilfreich sein.
I	Inwiefern?
A(66)	Weil das ein Angebot ist, das sehr gut erreichbar ist, sie sozusagen am Computer nutzen können, wo sie hier sozusagen mit diesem Programm kommunizieren können und für den ersten Teil der Behandlung keinen Therapeuten brauchen, gar nicht das Haus verlassen müssen.
I	Also Ihnen geht es darum einen Zugang überhaupt erst mal zu schaffen.
A(67)	Ja, das wäre so ein erster Zugang zum Hilfesystem, der dann aber auch weiter vermittelt, wenn das notwendig ist.
I	Da bin ich ja mal gespannt, wie sich das noch entwickelt. Das ist nämlich auch nochmal ein sehr interessantes Thema. Herr Dr. Petersen, ich danke Ihnen vielmals, dass Sie sich so viel Zeit für mich genommen haben.
A(68)	Ja gern, ich hoffe ich habe etwas Sinnvolles beitragen können.

B. Interview mit Herrn Guido Weyers

Durchgeführt am: 22.10.2015

I	Meine erste Frage ist, können Sie kurz Ihre Arbeit, Ihr Arbeitsgebiet in Bezug auf die Zielgruppe, also männliche Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch beschreiben. Was sind da so Ihre Aufgaben und Tätigkeitsschwerpunkte?
B(1)	Also die Suchtberatungsstelle „Charlotte“, hat unter anderem ein Angebot, das sich Medienkonsumberatung nennt und hier ist es quasi eine Anlaufstelle für sowohl Betroffene, die eben halt pathologischen Internetgebrauch betreiben und deren Angehörige. Also was mir, seit dem ich das jetzt speziell hier in der Einrichtung ein Jahr mache, vorher habe ich das in einer anderen Beratungsstelle gemacht, auch ungefähr ein Jahr, aufgefallen ist, ist zum einen, dass es mehr oder weniger grob zwei Gruppen gibt von Klienten. Das sind auf der einen Seite Jugendliche, die meistens dann mit Ihren Eltern kommen. Entweder ist es die alleinerziehende Mutter mit dem Jugendlichen oder es ist eben auch mal die ganze Familie, die hier sitzt, auch mit Geschwistern. Und da geht es dann tatsächlich darum, dass die Eltern beobachten, dass das Kind, der Jugendliche, meistens, also zu fast 100% männliche Jugendliche, zu viel spielt. Innerhalb von kürzester Zeit entsteht hier eine ganz starke Dynamik sozusagen und man ist halt dabei so zwischen den Parteien zu vermitteln. Das ist so ein Phänomen, das ich beschreiben würde, von einer Gruppe, die sehr häufig auftritt. Die andere Gruppe dann tatsächlich männliche Jugendliche bis Erwachsene, dann eher frühes bis mittleres Erwachsenenalter, die hier her kommen und dann häufig, also das ist jetzt meine Erfahrung, auch einen Behandlungsbedarf haben. Da war es in der Anfangszeit so, dass ich in der Großbeerenstraße zwei Klienten hatte mit denen ich dann eine unfinanzierte ambulante Rehabilitation gemacht habe und hier in der Einrichtung. Und hier in der Einrichtung ist es bisher so gewesen, müssten jetzt insgesamt 5 oder 6 Klienten gewesen sein, die dann von mir in stationäre Reha vermittelt worden sind. Was mir damals

	<p>noch vermehrt aufgefallen ist, ist dass, was die Komorbidität angeht, überwiegend Angstprobleme waren, also eher in dem Ängstlichkeitsbereich. Und jetzt so in letzter Zeit habe ich aber auch Fälle, die könnte ich auch beziffern, das sind zwei oder drei, wo auch die Depression eine Rolle spielt und bei einem ist es sogar so gewesen, da werden wir dann näher vielleicht noch ausführlicher drauf eingehen, den habe ich dann eben auch hier in die Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter vermittelt. Soweit erst mal.</p>
I	<p>Sie haben schon einige Themen angeschnitten, die ziemlich wichtig sind, unter anderem das Thema Zugang. Wie finden denn Betroffene Zugang zu Ihnen? Sie haben ja jetzt schon Eltern angesprochen.</p>
B(2)	<p>Also, vorweg, ich hab momentan auch noch einen Lehrauftrag an der FH zur Computer- und Internetsucht und ich hab dort auch unter anderem mal eine Hausarbeit vergeben, wo genau diese Frage nach dem Zugang auch mal von einem Studenten unter die Lupe genommen werden sollte, dass man sich da mal Gedanken macht. Also das Hauptproblem, das ich sehe, ist tatsächlich, dass viel zu wenig Betroffene den Weg hier in die Suchtberatung finden und das hängt ganz klar damit zusammen, dass es eben halt, wenn sag ich mal ein Missbrauch vorliegt oder es gar schon eine Abhängigkeit ist, eines der Hauptsymptome bei den Computer- und Internetabhängigen, das ist dass sie einen starken sozialen Rückzug haben. Das heißt sie isolieren sich und ich habe es relativ selten erlebt, na ja, das ist schwer zu sagen, also ich würde mal sagen ein Drittel, grob geschätzt, der Klienten finden trotz ihrer sozialen Isolation den Weg in eine Suchtberatung, entweder wahrscheinlich über das Internet sozusagen und zwei Drittel sind es aber häufig die Angehörigen, die von dem Angebot mitbekommen, einmal im Radio oder auch durch das Internet, die dann gezielt suchen, wo gibt es Anlaufstellen. Und dann sind es die Angehörigen, die die Betroffenen motivieren müssen, dann erst mal hierher zu kommen. Also das fand ich schon auch eindrucksvoll zu sehen, dass es eigentlich nicht überwiegend die Betroffenen selber sind, wie auch bei den anderen Süchten, wo das eigentlich eher der Fall ist, und das eher über die</p>

	Angehörigen läuft, die dann eben feststellen: „Er zieht sich immer mehr zurück. Er hängt nur noch vor dem Computer. Seine ganzen sozialen Kontakte gehen den Bach runter und er isoliert sich immer mehr und das kann so nicht weiter gehen.“ Das ist auch bekannt, dass die Erwerbsbiographien bei vielen der Klienten häufig gebrochen sind.
I	Darf ich noch mal nachhaken? In diesem einen Drittel, von dem Sie sagten, dass sie selber den Kontakt aufsuchen, wie groß ist da der Anteil an Jugendlichen?
B(3)	Jugendliche die selbst den Kontakt hierher suchen? Da muss ich jetzt wirklich sehr stark überlegen. Sehr gering. Also ich würde sagen vielleicht 10 oder 20 Prozent. Also ich habe fast alle Jugendlichen, die ich jetzt im Kopf habe, die ich in den letzten ein zwei Jahren hatte, eigentlich immer hier zuerst mit ihren Eltern gesehen. Da waren ganz wenige, die den Weg hierher alleine gefunden haben.
I	Spielen auch andere Dienste bei der Vermittlung hierher eine Rolle oder sind es tatsächlich die Eltern?
B(4)	Ich würde sagen, es sind tatsächlich nur die Eltern und Angehörigen. Also das ist fast ausschließlich, dass ich sagen kann: Entweder die Betroffenen kommen selber. Das sind dann eher weniger Jugendliche. Das sind dann tatsächlich eher die jüngeren Erwachsenen. Oder wenn dann Jugendliche kommen, ist es tatsächlich so, dass das Angehörige sind. Brüder, Eltern, Großeltern.
I	Also schon auch der ganze Familienkreis.
B(5)	Ja, also nicht der ganze, aber ich habe jetzt gehabt, da ist es der Bruder gewesen, der gesagt hat: Du sollst hierher kommen! Dann habe ich sehr oft, dass die Familie sozusagen, also Vater und Mutter mit dem Kind hierher kommen. Aber ich hatte auch einmal das Phänomen, dass ein Großvater von mir einen Radiobeitrag gehört hat und auf die Suchtberatungsstelle aufmerksam wurde und dann mit der Mutter und dem betroffenen jungen

	Mann dann hierher gekommen ist.
I	Da haben Sie jetzt auch noch mal etwas angesprochen. Also es kann jeder aus der Familie sein, der da aufmerksam ist. Wenn wir jetzt davon sprechen, da ist neben dem pathologischen Internetgebrauch oder der Internetabhängigkeit möglicherweise noch etwas vorhanden, gibt es da jemanden im Umfeld, der da besonders sensibel dafür ist und das vielleicht auch bemerkt?
B(6)	Ich bin mir nicht sicher, ob ich Ihre Frage richtig verstanden habe.
I	Ich formuliere die vielleicht nochmal anders. Sie haben ja jetzt gesagt, ok, Jugendliche selber suchen nicht so sehr den Kontakt. Das ist doch eher der Familienkreis. Jetzt haben wir aber erst mal nur von Internetabhängigkeit gesprochen. Sie haben auch gesagt Ihre Erfahrung zeigt Angststörungen spielten zu Beginn die größte Rolle bei den Komorbiditäten und wenn wir jetzt einfach davon ausgehen, den Eltern fällt auf, da ist irgendetwas mit Internetabhängigkeit, aber es könnte noch etwas da sein. Fällt denen das denn auf? Gibt es da jemanden, der besonders sensibel dafür ist?
B(7)	Also ich glaube, dass es nicht der Fall ist. Also ich erlebe beispielsweise bei einem 16jährigen Jungen, den ich in der Betreuung habe, hier in der Beratung haben, mit dem ich ein Stundenreduktionsprogramm mache, der also seinen Konsum reduzieren soll, dass die Mutter mit seiner Depression, die er definitiv hat, die auch jetzt noch mal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie diagnostiziert und bestätigt worden ist, überhaupt nicht klar kam. Also da ist eigentlich eine große Hilflosigkeit sozusagen. Wenn ich eben halt teilweise Explorationen bei den Eltern mache und sie über ihre Kinder sozusagen ausfrage, dann muss ich schon ganz gezielte Fragen stellen, damit ich Antworten darauf bekomme, die darauf hinweisen, dass es in die eine oder andere Richtung sowas wie eine Komorbidität gibt. Bei Jugendlichen ist es ja dann auch meiner Meinung nach ein bisschen schwierig dann auch direkt Angst- und auch Depressionserkrankung zu sehen, weil die ja auch in der Entwicklung sind. Da kann man das auch

	<p>bisschen schwieriger diagnostizieren. Das sind dann halt meistens so gewisse Auffälligkeiten, die da vorhanden sind. Dass die Eltern da zum Beispiel sagen: Ja, er war schon immer sehr introvertiert und zurückgezogen, hat nie viele Freunde gehabt. Also auf die Art und Weise bekommt man dann gewisse Hinweise, wo man eventuell interpretieren könnte, das sind gewisse Indikatoren, die da oder da hinweisen. Also das ist allerdings relativ, sag ich mal versteckt. Das muss exploriert werden. Es ist also selten so, das hab ich so auch noch nicht so erlebt, dass dann mal die Eltern hierher kommen und sagen. Mir ist halt aufgefallen mein Kind ist also total ängstlich und so weiter. Was auch verständlich ist, weil in erster Linie kommen sie ja hierher, weil sie das Symptom, oder nicht das Symptom, aber weil sie dieses Phänomen der Internetabhängigkeit oder des exzessiven Medienkonsums beobachten. Und deshalb reden sie dann auch erst mal nicht so von irgendwelchen psychischen Auffälligkeiten. Das kommt dann erst im Laufe der Beratung heraus.</p>
I	<p>Ein interessanter Aspekt. Wie ist das denn bei den Betroffenen Jugendlichen selber? Wenn die jetzt dann hier sind und vielleicht zumindest sagen ich habe da möglicherweise ein Problem mit Internetabhängigkeit, erleben sie auch Symptome, die sie ihrer Computernutzung nicht zuordnen können, die sie dann auch schildern? Also ist bei ihnen selber eine Sensibilität dafür da, da ist vielleicht noch was anderes?</p>
B(8)	<p>Definitiv ja. Wie gesagt, ich habe diesen einen Fall auf den ich immer eigentlich referieren muss, weil... Um das mal konkret an einem Beispiel zu schildern. Der Junge, der saß hier halt und hat mir erzählt, dass er vor einem Jahr eine Klassenfahrt hatte und da ganz plötzlich ganz spontan einen tiefen Schub von Traurigkeit hatte und angefangen hat zu weinen. Und seitdem hat sozusagen das exzessive Spielen begonnen. Und ich habe dann dieses Stundenreduktionsprogramm mit ihm gemacht und natürlich ging es in der Therapie auch immer wieder darum, wie geht es ihm. Er ist dann nicht in die Schule gegangen, weil teilweise abends um zehn Uhr hatte er diese Ausbrüche der Traurigkeit gehabt. Die hielten dann zwölf Stunden</p>

	<p>an. Dann ging es wieder. Dann konnte er nicht in die Schule gehen und so weiter. Dann war da teilweise die Schule da auch, sag ich mal, hingewiesen auf die Gefahr und er läuft in Gefahr sozusagen jetzt von der Schule zu fliegen und braucht von der Kinder- und Jugendpsychiatrie, braucht er dann auch eine Bescheinigung, dass das einen Krankheitswert hat bei ihm. Also dieses, ja also ich hatte vor kurzem auch ein Gespräch mit dem Kinder- und Jugendpsychiater. Da gibt es dann auch Austausch in dem Fall, wo er weiter zu mir kommt, aber jetzt demnächst dann auch zwei Monate hier in der Klinik dann auch ist und dort auch behandelt wird. Also das ist schon, was ganz deutlich ist, ist dass er spielt, um einfach mit diesen depressiven Zuständen, diesen dysmorphen Gefühlen klar zu kommen. Das ist also tatsächlich eine Krankheitsbewältigung von ihm. Und das ist um so eindrucksvoller zu sehen, wie gesagt, ich habe so ein Stundenreduktionsprogramm mit ihm gemacht und wir haben es also geschafft von einer Wochenstundenzahl von 48 Stunden das zu reduzieren, vier fünf Wochen lang und haben das fast halbiert. Da war es dann bei 20, 24 Stunden und dann kriegte er wieder diesen Schub und plötzlich ist er wieder bei 48 Stunden. Also grafisch konnte man das auch sehen, wie das dann auf ein Mal wieder hoch geht.</p>
I	<p>Jetzt haben Sie ja geschildert, die Internetnutzung oder Spiel als funktionales Verhalten. Dieser Jugendliche konnte das sehr gut benennen. Wie ist das bei anderen Jugendlichen? Ist das generell so?</p>
B(9)	<p>Nein, also der Junge war, was das angeht, relativ selbstreflektiert im Vergleich zu anderen. Bei anderen Jugendlichen habe ich das in der Art jetzt nicht so erlebt. Man muss auch eins sagen. Also mit dem Jugendlichen arbeite ich ja auch kontinuierlich. Sehr häufig ist es so, dass wenn die Jugendlichen mit den Eltern herkommen, gar nicht so sehr die Persönlichkeit des Jugendlichen im Vordergrund steht, sondern es geht mehr um die Familiendynamik, die familiären Interaktionen sozusagen, also Probleme im Bereich der Erziehung, Verweigerung der Jugendlichen. Und dann dauern die Gespräche in der Regel zwei bis drei Mal an und nach dem</p>

	<p>dritten, vierten Mal ist dann der Kontakt auch weg sozusagen. Von daher, ich sage mal so. Ich kann mich nochmal an einen Fall erinnern, wo ein Jugendlicher mal ein bisschen länger da war, wo sich dann auch herausstellte, dass er selber auch große Probleme hat. Er ist jetzt nicht irgendwie diagnostiziert worden, aber was da offensichtlich war ist, die Mutter war psychisch sehr sehr auffällig. Und da hat der Junge auch sehr darunter gelitten und was das angeht, war das dann auch für ihn, sag ich mal, auch eine wichtige Kompensation, dann auch zu spielen, weil er einfach mit der Mutter auch nicht klar kam. Also man muss davon ausgehen,... Ich bin jetzt grade auch erst 2 Jahre dabei. Das sind vielleicht insgesamt, vielleicht 40, 50 Klientenkontakte, die ich in diesen 2 Jahren hatte, speziell mit Medienabhängigen bzw. nicht nur mit Abhängigen, auch mit Jugendlichen, die mal so einen problematischen Medienkonsum haben. Was ich also viel häufiger erlebt habe, das ist nun mal leider halt so, auch wenn Sie jetzt speziell nach Depression als Komorbidität bei den Internetabhängigen, Computerabhängigen suchen, ist es bei mir eigentlich häufiger die Angst, Angststörung, Sozialphobien, Kontaktstörung. Das ist mir in meiner Beraterischen und behandlerischen Praxis sag ich mal, kommt mir viel häufiger und deutlicher vor.</p>
I	<p>Das sagt auch die Literatur. Diese Störungen sind ja ungefähr gleichwertig, wobei Angst überwiegt und das aber auch einen starken Zusammenhang mit der Depression hat als Auslöser möglicherweise für Depression wiederum. Was ich jetzt auch nochmal interessant fand, da Sie jetzt auch die Haltequote so ein Stück weit angesprochen haben, ist denn die anders bei männlichen Jugendlichen, die eine Problematik mit dem Internet haben?</p>
B(10)	<p>Was meinen Sie jetzt mit der Haltequote?</p>
I	<p>Die Frequenz oder wie häufig die zu einer Beratung kommen? Sie haben ja gesagt, ich habe häufig nur zwei bis drei Termine und dann war es das, so eine längere Beratung findet dann nicht statt, weil die dann nicht mehr kommen.</p>

B(11)	<p>Also bei Jugendlichen, die mit ihren Eltern kommen ist es wie gesagt so, dass man in der Regel drei bis vier Gespräche hat und dann ist es auch in der Regel vorbei. Dann haben die, da ist das primäre Bedürfnis der Eltern konkrete erzieherische Hinweise zu bekommen, wie sie eben halt mit dem Phänomen oder dem Problem umgehen sollen, das sie selber auch als Problem empfinden. Oft empfinden die Jugendlichen selber das ja gar nicht als ein Problem, dass sie so viel spielen. Insofern geht es eben darum Einigungen zu treffen, wie oft der Jugendliche spielen darf. Es geht um Information, dass es wichtig ist, dass es einen Ausgleich gibt zwischen analogen Freizeitbeschäftigungen. Also das ist sozusagen dann diese Zielsetzung, die dann im Vordergrund steht. Bei den Betroffenen selber, die ja wirklich weniger Jugendliche sind. Wie gesagt, zwei oder drei, die ich schon längere Zeit als Jugendliche hier sozusagen behandelt habe, die meisten sind jüngere Erwachsene und mit den jüngeren Erwachsenen gibt es im Grunde genommen zwei Möglichkeiten. Ich hatte zwei, die sozusagen eine Art von ambulanter Therapie bei mir hier gemacht haben und ungefähr fünf oder sechs, die dann zunächst in die stationäre gegangen sind und dann dort behandelt worden sind und dann zu mir jetzt hier in der Nachsorge sind und die sind sehr zuverlässig. Also da hat man dann wirklich insgesamt, so wie ich das jetzt so sehen kann, sind das Behandlungszeiträume, die über ein Jahr gehen.</p>
I	<p>Wenn ich Sie jetzt richtig verstanden habe, ist das so ein Stück weit alters- oder reifungsabhängig.</p>
B(12)	<p>Auf jeden Fall, ja. Es hängt auch, wissen sie, es hängt auch mit dem Leidensdruck zusammen, der vorhanden ist und der ist bei den Jugendlichen natürlich in keinster Weise so hoch, weil die, das Einzige, was da eben halt auffällt, dass sie vielleicht ein bisschen schlechter in der Schule sind. Sehr viele Jugendliche, die eigentlich noch gute Leistungen bringen in der Schule, vielleicht ein bisschen abfallen, aber da auch gar nicht so auffällig sind, wo tatsächlich die Eltern einfach, sage ich mal, diese Befürchtungen haben und einfach damit nicht klar kommen. Und da geht es</p>

	meiner Meinung nach auch sehr stark dann in das Thema Medienkompetenz.
I	Ok, wenn ich Sie jetzt richtig verstanden habe, ist der Behandlungsauftrag der Eltern oder derjenigen, die da einen Wunsch haben, auch ein anderer, als wenn man jetzt sagt, ich gehe in die Klinik mit meinem Sohn. Da liegt der Fokus doch anders.
B(13)	Genau. Also, ich sag mal so, was es ja nicht gibt sozusagen im ausreichenden Maße im Versorgungssystem überhaupt, ist die Möglichkeit Jugendliche aufgrund ihrer Computer- und Internetproblematik in eine Einrichtung zu schicken. Ich habe jetzt von einer einzigen Einrichtung gehört in Nordrhein-Westfalen, die es gibt, die sowas macht. Das ist jetzt eine Art Modellprojekt sozusagen. Ansonsten gibt es diese Möglichkeit gar nicht. Das heißt, man muss andere Möglichkeiten finden.
I	Jetzt hab ich noch mal eine Frage, vielleicht nochmal zur Klärung. Mir geht es spezifisch um subklinische Ausprägung von Depressionssymptomen, wo nicht jemand der dazu befähigt ist, gleich eine Depression diagnostizieren würde, sondern sowas wie eine depressive Stimmung beispielsweise. Also: Sind Anzeichen dafür möglicherweise vorhanden, aber nicht so viele, dass man laut DSM oder ICD sagt, alles klar, das ist jetzt eine Depression. Wie würden Sie denn bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen das denn einschätzen, wie hoch ist da das Vorkommen?
B(14)	Das Vorkommen?
I	Ja, genau. Als Komorbidität bei internetabhängigen Jugendlichen.
B(15)	Puh, ich hatte jetzt schon mehrfach versucht diese Frage zu beantworten und kann mich da eigentlich nur wiederholen, dass wenn ich sag ich mal so Auffälligkeiten sehe, gehen die viel mehr in die Richtung Ängstlichkeit und weniger in die Richtung Depression. Ich müsste mir jetzt etwas aus den Haaren ziehen, das kann ich aber nicht. Vor allen Dingen, ich sag mal so, wenn Sie mir die Frage stellen würden allgemein nach dem Klientel, aber

	<p>ich denke mal, meiner Meinung nach ist es, ich bin erst zwei Jahre dabei, das muss ich nochmal sagen. Wenn Sie jetzt in die Klinik am Schweriner See gehen, die jetzt schon sieben, acht Jahre mit diesem Klientel arbeitet, die auch eine bestimmte Vorstellung davon haben, dass das Ganze ja eigentlich gar keine Sucht ist, sondern eher eine Verhaltens- und Beziehungsstörung, die das Ganze auch sehr von der psychoanalytischen Seite und tiefenpsychologischen Seite her betrachten und behandeln, dann würden die Ihnen garantiert da auch etwas mehr Auskunft, oder, könnten die ja eigentlich auch nicht, weil die nehmen ja keine Jugendlichen auf. Verstehen Sie? Sie fragen im Grunde genommen nach einem Klientel, das internet-, das computerspielabhängig ist, das jugendlich ist und das dann noch eine Depression hat, die auch nicht offensichtlich depressiv ist, sondern dann auch noch subklinisch ist. Also dadurch wird das alles so klein, ja, also ist wirklich die Frage, ob die hier überhaupt auftauchen oder ob das nicht so eine geringe Untergruppe ist, sag ich mal.</p>
I	<p>Das versuche ich ja ein Stück weit herauszufinden. Das stelle ich mir halt wirklich schwierig vor in diesen verschiedenen Kontexten, das überhaupt festzustellen. Sie haben ja schon gesagt, sie haben eine geringe Haltequote, was einfach daran liegt, dass die Eltern mit einem Auftrag her kommen und wenn das nach drei, vier Terminen geklärt ist, ist für die erst mal alles geregelt. Jetzt wäre zum Beispiel die Frage wie viel Zeit bräuchte man denn, wenn Sie aus Ihrer Erfahrung sprechen, damit man überhaupt so einen Eindruck kriegen kann, da ist noch etwas anderes, so eine depressive Stimmung oder eine geminderte Motivation oder irgendwas, das auf eine depressive Symptomatik hindeutet?</p>
B(16)	<p>Ja, also da ist es so, wenn sich ein Jugendlicher oder auch ein junger Erwachsener tatsächlich auf eine längere Beratung oder auch auf eine Art Behandlung einlassen kann, wir machen wie gesagt das sogenannte Stundenreduktionsprogramm „The Quest“, da habe ich also bestimmte Fortbildungen gemacht und da, wenn ich mit denen im Kontakt bin sozusagen, dann hat man ungefähr zehn Sitzungen. Im Laufe dieser</p>

	Sitzungen geht man dann auch mehr in die Tiefe und exploriert mehr, Klienten erzählen auch mehr und da besteht dann schon eher die Möglichkeit, dass man dann auch mehr erfährt und dass solche Auffälligkeiten dann, sag ich mal, ohne dass man jetzt auch Diagnostika verwendet oder so, dann auch auffällig werden.
I	Sie würden es also, wenn ich Sie richtig verstanden habe, so einschätzen, im Kontext Familie sucht mit Sohn Hilfe auf zu zwei, drei Gesprächen, ist das gar nicht machbar.
B(17)	Nein.
I	Ok, das finde ich einen wichtigen Hinweis.
B(18)	Ich glaube auch, dass es da, sag ich mal, schwerer zu erfassen ist. Ganz einfach auch, weil die Dynamiken, die dann in diesen Gesprächen auch stattfinden und diese Fokussierung auf die Computer- und Internetabhängigkeit oder exzessiven Medienkonsum verhindert es sozusagen schon fast, dass diese Auffälligkeiten sind. Es sei denn man hat es wirklich mit Eltern zu tun, die von vornherein sagen, also mein Kind war schon immer sehr zurückgezogen und hat viel geweint oder was auch immer. Aber das habe ich bisher noch nicht erlebt in dem Maße. Das kam immer erst wirklich nach diesen längeren Beratungsgesprächen dann mit den Betroffenen selber zum Vorschein.
I	Sie haben das ja vorhin auch schon gut nachgezeichnet, dass Sie halt gesagt haben, die Eltern sind auch nicht unbedingt die besten Ansprechpartner, die kommen da nicht von sich heraus mit solchen Informationen. Da bräuchte man wieder einen längeren Beratungsprozess, um solche Informationen zu erhalten.
B(19)	Was für mich insofern auch einen Sinn ergibt, weil die meisten Eltern wollen natürlich auch ihre Kinder, sie wollen zwar einerseits auch die Probleme darstellen, aber auf der anderen Seite wollen sie ihre Kinder auch als normal und gesund darstellen. Ansonsten, das ist so manchmal auch ein

	bisschen ambivalent.
I	Das spricht man dann auch nicht an, auch wenn es bekannt ist.
B(20)	Genau.
I	Finde ich auch sehr spannend. Was mich noch interessiert hätte, auch wenn Sie sagen, das hab ich noch nicht beobachtet, was denken Sie denn, welchen Hilfebedarf hätte denn diese spezielle Klientel? Jugendliche mit Internetabhängigkeit und einzelnen Symptomen einer Depression. Was braucht die?
B(21)	Ähm, also ich würde es vielleicht in zweierlei hingehend beantworten wollen. Die eine Richtung wäre tatsächlich, dass es insgesamt noch mal spezialisierte Einrichtungen geben sollte, Jugendeinrichtungen, die eben halt beides sozusagen auch erfassen, sozusagen, was eben zurzeit nicht der Fall ist. Ich hab, wie gesagt, noch von einer Einrichtung in NRW gehört, die überhaupt mit Computer- und Internetabhängigkeit sich beschäftigt und dort denke ich mal, wäre es für Sie auch sicherlich interessant mal nachzufragen, weil da denke ich mir ist die Wahrscheinlichkeit relativ hoch, dass die auch da Jugendliche haben, die eben halt auch eventuell eine subklinische Depression haben.
I	Sie meinen die Spielambulanz?
B(22)	Ich hab leider nicht mehr genau im Kopf wo das war, aber können wir nochmal recherchieren. Das wäre das, ein spezielles Angebot, stationäres Angebot für Jugendliche. Ich mein ich selber habe auch sieben Jahre lang in einer Kinder- und Jugendrehabilitation für Drogenabhängige gearbeitet, im Haus an der Polz in Seilershof. Das wäre auch noch mal was. Aber zu der Zeit als ich dort gearbeitet habe gab es das Phänomen nicht. Verstehen Sie, was Sie, was Sie bei der ganzen Sache nicht vergessen dürfen, diese Computer- und Internetabhängigkeit, die erste Einrichtung hier in Berlin, „Lost in Space“ ist 2008 gegründet worden. Und dieses Phänomen ist dann auch erst ein paar Jahre später noch mal so hoch gekommen, weil es da

	eben halt auch, sag ich mal diesen ganzen Onlinemodus gab, seit vielleicht vier, fünf Jahren. Man darf dabei nicht vergessen, die Computer- und Internetabhängigkeit ist auch nicht diagnostiziert, ja. (kurze Unterbrechung, Telefonat)
I	Sie hatten gesagt, spezielle Einrichtungen, die beides erfassen können.
B(23)	Das ist das Eine. Und die andere Sache, die ich jetzt schon konkret erlebt habe, ist tatsächlich wenn die Jugendlichen den Weg in eine Suchtberatungsstelle finden und man stellt fest, dass es eine depressive Problematik gibt, die behandlungsbedürftig ist, so wie mir das jetzt in dem einen Fall passiert ist, dann ist es natürlich gut einen Kontakt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzunehmen und sie dort hin zu vermitteln und genau das habe ich gemacht. Das einzige Problem, das da bestand ist, dass die ungefähr zwei Monate Wartezeit hatten, bis er da jetzt andockt. Das ist jetzt am 2. Dezember der Fall. Also da geht es quasi um die Kooperation von den Einrichtungen, die an der Stelle im Sinne des Klienten zusammen arbeiten. Umgekehrt, wir haben auch dort mal eine Fortbildung, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zum Thema Computer- und Internetabhängigkeit gemacht. Es gab zum Beispiel dort auch das Interesse, dass es einige Eltern gibt, die ein Problem haben, dass wir dort eben halt für die Eltern sogenannte Informationsveranstaltungen halten. Das heißt, da denke ich mal ist die andere Alternative eben halt Kooperation zwischen den Einrichtungen, zwischen Suchtberatung und Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch umgekehrt. Dass wenn die Fälle haben und sagen: „Du müsstest mal was gegen Deine Computer- und Internetsucht tun, Du müsstest mal Deine Stunden reduzieren.“ Dass die dann zu uns überweisen. Das wäre eine Idee.
I	Denken Sie da ist noch eine bessere Vernetzung notwendig? Also speziell was die Internetabhängigkeit betrifft.
B(24)	Also ein Sinn und Zweck des suchtmmedizinischen und therapeutischen Therapieverbundes hier in Potsdam war ja diese Vernetzung herzustellen.

	<p>Und wie das jetzt bundesweit aussieht, kann ich nicht sagen. Aber ich vermute mal, dass das definitiv auch eine Herausforderung ist. Es gilt jetzt nicht nur für den Bereich, sondern insgesamt, es ist eine Vernetzung im Suchtbereich sicherlich eine Sache, die im Sinne des Klienten sehr hilfreich ist. Es ist natürlich auch die Frage, wie das nachher alles umgesetzt wird. Weil, was man bei der ganzen Sache auch nicht vergessen darf, viele Einrichtungen müssen ja auch ums Überleben kämpfen und sind auch für jeden Klienten, den sie haben, dankbar und das darf man auch nicht vergessen, dass es da auch eine gewisse Art von Konkurrenz auch gibt zwischen den Unternehmen, zwischen den Einrichtungen. Also die ganze Sache ist schon ein bisschen komplexer. Auf der einen Seite gibt es im Sinne des Klienten diesen Wunsch, diese Vorstellung, ja, es wäre gut, wenn die Einrichtungen vernetzt sind, weil es dem Klienten zu Gute kommt. Auf der anderen Seite erlebe ich es manchmal in der Praxis halt auch so, dass diese ökonomischen Gründe einer Kooperation eher im Wege stehen.</p>
I	<p>Jetzt hatten Sie das vom Aspekt der Angebote her beleuchtet. Mich würde nochmal interessieren, was denken Sie denn, was bräuchte diese spezielle Klientel aus Klientenperspektive, damit die gut ankommt oder gut aufgehoben ist?</p>
B(25)	<p>Wenn es also, was ich denke, was hilfreich wäre, wäre sicherlich auch, dass das Thema noch stärker in den Medien präsent ist als vorher, weil ich mir vorstellen kann, dass viele Jugendliche, sag ich mal, die dieses Problem haben, sich selber gar nicht verstehen, warum sie das Problem haben und einfach merken, sie spielen halt sehr sehr viel und das auch als etwas Normales empfinden, aber dass dann immer, wenn dieser Suchtprozess immer weiter geht, sie irgendwann an einem Punkt sind, wo sie dann auch sehr hilflos sind. Aufklärung, Prävention, definitiv, mehr Öffentlichkeit zu dem Thema, das ist ein großer Aspekt. Und dann ist natürlich auch so, dass es dann wichtig wäre, dass es spezialisiertere Einrichtungen, Suchtberatungen gibt und die dann im Laufe der nächsten Jahre auch entstehen. Also ein ganz wichtiger Punkt ist ja dann auch 2017, was wir alle</p>

	hoffen in dem Bereich, alle, die in dem Bereich tätig sind, dass es dann im ICD 11 auch tatsächlich eine festgelegte Diagnose gibt für die Computer- und Internetabhängigkeit und dass es dann sozusagen, ähnlich wie das beim Glücksspiel war, wie das früher bei Alkohol- und Drogen war, auch den Aufbau eines, ja, eines Suchthilfesystems speziell für diesen Bereich gibt, was ja im Moment auch eher dadurch funktioniert, indem man halt andere Diagnosen nimmt, um dieses Klientel behandeln zu können, stationär oder auch ambulant.
I	Da müssen Sie Umwege gehen, weil es die Definition nicht gibt, und damit die Krankheit quasi nicht offiziell.
B(26)	Offiziell, genau. Das ist das Problem.
I	Was mich jetzt noch mal interessieren würde, subklinische Depression ist auch etwas, was diagnostisch nicht festgelegt ist.
B(27)	Ich musste den Begriff auch erst einmal nach gucken, als ich ihn gelesen hab.
I	Ich habe den jetzt gewählt. Es gibt ja etliche Begriffe dafür, aber es gibt keine Definition, wird aber in der Forschung benutzt. Das heißt, alles was den Schwellenwert zur Depression nicht überschreitet.
B(28)	Hat man früher eventuell auch mal diesen Begriff larvierte Depression benutzt oder ist das wieder etwas anderes?
I	Das ist auch wieder eine von vielen Abstufungen von Depression, die tatsächlich aber glaube ich, als diagnostizierbare Störung in den Klassifikationssysteme vorhanden ist.
B(29)	In meinem Psychologiestudium habe ich in erster Linie die Differenzierung zwischen endogener und reaktiver Depression gelernt und so erkläre ich es auch meistens Eltern. Weil das ist finde ich auch relativ einfach zu erklären, sage ich mal, dass es einerseits Depressionen gibt, die einen konkreten Auslöser haben, die jeder, da gibt es glaub ich Statistiken dazu, die jeder in

	<p>seinem Leben mindestens ein, zwei Mal eine depressive Phase erlebt und die ist von außen ausgelöst durch Tod eines Angehörigen oder wie auch immer. Aber andererseits gibt es demgegenüber eben diese Depression, die dann plötzlich auftaucht, die ganz schwer ist, ohne dass sie einen Anlass hat. Die wird dann sozusagen als endogene Depression beschrieben. Da gibt es dann eben noch mal diese unterschiedlichen Schweregrade.</p>
I	<p>Um jetzt noch mal auf die subklinische Ausprägung zurück zu kommen. Das heißt einfach: es liegen Symptome vor wie depressive Stimmung beispielsweise oder geminderte Motivation oder Gefühllosigkeit. Also alles was im Rahmen einer Depression vorkommen kann. Es ist was da, es gibt aber keinen Diagnoseschlüssel, es gibt keine Diagnose dafür. Wie würden Sie dabei vorgehen, um sowas überhaupt fest zu stellen in Ihrem Arbeitskontext?</p>
B(30)	<p>In erster Linie explorativ und teilweise auch erst nach einigen Sitzungen kommt das zum Vorschein. Ich will mal ein Beispiel nennen. Das ist jetzt kein Jugendlicher, sondern das ist jetzt auch ein Mann im normalen Erwachsenenalter, der zu mir in die Beratung kam, zuerst mit seiner Frau. Also auch wieder jemand, der eher nicht selbst sondern auch durch die ehemalige Partnerin sozusagen zu mir kam, weil sie sich Sorgen machte um das gemeinsame Kind. Die waren also getrennt. Da war es halt so, dass es darum ging, dass er seinen Amphetamin- und Cannabiskonsum einschränken sollte. Und er ist dann mehrere Male zu mir gekommen. (kurze Unterbrechung, es klopft an der Tür) Es ist halt so gewesen. Er war dann erst mal primär da. Er war noch in der Ambivalenzphase, also er wusste noch nicht genau, also, soll ich jetzt tatsächlich aufhören mit dem Cannabiskonsum, mit dem Amphetaminkonsum. Und dann ungefähr nach der vierten, fünften Sitzung kam dann plötzlich von ihm: Ja, ich spiele auch am Computer sieben, acht Stunden Mal am Tag. Das kam plötzlich sozusagen und dann wiederum sage ich mal, nach einer gewissen Zeit oder das war dann auch immer so zwischendurch. Das hat man ihm auch</p>

	<p>angemerkt, dass er immer eine sehr sehr, er hatte einen Sprachfehler und sprach sehr sehr langsam, also man konnte dann auch bestimmte Symptome bei ihm erkennen, die darauf hindeuten, dass das auch etwas mit Depression zu tun hat. Und da kam dann plötzlich im Laufe von mehreren Sitzungen dann zum Vorschein, also es ging nicht nur um den Substanzmissbrauch, sondern es ging auch, sag ich mal, zumindest einen Missbrauch von Computerspielen und eben auch um Depression. Im Grunde genommen kann man wirklich deshalb sagen, dass sich im Laufe der Beratungsgespräche oder auch meinerwegen mal im Laufe der Therapie sich das herausstellt. Unterstützend könnte man natürlich auch nochmal verstärkt Depressionsinventare, Beckisches Depressionsinventar geben oder Persönlichkeitsfragebögen, je nach bestimmten Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsakzentuierungen anwenden.</p>
I	<p>Wäre das denn eine Empfehlung, die Sie generell geben würden, das wäre gut für Beratungsstellen oder würden Sie eher sagen, wenn eine bestimmte Problematik auftaucht, wäre eine Kooperation mit einem anderen Fachdienst dann besser zur Abklärung?</p>
B(31)	<p>Es kommt darauf an, wie die Suchtberatungsstelle aufgestellt ist, sozusagen. Wie sehr sie eben halt Diagnostik in ihr Beratungskonzept einbaut, also wenn man, sage ich mal, in der Beratung ist, dann ist die Diagnostik nicht so wichtig, wie wenn man einen Behandlungsauftrag hat. Beim Behandlungsauftrag ist die Diagnose sozusagen wichtig und da ist es auch sinnvoll so etablierte diagnostische Verfahren zu verwenden. Also, so wenn ich das sagen kann. Ansonsten diese Kooperation mit anderen Einrichtungen, die ist häufig auch gegeben in der Form, dass wenn zum Beispiel jetzt Klienten aus der stationären Reha kommen, man öfters also mal auch mit dem Bezugstherapeuten redet über den Fall oder was ganz wichtig ist, dass man dann eben halt auch den Abschlussbericht dann von der Klinik bekommt, wo dann auch die Diagnostik drin steht und der Behandlungsverlauf und alles. Das mache ich übrigens auch regelmäßig, dass ich diesen Abschlussbericht, dann eben halt mit dem Klienten halt</p>

	auch durchgehe und auswerte sozusagen.
I	Mich würde jetzt noch mal interessieren. Welche Faktoren erschweren es da möglicherweise auch bei Jugendlichen da eine komorbide subklinische Störung zu erkennen? Welche Faktoren können da eine Rolle spielen? Also ich nenne noch mal etwas, was Sie schon gesagt haben. Diese kurze Verweildauer im Beratungskontext.
B(32)	Ja, das auf jeden Fall. Na ja, was könnte ansonsten etwas Depressives verdecken? Also im Grunde genommen hat man nach einer gewissen Zeit einen Blick dafür. Was es verhindern könnte ist, wenn man vielleicht keine Diagnostika anwenden würde in einem Fall, wo man den Verdacht hätte. Das wäre vielleicht auch so. Ich denke mal die Computer- und Internetabhängigkeit oder dieses exzessive Spielen an sich kann eigentlich auch verdecken, dass dahinter etwas steckt, weil oft ist die Dynamik ja die, wie ich das ja bei dem einen Jugendlichen auch gesagt habe, wenn es eine psychische Auffälligkeit, zum Beispiel auch eine Depression gibt, woher die jetzt auch immer kommt, ob die jetzt endogen oder reaktiv ist, wenn die existiert, muss der Jugendliche in irgendeiner Weise damit umgehen, weil er es selber vielleicht gar nicht weiß und einschätzen kann, dass er so etwas hat. Und in dem Moment spielt er halt Computer, Internet, merkt, dass es ihm besser geht, weil das ist ja auch die Funktion von vielen Spielen, dass sie in der Lage sind kurzfristige Erfolgserlebnisse zu geben, dass sie in der Lage sind dysphore Stimmungen zu kompensieren. Insofern ist das sozusagen eine Selbstbehandlung. Das heißt, wenn sie hierherkommen und merken sie haben ein Problem, sie spielen zu viel, ist es erst mal so dieser Bewältigungsmechanismus und dahinter kann ja viel stecken. Dahinter kann ja nicht nur Depression, kann ja alles Mögliche dahinter stecken. Also kann im Grunde genommen die Computer- und Internetsucht auch eine subklinische Depression kaschieren. So würde ich es vielleicht sehen.
I	Weil es ihnen im Zuge ihres Spielverhaltens, wenn ich Sie so richtig verstanden habe, dann erst mal besser geht.

B(33)	Genau, ja.
I	Aha, das wäre also noch ein weiterer Grund, wo Sie sagen, ja, das könnte eine Erkennung erschweren. Gibt es noch andere Ursachen, die Sie sich da denken können?
B(34)	Müsste ich jetzt spekulieren. Eventuell, wenn die Eltern dann dabei sind und sich vielleicht für ihr Kind schämen sozusagen und das Kind dann auch ein bisschen anders darstellen, als es in Wirklichkeit ist, dass man da auch ein bisschen in eine falsche Richtung gelenkt wird sozusagen. Könnten auch die Eltern möglicherweise da einen in eine falsche Richtung lenken oder locken. Das wäre eventuell auch eine Idee.
I	Gibt es da störungsspezifisch etwas, was die Erkennung verhindert oder erschwert?
B(35)	Störungsspezifisch?
I	Also, dass man von den Störungen ausgeht, von der Internetabhängigkeit als auch depressiver Symptomatik.
B(36)	Verstehe ich jetzt nicht so ganz. Ich verstehe die Frage nicht.
I	Ok, dann muss ich die einfach anders stellen. Sie haben das jetzt aus der Perspektive möglicher Störvariablen, sag ich mal, her beschrieben, die die Betroffenen selber betreffen oder halt das Umfeld der Betroffenen. Aber wenn man jetzt schaut, was bieten die beiden Störungen an Merkmalen beispielsweise.
B(37)	Dazu müsste ich erst mal wissen, was zum Beispiel sind Merkmale einer subklinischen Störung. Also ist das jetzt jemand, der hier irgendwie herkommt und weint oder ist es jemand, der die ganze Zeit nichts sagt oder so. Also das ist für mich, auch dieser Begriff wie gesagt, subklinische Depression, ... Wenn Sie sagen, das ist eigentlich keine richtige Depression, das ist mir zu schwammig. Ich kann das nicht fassen. Das ist

	das Problem, das Sie selber auch gesagt haben. Von daher ist es auch schwierig, diese Frage einfach auch zu beantworten.
I	Sie haben vollkommen recht. Deswegen gehe ich ja gerade ins Feld. Die Forschung sagt, einzelne Symptome oder Symptomkomplexe, die bergen halt das Risiko, ein erhöhtes Risiko, dass daraus eine manifeste Depression wird.
B(38)	Das ist mir zu abstrakt. Was ist das? Das muss ich konkret haben, sonst kann ich damit nichts anfangen.
I	Das können außer Suizidalität eigentlich alle Anzeichen oder Symptome, die auch bei einer Depression vorhanden sind, können sein, aber eben in einem geringeren Ausmaß, Ausprägung oder auch in einer geringeren Anzahl. Das sind dann halt nicht die drei Grundsymptome plus noch zwei weitere Hauptsymptome und die sind dann vielleicht nicht zwei Wochen da sondern eben nur eine Woche. Also alles was den Schwellenwert nicht überschreitet. Also es kann quasi nur ein Symptom fehlen, dann ist es schon subklinisch.
B(39)	Also ich glaube ein Grundproblem ist dabei tatsächlich... In der Regel kommen Klienten... hier in der Beratung sehe ich die, wenn das also eine enge Beratung schon ist, sehe ich die ein Mal in der Woche, ja. In der Regel sind es aber auch mal nur zwei Monate oder manchmal kommen Leute auch nur ein Mal im Monat. Wie soll ich das beurteilen? Ich habe überhaupt gar nicht die Möglichkeit. Also ich glaube, um diese Fragen zu beantworten, sozusagen, gibt es entweder nur die Möglichkeit, sag ich mal, dass ich jemanden über einen längeren Zeitraum begleite. Da habe ich einen konkreten Fall, darauf müsste ich mich dann beziehen sozusagen oder man muss halt wirklich sagen in erster Linie ist es ja dann so, dass man das genauer beantworten kann, wenn sich Klienten dann im stationären Kontext befinden, wo man auch die Möglichkeit hat sie ein, zwei Monate lang zu beobachten sozusagen und dann genauer zu explorieren. Bei diesem einen Klienten, wenn ich mich auf den beziehe, so war das jemand, bei dem es

	<p>relativ schnell, nach dem dritten oder vierten Gespräch, als er mir dieses Ereignis schilderte, dass er da auf Klassenfahrt gegangen ist und diesen Ausbruch von Traurigkeit erlebt hat, war es für mich ganz klar und da bin ich dann, als ich das gemerkt habe, bin ich dann auch da auch etwas tiefer darauf eingegangen und habe da auch exploriert und geguckt: Wie oft kommt das vor? Wie äußert sich das? Und so weiter und so fort. Also da ist es mir mehr oder weniger auch gelungen. Ich weiß jetzt nicht, ich kann jetzt nur nicht sagen, ob das jetzt subklinisch war oder ob er tatsächlich,... Ich weiß allerdings eins vorher. Er ist deshalb auch schon mal bei einem niedergelassenen Psychiater gewesen und hat Antidepressiva bekommen. Die im dann aber auch nichts gebracht haben und die er dann wieder abgesetzt hat.</p>
I	<p>Sie sprechen da ja eine wichtige Sache an. Das scheint, wenn ich Sie richtig verstanden habe, es ist schon kontextabhängig ob ich das überhaupt erfassen kann. Also je nach Hilfekontext, in dem derjenige erscheint. Und in Beratung ist es ungleich schwerer als klinisch.</p>
B(40)	<p>Genau.</p>
I	<p>Ich würde jetzt auch schon langsam zum Ende kommen. Mich würde jetzt noch interessieren, was denken Sie, was müsste jetzt in der Forschung oder in der Helfelandschaft noch passieren, dass die Beratung und Behandlung in diesem Bereich verbessert werden kann?</p>
B(41)	<p>Jetzt speziell für diese Untergruppe oder allgemein für computerabhängige Jugendliche?</p>
I	<p>Ich gehe von dieser Untergruppe, aufgrund dessen, dass ich mich mit der Thematik beschäftige habe, dass das die Folge einer depressiven Symptomatik ist oder das die depressive Symptomatik in Folge der Computer- und Internetnutzung auftritt und sich die Störungen gegenseitig aufschaukeln können.</p>
B(42)	<p>Das sich die Störungen gegenseitig verstärken</p>

I	Also mich würde interessieren, was aus Ihrer Sicht als Praktiker, was es da braucht um die Behandlung zu verbessern.
B(43)	Ich bin jetzt nochmal mit meinen Gedanken kurz an einem anderen Punkt gewesen. Ich würde nochmal kurz eine Rückfrage stellen. Haben Sie denn selber auch irgendwie Zahlen, auch zur Prävalenz von genau diesem Klientel, wie häufig das vorkommt? Das würde mich interessieren.
I	Ich kann Ihnen sagen, dass es mir genau so geht wie Ihnen. Es finden meist durch Eltern motiviert, zwei bis drei Termine statt. Ich habe jetzt einen Jugendlichen über ein Jahr lang gehabt, den ich tatsächlich erfolgreich in Therapie vermittelt habe. Bei dem habe ich nichts festgestellt. In einem anderen Fall war das anders, da haben die Eltern Hilfe aufgesucht. Der war dann auch zu einem Gespräch da. Die Eltern haben im weiteren Verlauf auch ganz viele Symptome geschildert. Wenn man ihm den Computer verbietet, dann rastet er total aus, wird aggressiv. Das kann beispielsweise auch Merkmal einer depressiven Symptomatik sein und so ist es dann auch gekommen. Das habe ich dann nicht erkannt. Bis die Eltern irgendwann sagten, er droht mit Suizid, er müsse doch normal werden, sie könnten das nicht verstehen. Das war aber etwas, wovon ich sagte, dass sie als Eltern das ernst nehmen müssen.
B(44)	Ah, ich glaub einfach, auch nochmal was diese Frage angeht, Sie selber haben wahrscheinlich auch keine Zahlen gefunden, aber es gibt eine interessante Sache zu den Komorbiditäten. Die besten Informationen, glaube ich, würden Sie wahrscheinlich auch bekommen bei der Klinik am Schweriner See bei Herrn Sobottka. Der hat dazu auch tatsächlich so ein bisschen geforscht. Er hat auch Zahlen und er hat die Erfahrung. Ich glaube, dass er da einiges dazu sagen kann. Das dürfte ziemlich interessant sein. Gut, kommen wir aber noch mal zurück zur Frage.
I	Die Frage lautet, was denken Sie, was die Versorgung verbessern könnte, was müsste forschungstechnisch noch passieren oder auch in der Praxis, um die zu verbessern? Sie hatten schon ein paar Sachen angeschnitten,

	<p>wie nach draußen gehen, informieren, damit die Jugendlichen überhaupt Zugang finden und das als Problematik erst mal empfinden können.</p>
B(45)	<p>Also es gibt ja in dem Bereich, ich nenne das mal einen Wissenschaftsstreit, auf der einen Seite zwischen vielen Suchtberatungen und auf der anderen Seite zwischen vielen Forschungseinrichtungen weltweit, aber hier in Deutschland insbesondere in Mainz, die ja wirklich davon ausgehen, dass der pathologische Internet- und Medienkonsum in den Bereich der Süchte gehört. Demgegenüber gibt es aber auch den Herrn Petry, die AHG Kliniken, die eben einen anderen Ansatz vertreten, die das Ganze als eine Verhaltens- und Beziehungsstörung sehen, mit einer hohen Rate an Komorbidität. Das heißt einerseits zeigt die Forschung bereits deutlich, dass es im Gehirn von Verhaltens Süchtigen ähnlich abläuft wie im Gehirn von Menschen mit einer substanzbezogenen Sucht. Interessant wäre dann tatsächlich zu gucken, wie beides miteinander zusammenhängt. Weil ich glaube nicht daran, dass es nur das eine ist oder nur das andere. Es hängt irgendwie miteinander zusammen. Da fände ich die Forschung interessant, die untersucht inwieweit diese psychischen Auffälligkeiten, wie Neigung zu Angst, Depression und so weiter, mit diesem Phänomen Computer- und Internetabhängigkeit zusammenhängen. Also diesen Zusammenhang stärker zu beforschen. Man weiß viel über die Erkrankung Depression, man weiß viel über Angsterkrankungen, man hat da Therapieansätze, es gibt viel Forschung dazu. Mittlerweise ist also auch die Grundlagenforschung Computer- und Internetabhängigkeit weit vorangeschritten, aber genau diesen Zusammenhang, sag ich mal, wenn der gestellt ist, würden Sie wahrscheinlich auch mehr und interessantere Informationen was jetzt diese Ätiologie angeht erhalten. Wenn man das dann auch mehr kennen würde, könnte man es dann vielleicht auch später, sag ich mal, in der Beratung mehr erkennen. So könnte Forschung in dem Bereich aussehen.</p>
I	<p>Super. Damit sind wir auch am Ende des Interviews angekommen. Ich möchte Ihnen noch mal vielmals danken.</p>

B(46)	Gerne.
-------	--------

C. Interview mit Herrn Markus Wirtz

Durchgeführt am: 26.10.2015

I	Herr Wirtz, ich würde Sie erst einmal bitten, können Sie zunächst Ihr Arbeitsgebiet im Bezug auf die betroffene Zielgruppe Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch kurz beschreiben?
C(1)	Soll ich da auch ein bisschen einleiten, wie sich das entwickelt hat mit der Zeit, das Arbeitsgebiet, wo ich jetzt sitze?
I	Ja.
C(2)	Es hat sich erst seit kurzem jetzt so in die Richtung entwickelt. Zu dem Thema allgemein berate ich jetzt schon seit sechseinhalb Jahren. Ich fange dann mal an. Angefangen das Thema zu beackern haben wir im Grunde genommen mit Projektcharakter vor so gut sechseinhalb oder sieben Jahren in der Fachstelle für Suchtprävention, Drogenhilfe Köln. Damals war das ein Thema: Exzessive Internetnutzung, Mediennutzung, wie man das auch immer nennt, was, ich würde sagen, deutschlandweit, noch kaum so richtige Beachtung gefunden hatte, weil es noch viele Unklarheiten gab. Deswegen ist es öfter mal passiert, dass Betroffene erst irgendwie in eine Suchtberatungsstelle gegangen sind oder eine Erziehungsberatungsstelle, aber irgendwie nirgendwo so richtig aufgehoben waren. Genau, lange Rede, kurzer Sinn, wir haben damals das Ganze mit dem Projekt Websucht in der Fachstelle für Suchtprävention dann aufgenommen und haben in dem Rahmen dann auch, weil es nicht viele andere Anlaufstellen gab, angefangen zu dem Thema auch zu beraten. Also analog zu Suchtberatungsstellen haben wir dann die Anfragen der Betroffenen und natürlich naturgemäß auch zum großen Anteil Eltern, die haben wir dann beraten. Das Ganze hat sich dann weiter entwickelt über ein Bundesmodellprojekt, was wir entwickelt haben, damals noch mit der Frau Mücken gemeinsam, ESCapade, ja, was einen familienorientierten Ansatz fährt, auch einen Präventionscharakter, auch für die Zielgruppe, um die es Ihnen hier gerade geht. Also wir haben 13 bis 18 Jahre damals

	<p>angesprochen. Und darüber ist es dann weitergegangen bis jetzt, wo wir dann im Grunde den ganzen Beratungsbereich gerade umkonzipieren und stärker nochmal in Richtung Jugendsuchtberatung ausrichten, wo ich jetzt auch mit drin sitze. Ich habe jetzt über sechs Jahre oder fünf Jahre, fast ausschließlich zum Thema „exzessive Mediennutzung“, „Internetsucht“ beraten, Randphänomene dann mitgenommen, aber das war mein Schwerpunkt, und jetzt berate ich zu allen Themen im Rahmen unserer Jugendsuchtberatungsstelle. „Ansprechbar“ ist der Name. Wir haben drei Standorte in Köln und da beraten wir im Grunde zu allen Themen, inklusive natürlich exzessive Mediennutzung/Internetsucht, aber halt auch zu allem, was da ein Thema ist, wie Amphetamine. THC und Computernutzung ist übrigens eine sehr gute Mischung, was man immer wieder hört, die Immersion ist da besonders groß. So das ist der Aufgabenbereich: Jugendsuchtberatung.</p>
I	<p>Jetzt hatten Sie ja schon das Thema „Zugang“ ein Stück weit angesprochen, dass Sie sagten, dass ja auch häufig Eltern die Beratung erst mal aufsuchen. Mich würde interessieren, wie finden denn Betroffene überhaupt Zugang zu Ihnen? Über welche Wege kommen die zu Ihnen?</p>
C(3)	<p>In der Regel, also da hat sich ja auch viel getan, aber viele finden tatsächlich, ich sag mal so über Recherche oder über Mundpropaganda. Und das Spannende ist ja, dass darin allein ja schon, und wenn ich Ihnen zu weit gehe, dann sagen Sie das, aber dass darin ja dann auch ein Stück weit, finde ich, wenn man beim Thema von „exzessiver Mediennutzung“ spricht, so eine Idee steckt, in welche Richtung das gehen kann. Denn viele von denselben Eltern könnten sich bestimmt auch an eine Erziehungsberatungsstelle erst einmal wenden mit dem selben Thema, landen aber erst einmal in der Suchtberatungsstelle. Also sie haben schon eine bestimmte Idee, wie das Ganze ablaufen soll. Und das geht über dieselben Wege, wie bei anderen Themen auch. Also es gibt ein Problem in der Familie, es werden Probleme wahrgenommen, meistens dann irgendwelche Indikatoren wie „Leistungsabfall in der Schule“ immer wieder</p>

	<p>oder dass sich das Kind abkapselt oder ins Kinderzimmer zurück zieht oder die hohe Handyrechnung bzw. hohe Kreditkartengebühren sind durch die free-to-play-games auch immer mehr im Kommen. Also es gibt meistens irgendeinen Auslöser oder Indikator, ja, oder Streit über längere Zeit. Und dann informieren die sich, informieren sich und finden dann irgendwann entweder über Empfehlungen, dass irgendwer sagt: Ach, da ist eine Stelle, ähnlich wie Sie mich jetzt auch gefunden haben, da ist eine Stelle, die hat sich dem Thema speziell angenommen oder durch Zufall dann zu uns. Und wir schauen dann, ob wir die richtigen Ansprechpartner sind.</p>
I	<p>Sind es denn in der Regel die Betroffenen selber, die den Kontakt suchen?</p>
C(4)	<p>Nein. Also in der Altersgruppe, von der Sie da sprechen, da kann ich die, ich sag mal, wenn wir von Betroffenen sprechen oder von welchen, die auch tatsächlich schon in einem Bereich waren, wo ich von einer krankhaften Ausprägung sprechen würde, waren es doch in 99% der Fälle Eltern, Angehörige oder sonstige Institutionen, die das Ganze initiiert haben und nicht die Betroffenen selber. Und ich finde es auch dem Alter entsprechend und angemessen. Nee, angemessen ist vielleicht das falsche Wort. Ich finde es gut nachvollziehbar, wie die Jugendlichen selber sind, die sich selber melden. Was Folgetermine angeht, ist was anderes, ja, wenn die einmal mitgekommen sind. Die Initiatoren, also diejenigen, die hier anrufen und die diejenigen, die auch mit der Situation in der Regel den größeren Leidensdruck verbinden, das sind doch die Eltern und die Angehörigen, zumindest bei uns.</p>
I	<p>Welche Institutionen spielen bei der Vermittlung vielleicht auch noch eine Rolle? Sie haben ja jetzt gesagt, Eltern sind meistens die Initiatoren, aber spielen auch noch andere Dienste eine Rolle?</p>
C(5)	<p>Ja, definitiv. Das geht von kooperierenden Erziehungsberatungsstellen, die halt merken, ok, es ist nicht mehr nur Erziehungsthema, sondern es ist tatsächlich auch ein Stück weit Suchtthema. Es ist ja häufig die Frage, also bei uns landen viele Familien, wo man sagen kann, gut, das ist auch</p>

	<p>irgendwie ein Erziehungsthema, wo es um das Aushandeln von Regeln und Vereinbarungen geht. Andererseits landen in Erziehungsberatungsstellen auch hier und da mal Familien wo die Ausprägung doch schon etwas deutlicher ist, sich die Strukturen sich mit der Zeit doch sehr stark verändert haben. Job Center weist zu. Das sind aber meistens dann die Älteren. Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter, schulpyschologischer Dienst, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, also im Grunde aus dem ganzen Hilfenetz bekommen wir Zuweisungen und weisen andererseits auch zu bzw. empfehlen andere Stellen auch weiter.</p>
I	<p>Welche Folge hat denn das auf die Motivation, wenn die Jugendlichen, wie Sie auch sagten, ja auch altersentsprechend nicht selber eine Problemlage sehen, sondern durch Dritte das Problem erkannt wird und Kontakt gesucht wird?</p>
C(6)	<p>Das finde ich einen ganz entscheidenden Punkt, denn in der Regel sitzen ja Kinder und Jugendliche bei uns, die erst mal mehr oder weniger freiwillig zu uns kommen und die in der Phase sind, wo sie mit einem Computerspiel, da bin ich überzeugt von, subjektiv alles, was in dem Alter so ansteht und auch an allem, was in der Pubertät so schief laufen kann, ganz wunderbar zu lösen und auszublenden oder ich sag mal in der Art der Selbstmedikation einfach mal davon Abstand nehmen zu können und dazu noch so die Entwicklungsaufgaben, die anstehen, zumindest subjektiv ganz gut lösen zu können. Denn Computerspiele sind nun mal in der Lage an ganz, ganz viele Bedürfnisstrukturen, die Kinder und Jugendliche so haben, ziemlich gut anzuknüpfen. Das heißt die Jugendlichen in dem Alter, die bei mir sitzen, da geh ich immer erst davon aus, dass die kein Problem haben und das ist auch meist so. Die haben kein Problem. Die Probleme, die liegen ganz weit weg, die liegen im Umfeld. Nämlich das, was an negativen Konsequenzen heranwächst, ja, wie Leistungsabfall in der Schule, wie Stress mit den Eltern, wie das Abgrenzen vom Freundeskreis. Das erklären die meisten dann doch mit irgendwelchen anderen Faktoren. Die Eltern sind halt einfach blöd und die Lehrer mögen sie nicht. Aber dass das Computerspielen damit</p>

	<p>zu tun hat und dass sie schon oft verschlafen haben und nicht zur Schule gegangen sind, das sind ja Dinge, die werden da ganz gerne verdreht, weil die einfach auch, weil die, ... Das ist, finde ich, ein sehr erwachsenes Verhalten, weil man da die Parallelen herstellen kann. Und das fällt vielen Jugendlichen, das ist mein Eindruck, einfach da noch schwer. Und deshalb ist es naheliegend, dass sie ihr Verhalten dann auch erst mal verteidigen und dann erst mal widerständig reagieren, wenn es darum geht, dass man ihnen etwas, das ihnen eigentlich nur positive Aspekte liefert, eigentlich nur gut ist, vielleicht sogar, und das ist ja ihr Thema, subklinische Depression in der Form von Selbstmedikation einfach mal wegschieben kann und auch den Streit mit den Eltern vergessen lassen kann und noch ein gutes Gefühl geben kann, ja. Ein Gefühl von Struktur bietet, von Sicherheit, was ja auch ein ganz großes Thema ist in der Pubertät, die ja eigentlich von ganz vielen Unsicherheiten geprägt ist, von der Möglichkeit mit Identitäten zu spielen, was in der Pubertät auch ein riesiges Thema ist. Also alles was man in dem Alter so braucht, das gibt einem Jungen im Grunde genommen ein Computerspiel, wenn er das Richtige gefunden hat. Und das bedeutet für mich in der Beratungssituation, dass ich dann natürlich auch behutsam rangehe und nicht den zweiten Erziehungsberechtigten oder dritten Erziehungsberechtigten spiele, der da nun den Zeigefinger auch hebt, sondern bewusst versuche das Ganze erst mal von der Suchtebene weg zu zerren, ja. Denn wenn Sie sich vorstellen, ich sitze in der Suchtberatungsstelle und die Eltern kommen mit dem Sohn zu mir, das ist ja schon ein Statement, ja. Der Junge sieht „Suchtberatungsstelle“ an der Tür und er kann sich natürlich schon ausmalen was hier passiert, weil er denkt: Ok, die denken ich bin süchtig. Das heißt ich muss davon die Finger lassen. Und der wird dann erst mal widerständig vor mir sitzen. Da bin ich grad ins Reden gekommen jetzt.</p>
I	<p>Das ist total in Ordnung Herr Wirtz. Sie haben jetzt einige wichtige Punkte angesprochen. Unter anderem hatten Sie ja auch angesprochen die Funktionalität des Spielens, um möglicherweise, wenn da noch etwas anderes vorliegt, wie beispielsweise depressive Symptome, damit besser</p>

	umzugehen. Wenn Sie jetzt so an Ihre Arbeit denken, wie oft würden Sie denn einschätzen, tritt das denn auf, dass ein Jugendlicher mit einer Spiele- oder Internetproblematik zu Ihnen kommt und da zusätzlich noch Symptome einer Depression vorhanden sind?
C(7)	Ah, da binden Sie mir jetzt natürlich die Hände, weil ich hier nicht im klassischen Sinne irgendwie Diagnose mache. Also ich gehe nicht alles durch, was es so gibt. Ich kann da nur aus dem Bauch heraus erzählen und auch vielleicht auch nicht nur bezogen auf die subklinische Depression, sondern auf viele andere Themen, die in dem Alter so anstehen. Also ich denke da zum Beispiel auch an ADHS. Also was ich grundsätzlich mache, ist nachfragen, ob schon mal irgendwo eine Diagnose gestellt wurde oder ob das Kind irgendwo anders in Behandlung ist. Dann wüsste ich nämlich, ob, das Kind oder der Jugendliche schon irgendwo gut angedockt ist, ja, dass es schon Therapieerfahrung hat und ob da noch was vorliegt, was interessant sein könnte und bei Jugendlichen sind es meistens doch dann auf jeden Fall Depressionen, wobei die dann diagnostiziert sein müssen oder wo die in Behandlung sein müssen oder ADHS. Das sind die beiden entscheidenden Punkte. Ich würde sagen bei Älteren, die von sich aus kommen, würde ich bei dem Großteil irgendwie depressionsähnliche oder auch teilweise bis hin zu Angststörungen Beobachtungen auf jeden Fall unterschreiben. Bei den Jüngeren fällt mir das natürlich deutlich schwerer. Aber ich glaube es spielt auf jeden Fall doch eine gewisse Rolle. Ja, also ich kann Ihnen da keinen Prozentsatz nennen, aber es spielt definitiv irgendeine Rolle, so wie viel was in der Pubertät eine Rolle spielt, weil es Unsicherheiten produziert.
I	Es ist natürlich auch ein schwieriges Thema, mit dem ich Sie da konfrontiere, weil es ja auch um die subklinische Ausprägung geht. Das heißt, es liegen einzelne Symptome vor, die man, wenn man da genau hinguckt, mit einer Depression in Verbindung bringen kann, aber die sind eben noch nicht in dem Maße vorhanden, dass man sagt, es sind ausreichend Symptome da, dass man von einer klinischen Depression

	spricht.
C(8)	<p>Und wenn ich da dann ganz genau nachfragen würde, und das ist ja das Spannende an dem, was Sie sich ausgesucht haben. Ich finde das ein spannendes Thema, weil das sehr wichtig ist und weil das, glaube ich, wenn man das ganz weit denkt und ganz abgefahren denkt wahrscheinlich viel mehr, als man im Rahmen von einer Masterarbeit abhandeln könnte, dann bedeutet das ja auch, dass man an manchen Stellen ein Stück weit von dieser Diagnose oder von diesem subklinischen Bereich auch in Frage stellen kann. Ich will das so erklären. Wenn eine Menge von den Symptomen, die einem da auffällig werden könnten, die ich vielleicht übersehe, und meine Kollegin, die Psychotherapeutin ist, die da, wo bei ihr da die Alarmglocken angehen. Das zeigt ja, wie ersetzbar das ist, denn ich, wenn ich hier einen jungen Mann sitzen habe und der sagt mir, der ist müde, verschläft oft in der Schule, die Mama sagt er ist aggressiv und er zieht sich immer mehr zurück, ja, dann sind das so typische Symptome für subklinische Depression. Dass der Junge bis tief in die Nacht zockt und deswegen müde ist, das kommt erst heraus, wenn man in die Richtung nachfragt. Also dass im Grunde, im Grunde geht das ja in beide Seiten und das ist das Spannende. Ich glaube, dass die Trennschärfe da gar nicht so einfach zu ziehen ist, weil viele Symptome auch Indikator sein können für eine riskante Verhaltensweise in die andere Richtung. Oder, wenn ich von den Jungs mal weggehen darf, das ist nämlich auch gerade ein Schwerpunktthema bei mir, wo ich mich frage, die Jungs kommen hier alle an, aber wo bleiben die Mädchen denn eigentlich? Wo es dann auch in dieselbe Richtung geht, dass ich hier schon eine Mutter mit einem jungen Mädchen sitzen hatte, die von der Kinder- und Jugendärztin zu mir geschickt wurde. Die Mutter war überzeugt, dass die Tochter eine Depression hat, sie eben immer diese Symptome gezeigt hat. Die war aber bis mitten in der Nacht auf WhatsApp unterwegs. Und deswegen war die immer müde und abgeschlagen. Das kam aber erst durch Nachfragen heraus. Und das finde ich einen ganz spannenden Graubereich, wo man da genau nachfragen muss, und das habe ich wahrscheinlich nicht genug</p>

	getan, ja. Oder ich hab das anders gedeutet.
I	Mir geht es ja darum zu explorieren, inwieweit ist es in den verschiedenen Hilfesettings überhaupt möglich darauf zu achten. Das würde mich jetzt eben interessieren. Sie hatten es ja eben schon angesprochen. Die Symptome, die können sich durchaus ähneln und je nachdem, wie sie fragen, erhalten sie einen anderen Hinweis auf das, was es sein könnte. Was denken Sie, macht es möglicherweise schwierig da eine Komorbidität zu erkennen?
C(9)	Eine Komorbidität zu erkennen ist gar nicht schwierig, wenn es zwei klare Diagnosen gibt. Die gibt es ja weder für Internetsucht noch für subklinische Depression, so wie ich das verstanden habe, weil, das ist ja dann noch kein Krankheitsbild, das ist ja subklinisch. Eine Komorbidität fest zu stellen, da würde man platt sagen, da hat man zwei Krankheiten, zwei Screenings, stellt man fest. Die Frage ist ja nicht, ob man das feststellen kann oder muss finde ich, sondern ob es in dem Setting notwendig ist, ob es einen Mehrwert bedeutet. Also, und das ist immer eine Frage des Beraters hier jetzt auch ein Stück weit. Denn das würde bedeuten, wenn ich mich zu sehr in die Richtung begeben, was Diagnosekriterien von anderen psychischen Erkrankungen angeht, dann befinde ich mich ja im Grunde therapeutisch gesehen in der Frage nach dem Warum. Also, „Warum spielt das Kind so viel Computer?“ und „Kann da eine subklinische Depression etwas damit zu tun haben?“. Die Frage nach dem „warum“ hilft mir in diesem Setting, in diesem Moment hier in den meisten Fällen gar nicht groß weiter. Also es ist wichtig, das im Hinterkopf zu haben, dass das zusammenhängen kann und es ist wichtig an passender Stelle da auch nachzufragen, ob da, wie ich eben schon gesagt habe, ob da schon eine Diagnose gestellt wurde, ob Behandlung stattfindet, vielleicht sogar, und das ist ja dann schon nicht mehr subklinisch, das ist ja dann eher so der interessante Bereich, ob der vielleicht sogar medikamentös behandelt wird oder ob behandelt werden soll und der Junge das aber nicht nimmt. Das sind so die Punkte, wo es für mich richtig interessant ist. Da sind die Zusammenhänge ziemlich stark.

	<p>Wenn das im subklinischen Bereich auffällt, dann ist das für mich in der Jugendsuchtberatung gar nicht so erheblich. Ja, also da fragt man dann auch nach und die Motive spielen auch eine Rolle, wenn der Junge berichtet, dass er häufig traurig ist oder dass er in der Schule nicht so gut klar kommt und so was. Das sind ja alles Dinge, die man auch mit dem Phänomen subklinische Depression in Verbindung bringen könnte, für mich in dem Zusammenhang da aber gar nicht so relevant, ja, weil man sich mit der Frage nach dem „Warum“ zu sehr in Defiziten verhaselt tendenziell, ja und es mir eher um die Ressourcen geht und um die Frage, wie soll es denn in Zukunft weitergehen.</p>
I	<p>Wie schätzen Sie denn da Ihre Möglichkeiten überhaupt ein dieses Thema dann auch therapeutisch aufzugreifen? So wie ich es verstanden habe, arbeiten Sie ja auch mit therapeutischen Methoden.</p>
C(10)	<p>Ich selber bin kein Therapeut. Deshalb habe ich so gesehen überhaupt keine Möglichkeiten. Ich würde nie sagen: „Ich behandle...“. Also ich komme auch aus dem sozialpädagogischen Bereich, ja und bin daher Beraterisch, aber nicht therapeutisch tätig. Ich habe es dann vielleicht irreführend dann so genannt. Aber das wäre der Punkt, wo ich dann bei meinen Klienten auch abgrenzen würde. Ich selber, ich behandle keine Depressionen. Kann ich nicht, mach ich nicht. Natürlich habe ich ein gewisses Gespür dafür, wann da sowas da ist oder so was. Wenn es dann darum geht, dass noch Komorbiditäten behandelt werden müssen, dann gebe ich definitiv ab. Entweder an eine Kollegin oder einen Kollegen mit einer entsprechenden Zusatzausbildung oder an eine andere Anlaufstelle und es passiert ja auch häufiger und das funktioniert auch ganz gut. Ja, um da drauf zu antworten, in diesem Rahmen behandle ich keine Depressionen.</p>
I	<p>Ok, das heißt, wenn Ihnen da etwas auffällt, das haben Sie ja gerade schon angesprochen, dann vermitteln Sie an Kolleginnen oder Kollegen, die damit fachlich vertraut sind. Ab wann sehen Sie denn eine Notwendigkeit,</p>

	dementsprechend zu handeln? Ab welcher Ausprägung von Symptomen?
C(11)	<p>Spätestens dann, wenn ich und der Klient, die Klientin das Gefühl haben, dass wir nicht mehr weiter kommen. Das ist ja sowieso am Anfang in so einer Klärungsphase immer die Frage in welche Richtung soll es gehen und was ist die Zielsetzung und, ähm, dafür nehme ich mir erst mal mindestens zwei oder drei Gespräche Zeit, weil das ein sehr wichtiges Element ist und was sich da zeigt, und das Resümee ziehe ich mit dem Klienten, der Klientin gemeinsam, ob eine Begleitung in dem Setting, das ich hier anbieten kann, ausreicht, noch zusätzliche Hilfe notwendig ist, zum Beispiel durch eine ambulante Psychotherapeutin, die dann speziell den Bereich der Depression mit bearbeitet. Und das hab ich schon häufiger gemacht, so ein Konstrukt, wo wir im Grunde genommen beide dann mit Schweigepflichtentbindungen uns austauschen können und dann er mit uns beiden arbeitet, ja. Oder auch ein Konstrukt mit einer Tagesklinik ist denkbar. Das hatte ich auch schon, dass der Betroffene tagsüber in die Tagesklinik geht und dann regelmäßig Gespräche noch bei mir führt, um das Thema mit der Internetnutzung in den Griff zu bekommen. All das sind Konstrukte, die denkbar sind und die Entscheidung, die wird dann irgendwann getroffen. Das heißt, nicht irgendwann sondern spätestens nach drei Gesprächen. Und dann wird geguckt, ob ein ambulantes Setting ausreicht, ja, ob eines dieser Konstrukte gewählt wird oder ob sowieso ein stationäres Setting angezeigt ist und da sind die derzeitigen Kliniken, die auf das Thema spezialisiert sind, wobei zugegebenermaßen doch erst ab 18 und nicht im Jugendalter – da geht es ja meistens dann in die Kinder- und Jugendpsychiatrie heute noch, ja – aber auf jeden Fall in Einrichtungen, die das Thema Depression auch noch mit bearbeiten können. Und ich sage mal ab einem Punkt, ab dem ich das Gefühl habe, das beeinflusst die Zusammenarbeit so stark, ja, also das ein Klient zum Beispiel stark depressiv ist, auch wie gesagt eine Diagnose und in psychiatrischer Behandlung, bekommt Medikamente, nimmt die aber nicht, dann ist davon auszugehen und dann ist zu befürchten, dass das unsere Arbeit ganz stark beeinträchtigen würde und dann schaue ich doch sehr stark, dass ich da</p>

	entweder einen Kontakt mit dem Psychiater oder Psychologen bekomme, nach einer Schweigepflichtentbindung oder dass wir da einen Weg finden, um ihn soweit zu stabilisieren, denn sonst, kann ich in der Situation mit ihm nicht arbeiten. Das geht dann nicht.
I	Also die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist sehr wichtig, sagen Sie. Wie ist es denn mit Jugendlichen, wie schätzen Sie denn ein, wenn die jetzt zu Ihnen kommen und die sind sich zumindest ein Stück weit bewusst, sie haben vielleicht eine Problematik mit dem Internet oder mit dem Spielen, aber es könnte auch noch etwas anderes vorhanden sein, also subklinische depressive Symptomatik und die Jugendlichen können das dem Spielen oder der Internetnutzung nicht zuordnen, merken die überhaupt, dass da noch etwas anderes vorhanden sein könnte, oder sind sie da sehr unreflektiert, was das betrifft?
C(12)	Nein. Also, das kann ich Ihnen natürlich nicht sagen. Das müssten die dann auch benennen, ob sie es merken oder nicht. Es müsste halt zur Sprache kommen. Ich sage mal so, wenn zum Ausdruck kommt, dass der Jugendliche häufig gewisse Symptome zeigt, und es ist in so einem Graubereich, und das ist ja ein Moment, wo dann die Eltern auch mit ins Boot geholt werden, dann im Zweifel immer abklären lassen.
I	Machen das Jugendliche denn? Schildern die das? Ich habe da jetzt etwas bemerkt, aber es hat nichts mit meinem Spielen zu tun, aber ich weiß nicht, was es ist.
C(13)	Ja, tendenziell schon, würde ich sagen (zögerlich). Also wenn man die richtigen Fragen stellt und wenn es zum Thema wird. Oder wenn die richtige Beziehung da ist, was ja auch wichtig ist. Also wenn der Jugendliche das Gefühl hat, ok, dem oder ihr kann ich was sagen. Also ich glaube aber nicht, dass das so auf der Ebene läuft „Ich glaub‘ das liegt da und daran, dass ich mich so verhalte.“. Das würde ja bedeuten, da kann jemand eine Verknüpfung herstellen und da stellt jemand eine Verknüpfung her, weil er tendenziell merkt, dass ist zu viel. Aber losgelöst davon, wenn man die

	<p>richtigen Fragen stellt, und das ist ja, im Grunde gibt das am meisten Eindruck, mehr als zu Fragen: „Was spielst Du und wie viel spielst Du?“, interessanter ist es doch zu fragen: „Wie läuft es mit den Eltern?“, „Hast Du Geschwister?“, „Verstehst Du Dich mit denen?“, „Wie läuft's in der Schule?“, „Kommst Du mit Lehrern klar?“. Also die Lebensbereiche. „Hast Du mal irgendwie Sport gemacht?“, „Machst Du das immer noch?“ Also das sagt mir viel mehr als zu fragen: „Wie lange sitzt Du vor dem Computer?“ Das ist ja das entscheidende Kriterium irgendwie.</p>
I	<p>Also Sie explorieren auch die Lebensumstände.</p>
C(14)	<p>Ja klar. Und daran kann man ja festmachen, wie stark die darunter leiden. Da kommt dann sowas schnell zum Ausdruck. - „Wie bist Du zufrieden damit?“ Da kommt es halt so, da sind die schon ehrlich, wenn man so in die Richtung die Fragen stellt. Ich glaube es bringt nichts, da irgendwie irgendwelche subklinischen Symptome abzuklopfen. Das sagt nichts. Das bringt genau so viel, wie die Kriterien einer Internetsucht abzuklopfen. Also wenn ich frage: „Hast Du Kontrollverlust?“ Was sagt mir das? Ja, das sagt mir gar nichts. Also das kommt dann im Gespräch heraus, wo der Jugendliche dann steht.</p>
I	<p>Wie würden Sie denn Hilfebedarf bei den männlichen Jugendlichen, die ein Problem mit pathologischer Internetnutzung und vielleicht depressiver Symptomatik haben, wie würden Sie da den Hilfebedarf einschätzen? Was brauchen die?</p>
C(15)	<p>Hmm, also erst mal sehe ich, dass Bedarf da ist. Es ist ein Bedarf da. Es ist ein Bedarf an spezialisierter Beratung, die sich auch mit der Lebens-, also auch auf der einen Seite mit der Lebenswelt von Jugendlichen, auf der anderen Seite mit Besonderheiten heutiger digitaler Angebote gut auskennt. Also ich glaube, das ist ein ganz hilfreicher Punkt oder auch, es müssen nicht einmal feste Stellen in der Suchthilfe sein, es können auch beispielsweise Schulsozialarbeiter sein, die da engagiert sind. Also es braucht irgendwie Ansprechpartner für Jugendliche. Das zweite, was es</p>

braucht, sind Ansprechpartner für Eltern. Im Moment, in dieser ganzen Diskussion, gibt es ja zwei Extreme, ja. Im Grunde eine Extrem Kinder zu viel machen zu lassen, zu wenig an die Hand zu nehmen, ja, wo sich dann problematisches Verhalten entwickelt und die andere Seite, Panik zu entwickeln. Dadurch entsteht dann Streit und im Grunde genommen dasselbe, dass der Jugendliche sich dadurch zurück zieht. Ich meine damit auch Beratungsstellen, die auch eine besondere Rückmeldung geben können, ohne gleich über,... die Gefahr ist ja auch, zu schnell zu Pathologisieren. Das ist ein Konstrukt, was nicht weiterhilft. Also ich bin der Überzeugung, das ist zumindest meine Beratungsüberzeugung, ich löse mich häufig in diesen ersten Gesprächen von diesem Suchtbegriff, weil der ja auch Verantwortlichkeiten zuschreibt. Die Verantwortlichkeit liegt dann komplett beim Sohn. Er ist krank und er muss etwas ändern. Das sehe ich aber nicht. Ein 14-, 15-, 16jähriger, der so exzessives Verhalten zeigt, das vielleicht schon, und häufig ist es ja Gott sei Dank nicht so, aber selbst wenn es so ist, der eben pathologische Verhaltensweisen zeigt, da kann auch drum herum nicht alles so ganz komplett gut sein. Irgendwer muss ihm ja den Rechner gekauft haben oder irgendjemand ist da noch drum herum, der das längere Zeit dann auch mit gemacht hat. Also ich löse mich da bewusst immer erst mal von dem Suchtbegriff. Das bedeutet im Grunde hat es hier eine Zielgruppe, wo ich zusammenfassen kann, dass es nicht genug stationäre Angebote gibt. Also da fehlt noch was, ich glaube die erste hat jetzt in Dortmund aufgemacht, also aus dem Bereich der Jugendhilfe heraus, ja, auch nicht aus dem krankhaften, aus dem Bereich der Jugendhilfe heraus. Also da fehlt es an Angeboten. Es fehlt aber vor allem, oder nee, es fehlt nicht. Es braucht vor allem niederschwellige Beratungsangebote, ja, wo sowohl Jugendliche als auch Eltern sich erst mal einen ersten Rat einholen können. Denn ich glaube, das Thema ist noch immer so ein bisschen in der Findungsphase. Und hierzu braucht es kompetente Ansprechpartner, die so mit einem Mix aus Erziehungs- und Suchtberatung eine gute Einschätzung geben können, wo ein Jugendlicher steht und was dabei unterstützt, die Situation zu verbessern. Das ist nicht immer eine Therapie des Jugendlichen. Und das ist auch nicht immer eine

	Erziehungsberatung. Manchmal ist es ein Mix und manchmal ist es eine Kombination. Aber das heraus zu finden, was die Situation in der Familie verbessert, dafür braucht es gute Ansprechpartner, die auch so ein bisschen sich in dem Medienbereich auskennen. Das ist glaube ich, das was die Zielgruppe braucht.
I	Also ich habe Sie jetzt auch so verstanden, es braucht wirklich für beide Seiten kompetente Ansprechpartner, speziell auch für Jugendliche, jemand, der erst mal diese Lebenswelt versteht, in der sie sich bewegen. Wenn man das jetzt so zur Grundvoraussetzung nimmt für die Beratung, welche Kontaktdauer oder welche Art von Beziehung braucht es, damit man überhaupt erkennt, da liegt noch eine Komorbidität vor?
C(16)	Also, wenn wir davon ausgehen, dass ich nur mit dem Jugendlichen arbeite, ja?
I	Nein, nicht unbedingt. Würde ich so nicht davon ausgehen. Das ist ja nicht der Regelfall.
C(17)	Ok. Das wollt ich nämlich gerade sagen. Das wäre nämlich schwer, weil meistens beziehe ich die Familie dann schon mit ein. Aber gehen wir von ein paar Gesprächen aus. Da sind ja Einzelgespräche dabei. Also ich sage mal im Regelfall sollte nach drei Gesprächen ungefähr so der Punkt sein, wo man so einen Eindruck hat, wo man entweder sagt, da ist noch was, was wir noch abklären lassen sollten, das könnte eine Rolle spielen oder wo man sagt, nee, da könnte vielleicht was sein, aber ist doch eher untergeordnet und brauchen wir nicht extra zu beackern. Also ich würde so gefühlt sagen, und das ist natürlich plus/minus, vielleicht kommt ja ein Jugendlicher direkt und sagt, ja hier, ich glaube da könnte ja auch was anderes sein, also wie Sie es eben gesagt haben. Aber so plus/minus glaube ich so nach drei Gesprächen, aus dem Bauch heraus, hat man da einen ganz guten Eindruck. Wie gesagt, ohne jetzt irgendeine Form von klinischer Diagnostik oder so. Ja, wenn sie in eine psychiatrische Ambulanz gehen, dann wird natürlich gleich eine Diagnostik gemacht. So jetzt hier

	nicht im Beratungssetting.
I	Haben Sie denn diese drei Gespräche zur Verfügung in der Regel?
C(18)	Ja, ja.
I	Also, wenn ich das richtig verstehe, kommen die auch ziemlich regelmäßig.
C(19)	Ja, also unser Ansatz ist so, dass wir ein Erstgespräch führen und dann gemeinsam überlegen, ob die hier richtig sind, ob das Sinn macht, ob sie ein gutes Gefühl haben. Und dann haben wir so eine Klärungsphase sage ich mal, eine Zielfindungsphase. Also was möchte jemand. Also, wenn jemand kommt, wenn ein junger Mann kommt, sagt: „Ich möchte kein Computer mehr spielen.“ Dann frage ich natürlich genau nach: „Was bedeutet das?“ „Ab wann ist es überhaupt nicht mehr?“ Also, das sind bestimmte Angebote, einfach, damit man ein klares Ziel benennen kann, woran man arbeiten kann. Und das dauert, um sich einen Eindruck zu verschaffen, und das dauert in der Regel so bis zu drei Gespräche aus dem Bauch raus. Und dann entscheiden wir uns, ob das reicht bei uns hier gemeinsam weiter zu arbeiten. Dann biete ich, ich sage mal, aus Erfahrung kann man viele Themen, so bei THC und bei Computerspielen, so in bis zu zehn Gesprächen, kann man schon eine Menge erreichen. Da kann man schon viel erreichen. Die biete ich hier an. Und wenn wir merken das reicht nicht aus, ja, oder nach den drei Gesprächen schon merken: Nee, das ist ein bisschen mehr. Wir brauchen was stationäres oder vielleicht noch einen ambulanten Psychotherapeuten, der noch Depressionen mit behandelt, ja zum Beispiel, dann vermittel ich weiter. Und deswegen müssen wir in dieser Klärungsphase der ersten drei Gespräche plus Erstgespräch, da entscheidet sich das meistens.
I	Also, ich habe verstanden, was Sie gesagt haben, aber ich bin mir noch nicht sicher, ob ich Sie ganz genau verstanden habe. Deswegen frage ich jetzt noch mal nach. Ich habe Sie so verstanden, dass Sie sagen, also ich nehme mir auf jeden Fall diese Zeit. Ich bin mir aber nicht sicher, ob die

	Jugendlichen Ihnen diese Möglichkeit überhaupt geben. Das heißt, nehmen die das Angebot denn überhaupt so in Anspruch?
C(20)	Ah, ja. Also, wenn die einmal hier sind, dann kommen die in der Regel auch wieder. Natürlich, weil auch die Eltern mit dran hängen. Und es ist selten, dass ich die Jugendlichen alleine hier hin hole. Also es gibt auch Gespräche mit den Jugendlichen alleine. Mein Konzept ist bei dem Thema in der Altersgruppe ganz klar, wenn eine funktionierende Familie da ist, eine halbwegs funktionierende Familie, ja, dann beziehe ich die immer mit ein. Aber trotzdem führen wir dann diese Gespräche. Und in der Regel, wenn wir uns in dem ersten und im zweiten Gespräch darauf einigen, oder wenn wir uns im ersten Gespräch darauf einigen, dass das Sinn macht und das in diesem Familiensetting, ja, Familie mit Kind, dann kommt in der Regel, also in aller Regel auch, sind das mit meine zuverlässigsten Klienten. Also zuverlässiger als Betroffene selber. Weil die Eltern oft einen hohen Leidensdruck haben. Die Kinder am Anfang noch nicht so, aber doch merken, dass da doch viel verkehrt läuft und ich denen dann anbieten kann: „Pass auf, wenn wir an diesem Konflikt arbeiten, haben alle was davon.“ Du als Kind, ja, und Ihr als Eltern. Es geht nicht nur darum, dem Kind zu sagen: Du darfst jetzt kein Computer mehr spielen, sondern wir arbeiten da gemeinsam dran und da habe ich eine ganz gute Quote. Da habe ich auch gute Erfahrungen mit gemacht. Außer wir merken natürlich, das ist die völlig falsche Anlaufstelle. Das kann natürlich auch passieren. Dann gehen sie woanders hin. Aber wenn wir uns einig sind, das bringt was, das macht Sinn das auszuprobieren, dann kommen die meistens auch wieder.
I	Das heißt durch die Anbindung der Eltern ist eine Kontinuität in der Beratung gegeben und dadurch haben Sie mehr oder die bessere Möglichkeit auch andere Störungen oder Probleme überhaupt erst fest zu stellen, durch einen längeren Beratungsprozess und es gelingt Ihnen eben durch diese Anbindung der Familie.
C(21)	Genau. Die Anbindung ist durch die Eltern gegeben. Die Jugendlichen alleine würden, also da wäre es schwieriger, wobei wir da bei anderen

	<p>Themen, also bei anderen Substanzen, wo es um Alkohol geht, um Cannabis, eigentlich auch gute Erfahrungen haben. Wenn wir die einmal im Boot haben über so Bundesprojekte, Thema Alkohol, zum Beispiel HaLT, oder Thema Cannabis. Wenn die einmal hier bei uns waren und sehen, dass es eigentlich auch zu ihrem Vorteil ist, wenn sie regelmäßig kommen und das sie auch davon profitieren können, dass wir nicht die zweiten Eltern sind, sondern Interesse daran haben, dass sie einfach nach den Gesprächen ein bisschen zufriedener sind als vorher und ein bisschen glücklicher sind als vorher, dann ist es, dann funktioniert es ganz gut. Das hängt natürlich wie immer bei Beratungstätigkeiten davon ab, ob man es schafft eine Beziehung aufzubauen, ob man es schafft sich als jemand zu präsentieren, der tendenziell zur Besserung beitragen kann. Und wenn man das schafft, dann kommen die eigentlich auch wieder.</p>
I	<p>Ist es denn so oder fragen Eltern denn auch aktiv nach, „Mensch, hier ist noch etwas, was ich bemerkt habe und ich kann mir das jetzt auch nicht so richtig erklären, was da mit meinem Sohn los ist. Ich bin ja eigentlich wegen dem Spielen da.“ Ist das etwas was Eltern aktiv anbringen, dass sie noch andere Symptome schildern?</p>
C(22)	<p>Ja, definitiv. Was Eltern oft antreibt, ist die Frage nach dem „Warum?“ wovon wir eben gesprochen haben. Warum benimmt mein Kind sich so? Und da ist meine Erfahrung, dass Eltern dann auf Erklärungsmodelle zurückgreifen, die sinnvoll erscheinen. Da ist Sucht ja auch erst mal nicht mehr als ein Erklärungsmodell. Hat man mal davon gehört, passt, dann geht man mal zur Suchtberatungsstelle, weil das Kind vor dem Computer sitzt. Und Depressionen können dann auch ein Erklärungsmodell sein. Und häufig steigen Eltern auch so ein, dass sie dann erklären, Kind sitzt viel vor dem Computer und er war ja schon als Kind immer so und war schon so zurück gezogen und ich hatte schon in der Grundschule das Gefühl, dass er wenig rausgeht. Das ist ganz häufig so. Weil Eltern, bis sie zu dem Punkt, dass sie hinkommen, sich natürlich schon unglaublich viele Gedanken gemacht haben und schon viele schwierige Situationen durchgemacht</p>

	<p>haben und schon viel probiert haben, viel alleine versucht haben. Also nicht hier hin kommen, ohne dass sie selber schon was ausprobiert haben. Da gehören diese Gedanken natürlich dazu, weil sie sich davon versprechen, dass sie dann die Lösung finden, wie sie sich verhalten sollen. Der nachteilige Effekt ist, dass sich dann viele natürlich in dieser Spirale dann wiederfinden, wo am Ende sie als Eltern stehen, die an allem schuld sind, was natürlich nicht so ist, aber wo man dann unweigerlich rein gerät. Weil die Frage nach dem „Warum?“ bei so einem komplexen Phänomen, wie diesen pubertären Verhaltensweisen oder auch Sucht natürlich nicht so einfach zu beantworten ist, weil es kein kausales Ereignis ist und wenn es keine klare Antwort gibt, kann man nur mutmaßen oder Hypothesen aufstellen. Und das verunsichert Eltern natürlich dann und bringt sie schnell in diesen Strudel rein, das heißt, um Ihre Frage klar zu beantworten, auf jeden Fall und viele Eltern haben sich schon viele Gedanken gemacht, woran das liegt. Und Depressionszustände und Depressionssymptome spielen da bestimmt auch eine nicht untergeordnete Rolle.</p>
I	Welche Symptome schildern Betroffene beziehungsweise Eltern denn da?
C(23)	<p>Na ja, es geht in erster Linie um Wesensveränderungen, wo man unterscheiden muss, ob es jetzt um Persönlichkeitsveränderungen geht, ja was dann ein bisschen schwieriger ist oder um Verhaltensänderungen und die meisten Verhaltensänderungen sind dann klar, wo es in die Richtung geht, verhält sich auf einmal in die Richtung aggressiv oder aufbrausend, ja. Oder in die andere Richtung, das wäre dann für Sie interessant, zieht sich immer mehr zurück, er war früher in einem Sportverein, geht da nicht mehr hin, trifft sich weniger mit den Freunden, obwohl die doch so nett waren, hängt immer mehr vor dem Computer oder vor dem Tablet und kommuniziert auch fast nur darüber, nimmt nicht mehr am Abendessen teil. Also diese soziale Isolation, der soziale Rückzug ist sicherlich häufig so einer der zumindest prägnantesten Indikatoren warum Eltern das Gefühl haben oder erkennen, dass da irgendwas nicht so gut läuft. Ich weiß nicht, wie das in Zukunft sein wird, wenn sich immer mehr auf den mobilen Markt</p>

	<p>verschiebt, weil der Indikator der sozialen Isolation dann nicht mehr bei allen so gegeben ist, ne, das wird noch mal ganz spannend. Aber solange das so ist, ist jeder, mit allem was dazu gehört, ja, und so Dinge, wie: Ich hab das Gefühl er ist irgendwie traurig und zurückgezogen, was ja auch mögliche Symptome sein können, solange es den Aspekt der sozialen Isolation noch gibt, bin ich überzeugt, dass das auch weiterhin noch so berichtet werden wird. Und das ist es in der Regel auch, was Eltern dann beschreiben.</p>
I	<p>Jetzt hatten Sie ja schon gesagt, ok, Eltern, die schildern (...) die haben sich viele Gedanken gemacht, die können auch Problematiken recht gut benennen oder Veränderungen, die sie bei ihrem Kind erleben. Trifft das auch auf die Betroffenen zu?</p>
C(24)	<p>Ne, oder eher nein. Eher nein. Vielleicht nach einer Zeit im eins-zu-eins-Gespräch mal. Also da geht's dann glaube ich schon um so Themen wie „Ich bin unzufrieden.“ Oder „ Ich will mich nicht so viel streiten.“ Oder so was, sowas wird eher benannt. Aber so in die Richtung von anderen krankhaften Symptomen, hier in meinem Setting eher nein. Weil die dafür glaube ich eine Ausprägung haben müssten, die stärker ist. Das ist mein Eindruck. Oder weil das ja bedeuten würde, und das finde ich ein sehr erwachsenes Verhalten, dass jemand so eine Situation einordnen kann, einschätzen kann und sich überlegt woran das liegt. Und ich glaube, das ist dann in vielen Fällen nicht gegeben. So ähnlich wie das mit dem Computerspielen ist, also Fragen: „Mir geht es grad nicht so gut. Woran liegt das?“ ich glaube das Verhalten ist dann, wenn latente depressive Symptome da sind und das Kind merkt, wenn ich Computer spiele, merke ich das nicht, dann ist das glaube ich eher etwas, was in der unbewussten Ebene stattfindet, als in einer bewussten Ebene und deswegen auch nicht so klar benannt werden kann.</p>
I	<p>Also das bedeutet, wenn man jetzt von Jugendlichen spricht und da von einem eher niedrigen Krankheitsempfinden oder fehlenden Problembewusstsein spricht, damit die das merken, müsste die Ausprägung der Symptome stärker sein oder die müssten reflektierter sein, wie das ein</p>

	Erwachsener ist. Sehen Sie noch andere Gründe, weshalb die das nicht als Problem empfinden oder das Problemempfinden geringer ist?
C(25)	Ich kann da nur mutmaßen. Dass sie in dem Moment, in dem sie bei mir sitzen, ja offensichtlich eine ganz gute Alternative gefunden haben durch das Computerspiel, diese negativen Emotionen, diese negativen Gefühle nicht zu spüren.
I	Das ist ein interessanter Punkt.
C(26)	Und dadurch ja ganz gut aufgestellt sind. Aber ich glaube das sind Mechanismen, die passieren wie gesagt implizit. Also wenn wir von einem 14-, 15jährigen sprechen, ich glaub,..., und da muss man auch unterscheiden. Also ich habe das ja so richtig verstanden glaube ich, dass es Ihnen nicht um die schwerstdepressiven 14-, 15jährigen geht. Die habe ich natürlich auch und die sitzen teilweise schon mit zwei, drei Jahren Therapieerfahrung und haben schon Medikamente bekommen. Die sind da natürlich dann was anderes und die waren auch schon beim Therapeuten oder bei Beratern und die plappern dann auch drauf los, weil die da Erfahrung haben. Wenn wir aber von einem Jugendlichen ausgehen, der eher eine Depression im subklinischen Bereich hat, wo es vielleicht den Eltern noch gar nicht so aufgefallen ist sogar, weil die eher gedacht haben, na ja, der hockt halt nur vor dem Computer, ja, und ist deswegen so komisch drauf oder auf der anderen Seite zwar etwas gemerkt haben, aber noch keine Diagnostik gemacht haben, weil der dann doch immer wieder mal gut drauf war, dann glaube ich ist das was anderes. Dann ist es in einem Beratungsgespräch wahrscheinlich, wird das wahrscheinlich gar nicht zum Thema gemacht, weil das Problembewusstsein noch gar nicht so hoch ist. Und da braucht es für mich als Berater zwei, drei Gespräche um da einen Eindruck zu bekommen.
I	Sie haben jetzt wieder ganz viele interessante Punkte angeschnitten, unter anderem, dass Sie sagen, ok, wenn denen das noch nicht bewusst ist, können die es noch nicht ansprechen oder die haben das Spielen für sich

	<p>zur Regulation entdeckt per trial and error und merken dann auch erst mal diese negativen Symptome nicht und deswegen haben sie keinen Zugang dazu und können das auch nicht schildern. Das fand ich ziemlich interessant. Und Sie hatten aber auch eingangs schon ein Stück weit gesagt, wenn die Probleme bemerken, dann attribuieren die die auch eher extern. Also die Familie, die ist anstrengend oder ähnliche Sachen. Und Sie hatten jetzt auch nochmal angesprochen manche kommen dann, gerade im Bereich klinischer Depression, schon häufig mit Erfahrung an. Aber wie ist es denn, wenn andere Dienste vermitteln? Gibt es da auch schon durch den vermittelnden Dienst irgendeinen Hinweis bei dem Jugendlichen könnte noch etwas anderes sein als nur die Internetabhängigkeit oder Spielproblematik?</p>
C(27)	<p>Ja, und das ist dann der Moment, wo, je nachdem, wo die dann herkommen, wo ich dann entweder von Anfang an darum bitte und manchmal auch darauf bestehe, dass der Part noch mal extra mit abgeklärt wird. Also ich sage mal angenommen Schulsozialarbeiter vermittelt zu mir und sagt: „Ich bin mir nicht sicher, der zockt aber ziemlich viel und hat auch gesagt er ist oft traurig, ich glaube da ist auch eine Depression.“ Dann nutze ich das Erstgespräch, um mir da auch selber einen Eindruck zu schaffen. Manchmal habe ich da dann andere Ideen, als der- oder diejenige, die da vermittelt, aber wenn dann zumindest ein Verdacht da ist, dann bestehe ich schon darauf, dass das dann extern mit abgeklopft wird. Und das geht ja auch problemlos, also zumindest hier in Köln im jugendpsychiatrischen Dienst oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder so. Und das kann man da alles abklären lassen.</p>
I	<p>Das heißt, Sie dämpfen dann auch gleich erst mal die Erwartungen, die an Sie gestellt werden könnten durch diese externe zuweisende Stelle indem Sie sagen, ok, ich kann das jetzt nicht alles abdecken. Wenn da ein Verdacht ist, bitte wenden sie sich nochmal an den oder den Träger, um das noch mal zu klären.</p>

C(28)	<p>Ja, ob ich die Erwartungen dämpfe, hängt dann von den Erwartungen ab, ne. Das finde ich auch wichtig. Also wenn da zwei Themen sind, dann finde ich, dämpft das gar nicht die Erwartungen. Im Gegenteil, dann finde ich das sehr kompetent zu sagen in so einem Moment, passen sie auf, wir können da hier bestimmt auch was machen, aber es macht auch Sinn, wenn sie das in einer Stelle, die da noch deutlich besser aufgestellt ist, nochmal abklären lassen und dann das für sie adäquateste Angebot zusammen zu stricken. Und dann, in der Diagnose kann ja alles raus kommen. Da kann raus kommen es ist nichts, es kann raus kommen es ist recht viel. Das bedeutet ja nicht, dass das Thema Internet dann per se weg ist. Denn was wir auch wissen ist, dass eine schwer depressive Person, die auch internetsüchtig ist, davon habe ich ja bei mir auch meistens dann junge Erwachsene schon gehabt, dass es nicht damit getan ist, die Depression zu behandeln. Weil das A meistens nicht funktioniert, wegen der Internetsucht und B, dass wenn das funktioniert, weil derjenige medikamentös eingestellt ist, dass das eigentlich in keinem Fall, bei denen, die ich kenne, dass die dann auch kein Computer mehr gespielt haben oder weniger oder gesünder, im Gegenteil. Also das ist dann nicht verschwunden. Das bedeutet, ich bin dann nicht aus dem Boot, wenn ich sage, lassen sie das mit abklären. Sondern dann geht es darum zu gucken, dass ich das ein oder andere oder das eine und das andere sich nicht negativ bedingt, ja, und wenn da schon so ein dankbarer Moment da ist, dass jemand einen Hinweis gibt, hey, da könnte auch noch was anderes sein, dann ist es ja ein Leichtes zu sagen: „Passen sie auf. Der Verdacht ist da, dass da auch noch was sein könnte. Klären sie das direkt mit ab. Ich kläre hier mit ihnen ab, ob da eine Internetsucht da ist, ja, oder wo sie stehen. Da an der anderen Stelle klären sie ab, ob möglicherweise noch eine Depression da ist oder etwas anderes, da kann man ein super Angebot für sie stricken.“</p>
I	Da habe ich mich wahrscheinlich falsch ausgedrückt.
C(29)	Nein, überhaupt nicht. Ich habe Sie schon verstanden.

I	Ich halte es auch für kompetent zusagen, das ist etwas, was ich nicht machen kann. Ich mache keine Diagnostik, aber wenn der Verdacht da ist, wäre es sehr wichtig, das abzuklären, damit wir dann gemeinsam auch adäquat am Ziel arbeiten können. Einfach, damit man selber diesen Druck raus hat. So hatte ich das halt verstanden. Dass ein Schulsozialarbeiter beispielsweise nicht denkt, ok, ich schicke den jetzt erst mal zur Beratung, da wird dann alles geklärt. Ich muss mich da nicht weiter damit befassen.
C(30)	Genau. Es geht ja darum zu gucken, wo stehen die Familien. Und vielleicht auch, und da gebe ich Ihnen ja auch Recht. Also nicht so ins Blaue hinein quer durch die Welt Diagnosen zu machen. Weil viele, die dann hier landen, die haben ja schon eine halbe Beratungsodyssee hinter sich und waren schon bei vielen Anlaufstellen. Ich habe da schon den Anspruch zu gucken, dass die Wege möglichst kurz werden und die Umwege bis zu der Anlaufstelle, bei der sie dann bleiben, auch möglichst wenige sind. Es wäre ein Leichtes, dann einfach mal pauschal jeden nochmal auf Depressionen abklopfen zu lassen oder so was. Aber das hilft mir ja auch nicht weiter. Es muss schon ein Verdacht da sein. Ansonsten bringt mir das auch nichts zu wissen, ob jemand noch irgendwie subklinische Depressionszustände zeigt. Also ich mein, die hat jeder mal. Das bedeutet für mich nicht viel.
I	Was sind denn Symptome, die Ihnen in Ihrer Arbeit da begegnen, was depressive Symptomatik betrifft?
C(31)	Mit Jugendlichen, die meinen Sie wahrscheinlich oder?
I	Ja.
C(32)	Ja, also Symptom bedeutet ja, dass ich dem eine Krankheit zugrunde lege. Also ich würde dann eher von Verhaltensweisen sprechen, die damit zusammenhängen vielleicht, ja. Und das ist dann natürlich alles was man auch in gewisser Weise unter dem breitgefassten Begriff der Entzugssymptome verstehen könnte, auch anders beschreiben kann, aber auch hier drunter packen könnte, nämlich wie ich eben beschrieben habe

	<p>schon aggressionsähnliche Zustände, ja, aber auch Unfähigkeit mit bestimmten Emotionen umzugehen, weil es schlicht nicht gelernt wurde im Kindes- und Jugendalter, also auch mit Langeweile, mit Traurigkeit. Und das sind ja alles so Dinge, die dann wieder antreiben das Ganze, das Internet, das Spiel zu instrumentalisieren und eine Gefühlsregulation und eine Emotionsregulation damit durch zu führen. Und das sind, im Grunde geht das so stark in die Richtung oder halt die ganz andere Richtung, vielleicht Emotionen, die man mit einer subklinischen Depression in Verbindung bringen kann, aber nicht muss, ja. Wenn das Kind hier und da mal traurig ist oder oft müde oder,..., das sind eher so Situationen. Ich würde da nicht von, ..., es können natürlich auch Symptome sein. Ich würde das dann eher mal ein bisschen weicher fassen erst mal. Wenn sich das häuft, gehen die Alarmglocken natürlich an, selbstverständlich.</p>
I	<p>Sie haben das jetzt so aus der Perspektive angesprochen, aus welcher Richtung man das jetzt betrachten kann. So habe ich das jetzt verstanden, dass man jetzt sagt, ok, die Symptome oder Anzeichen, Verhaltensweisen sehe ich jetzt. Jetzt muss ich erst mal gucken wo kommen die her, aus welcher Richtung, beispielsweise dass eine depressive Symptomatik vorher schon vorlag und das Spiel selber als funktionelle Verhaltensweise mit rein kommt. Gibt es das denn auch anders herum? Erleben Sie das, dass durch das Spielen oder die Internetnutzung eine depressive Symptomatik erst entsteht?</p>
C(33)	<p>Ja. Und das find ich, also, nicht in dem Alter. Vielleicht habe ich es schon erlebt, aber habe es nicht bewusst wahrgenommen, aber bei älteren Betroffenen habe ich das schon bemerkt. Ja, und das ist auch ganz gut mit der sozialen Isolation zu erklären, mit dem Rückzug. Und an dem Punkt, wenn dann so langsam Stück für Stück bewusst wird wie viel doch eigentlich im Moment auf der Strecke bleibt, ja, und das sind dann meistens ja einige Jahre, die dem vorausgegangen sind und einige Dinge, die nicht so ganz gut gelaufen sind, bei einem Anfang-, Mitte-Zwanzigjährigen, dann ist es mir doch schon mehr als einmal passiert, dass (...) Man kann natürlich</p>

	<p>nie sagen, was latent vorher schon da gewesen ist, aber dass dann eher so der Eindruck entstanden ist, dass sich die Depression aus der Verhaltensweise heraus entwickelt hat und dann auch manifestiert hat mit der Zeit. Also dass dann negative Emotionen, die entstanden sind, die am Anfang vielleicht nur, in Anführungsstrichen, Emotionen oder Gefühlszustände waren, die episodisch waren, ja, dass sich das dann chronifiziert hat und dann im Sinne einer Abwärtsspirale weiter durch den Computer kompensiert wurde und dann irgendwie verfestigt hat, dass sich eine Sucht oder ein pathologisches Verhalten dann entwickelt hat und auf der anderen Seite auch eine manifeste Depression herausgestellt hat.</p>
I	<p>Sie haben jetzt so ein Stück weit die Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf beschrieben wenn dazu noch eine Komorbidität dazukommt. Inwiefern beeinflusst denn eine depressive Symptomatik pathologische Internetnutzung?</p>
C(34)	<p>Das bedingt sich gegenseitig. Also natürlich, dafür muss man ein bisschen Suchtdynamik verstehen und da ist ja der Computer auch ersetzbar, also das Internet ist ersetzbar, genau wie Substanzen ersetzbar sind. Denn süchtig wird man ja nicht nach einer Substanz oder nach dem Computer oder dem Glücksspielautomaten, sondern nach einem Gefühl, das man damit verbindet. Und die Stärke, ich nenne es jetzt mal ein bisschen blasphemisch die Stärke von Computerspielen, besonders für männliche Personen und besonders für männliche Jugendliche ist, dass die in der Lage sind an ganz, ganz viele dieser Gefühlsstrukturen, dieser Bedürfnisstrukturen anzuknüpfen. Also einmal an Bedürfnisstrukturen, was in die Richtung geht nach Sicherheit, nach Stärke, nach Abenteuer, nach Gemeinschaft, ja, alles das was man so braucht, so dass man ziemlich lange das Gefühl hat, dass es einem an nichts fehlt. Und dazu kommt noch, was ich immer wieder berichtet bekomme, auch von hyperaktiven Jugendlichen, die keine zehn Minuten auf dem Stuhl sitzen können und stillhalten, dass die berichten, dass sobald sie vor dem Bildschirm sitzen, dass ihre Gedanken dann komplett fokussiert sind, dass sie die Krankheit in</p>

	<p>dem Moment nicht mehr spüren und mit Depressionen ist es ähnlich. Und das funktioniert ziemlich potent solange sie vor dem Computer sitzen und verbessert die Situation aber nicht. Denn sobald sie aufstehen, sind viele Probleme, die vorher da waren über Nacht zu ein bisschen größeren Problemchen geworden oder haben sich zumindest nicht von selber gelöst. Und der Betroffene hat seine Depression in der Zeit auch nicht bearbeitet. Der hat sie gemutet, ja, ausgeblendet, aber nicht bearbeitet. Und darum geht es. Es kann sich gegenseitig bedingen, ja. Ab dem Moment, wo beides latent vorhanden ist, finde ich, ist die Gefahr groß, dass sich eine Abwärtsspirale entwickelt, weil der Betroffene merkt, hey, mir geht es vor dem PC deutlich besser. Und das geht es ihm auch, aber nur so lange er davor sitzt und nicht aufsteht. Das heißt, der Wunsch ist groß möglichst viel Zeit davor zu verbringen. Es entsteht ziemlich lange ein Gefühl, dass eigentlich im Grunde an nichts fehlt, dass es sogar ganz gut läuft und irgendwann kommt halt dann doch der Knall oder es findet so langsam ein Bewusstsein statt, wo sich jemand dann Gedanken macht, hey, ist es wirklich das, was ich mir vorstelle. Aber das dauert aus Erfahrung ziemlich lange. Das ist meine Erfahrung.</p>
I	Wie lange dauert das Ihrer Erfahrung nach?
C(35)	<p>Ja, wenn bestimmte neue Lebensaufgaben anstehen. Also für mich ist ein ganz guter Erklärungsansatz, dass wenn man sich die Entwicklungsaufgaben im Jugendalter anschaut, ja, wo es darum geht sich von den Eltern abzugrenzen, Identität zu finden, irgendwie auch Sicherheit zu erfahren, dann ist das etwas, was man subjektiv natürlich, nicht praktisch, aber subjektiv als Jugendlicher in dem Alter alles mit einem Computerspiel wunderbar lösen kann, wenn man sich einmal darauf einlässt. Und ich habe hier viele junge Erwachsene, die dann entweder ganz pragmatisch merken, dass sie im Studium seit vier Semestern nichts gemacht haben, ja, und so langsam das Geld knapp wird oder dass das Job Center Ärger macht oder die einfach sich denken, weil sie in einen neuen Entwicklungsschritt kommen, also viele, die hier hergekommen sind, dann</p>

	irgendwie auch, dadurch dass sie ihre Entwicklungsaufgaben nicht adäquat gelöst haben auch tatsächlich so ein bisschen entwicklungsverzögert sind, dabei trotzdem irgendwann merken, hey, das ist ja doch irgendwie nicht alles was ich will. Jetzt will ich mal langsam selbständig werden, will mal langsam beruflich Fuß fassen, hätte mal gern eine Freundin und einen Führerschein, also das, was zum Erwachsenwerden dazu gehört, das die ein oder anderen in diesem Moment merken, hey, mir fehlt ja doch irgendwie was. Das sind die Momente, wo jemand dann in eine Beratungsstelle kommt.
I	Herr Wirtz, jetzt habe ich gar nicht mehr so viele Fragen an Sie. Ich glaube es sind noch zwei. Mich würde noch interessieren vor welchen Herausforderungen sehen Sie gerade das Hilfesystem, also Beratung und Behandlung unter dem Aspekt, dass auch so etwas wie subklinische Depressionen als Komorbidität bei Jugendlichen auftritt?
C(36)	Ich glaube, dass die größte Herausforderung ist, finde ich, dass wir mit Phänomenen, ich will es gar nicht Störungsbilder nennen, dass wir mit Phänomenen zu tun haben, die sich sehr schnell weiter entwickeln, die sehr viel Aufmerksamkeit, sehr viel Beschäftigung erfordern und die vor allem sehr viel interdisziplinäres Arbeiten erfordern, wo es nicht mehr um ein reines Diagnose-Behandlungsschema geht, sondern häufig ganz viel um so Zwischenebenen oder um Kombinationen verschiedener Theorien, verschiedener Ansätze und verschiedener Beratungs- und Therapiemöglichkeiten. Ja und ich glaube, das ist die größte Herausforderung im Moment.
I	Wie könnten dem jetzt die Forschung und die Beratung begegnen? Was müsste die jetzt machen?
C(37)	Also, klar, das einfach ist, für Internetsucht braucht es erst mal eine Diagnose. Das ist klar. Wir haben jetzt die Online Gaming Disorder als Vorläufer, aber ohne eine klare Diagnose in dem Bereich wird es zumindest auf klinischer Ebene schwierig. Auf beraterischer Ebene und als solchen

	<p>interviewen Sie mich ja gerade und das ist ja auch meine Arbeit, ist die Frage der Diagnose gar nicht so relevant, weil ja erst mal Leute hier sitzen, die irgendwie ein Problem haben und das erkenne ich erst mal an. Und da ist nur die Frage: Kann ich denen helfen oder kann ich denen nicht helfen? Das heißt da geht es nicht ohne platte Diagnose, wir müssen hier nicht etwas abrechnen oder so. Das ist natürlich auf Dauer interessant, ja, weil das auch eine Form von Erklärung bedeutet und eine Form von neuen Möglichkeiten. In den meisten Fällen ist das für mich noch nicht so relevant. Aber das bedeutet für die Praxis, dass sie, also auch in erster Linie für Suchtberatungsstellen oder Erziehungsberatungsstellen, dass sie frei denken muss, dass sie vielleicht auch aus alten Strukturen, Paradigmen ausbrechen sollte, offen an neue Themen herangehen sollte und sich damit auseinandersetzen, weil sich gerade ziemlich viel und ziemlich schnell entwickelt und da sehen wir ja an dem Thema der Internetsucht, der Computersucht, wo die Gefahr besteht, dass man entweder sagt, ist doch Quatsch, machen wir nicht oder wo die Gefahr besteht, dass man das überdramatisiert. Und gerade wir aus dem Suchthilfesystem oder allgemein Fachleute sollten versuchen da immer behutsam damit umzugehen, zumindest gegenüber dem Betroffenen. Auf politischer Ebene muss man immer ein bisschen dramatisieren, aber in der Arbeit mit Betroffenen sollten wir reflektiert mit diesen Herausforderungen, mit diesen neuen Themen umgehen. Und die Forschung, die macht es gerade ganz gut, die forscht nämlich jede Menge und schafft ganz gute Grundlagen. Weil, wenn man sich das anschaut wie lange es jetzt gedauert hat, bis die Diagnose oder zumindest der erste Schritt dahin in Amerika passiert ist und das mit anderen Krankheiten oder Suchtkrankheiten vergleicht, dann hat das Thema eine ziemlich steile Problemkarriere hingelegt, das ging ziemlich fix. Ich bin frohen Mutes, dass das für den europäischen Raum dann mit dem ICD 2017 auch so weit kommen wird. Und das ist für mich persönlich der nächste größere Schritt, der ansteht. Und deswegen sollte die Forschung auch gezielt darauf hinarbeiten unter anderem</p>
I	Also, dass auch der ICD 11 dann eine Diagnose stellt.

C(38)	<p>In irgendeiner Form. Das wäre dann auch für Betroffene zuträglich, weil dann einfach nochmal andere Behandlungstüren auf stehen, die da jetzt zwar schon da sind, die dann aber gesicherter wären und ansonsten, klar, brauchen wir natürlich Einzelfallstudien und so weiter, einfach um nachzuvollziehen, wie das Phänomen zu verstehen ist, was für mich immer deutlich wird, dass es problematisch sein kann auch von reinen, isolierten Phänomenen zu sprechen, weil es ja doch viele Zwischenbereiche gibt, speziell jetzt beim Thema Internetsucht zum Beispiel. Also, dass es nicht immer nur Sucht ist oder nur irgendwie Komorbidität oder nur ein Familienproblem, sondern dass häufig auch einfach so ein, wie bei anderen Suchterkrankungen im Grunde auch so einen Rattenschwanz hinter sich trägt, den man dringend mit beachten muss. Und innerhalb dieses Rattenschwanzes können die Wertigkeiten der einzelnen Probleme, der einzelnen Phänomene unterschiedlich sein und deswegen muss man da immer ziemlich genau drauf schauen.</p>
I	<p>Herr Wirtz, wir sind jetzt am Ende angekommen. Vielen Dank.</p>

D. Interview mit Herrn Gordon Schmid

Durchgeführt am: 30.10.2015

I	Zum Einstieg können Sie mir bitte kurz Ihre Arbeitsaufgaben im Bezug auf männliche Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch beschreiben, was sind da Ihre Aufgaben, was beinhaltet Ihre Arbeit?
D(1)	<p>Ich fange erst mal mit einem anderen Fakt an. Von den Klienten, die zu uns kommen, ist das Durchschnittsalter vom letzten Jahr 29. Das heißt, die die eigenmotiviert kommen, sind in der Regel älter als 18. Zwanzig, einundzwanzig, so geht es dann meistens los. Bei den Jugendlichen, bei den Jungs, das ist auch so unsere Erfahrung, dass das gerade im Jugendlichenalter ausschließlich Jungs sind, die die hier landen, kaum Mädchen. Die paar, die mir jetzt einfallen, da ging es dann häufig um Mobbingsituationen, warum die Eltern dann uns aufgesucht haben mit dem Jugendlichen, bis hin zu sexuellen Übergriffen, chatten, wo nicht ganz klar war wer hinten dran steht. Aber wie gesagt, die Jugendlichen werden dann, der Zugang ist über die Eltern in der Regel, dass die hierher geschickt werden, ja, und ganz oft dann bei uns in der Beratung sitzen und sagen: „Nee, ich hab kein Problem. Bei mir läuft alles gut. Und die einzigen, die das Problem haben, sind meine Eltern.“ Deshalb sind wir auch dazu übergegangen, weil wir einfach gemerkt haben, das hat mit Kapazitätsgründen auch zu tun, dass die Möglichkeiten, die wir haben, mit den Jugendlichen zu arbeiten da einfach begrenzter sind. Und in den klassischen Beratungsgesprächen, vor allem, wenn keine Motivation da ist, sehr schwierig war mit denen zu arbeiten. Und deshalb sind wir dazu übergegangen, dass wir zuerst die Eltern hierher bitten, auch wenn die erst mal mit dem Wunsch kommen oder schon mit der Diagnose: „Mein Jugendlicher, der ist computerspielsüchtig.“ Dass trotzdem erst die Eltern hierher kommen und im Rahmen eines Infoabends über das Thema informiert werden über komorbide Krankheitsbilder, die oft mit eine Rolle spielen und aber eben auch ganz klar mit der Botschaft, dass auch sie als Eltern gefragt sind. Dass es jetzt nicht nur darum geht den Jugendlichen zu</p>

	<p>behandeln, ja, sondern auch sie als Eltern Maßnahmen ergreifen sollten bzw. können, erst auch mal unabhängig davon, ob überhaupt eine Sucht vorhanden ist oder nicht, aber einfach auch hier Maßnahmen zu ergreifen. Das heißt eben für Jugendliche meistens vorgeschaltet dieser Infoabend und dann gegebenenfalls weitere Gespräche auch mit dem Jugendlichen beziehungsweise mit der Familie.</p>
I	<p>Also wenn ich das jetzt richtig verstanden habe, im Bezug auf die jugendliche Klientel ist erst mal die Elternarbeit das wichtigste Standbein und die Betroffenen, sofern sie denn betroffen sind, kommen im nächsten Schritt.</p>
D(2)	<p>Genau. Die Ausnahme ist, wenn jetzt ganz klar ein Jugendlicher sagt, ne, anruft und sagt, ich brauch Unterstützung, und wirklich auch motiviert ist. Dann ist es dann eben auch so, dass wir direkt dann auch mit dem Jugendlichen arbeiten, aber auch da trotzdem die Eltern klar mit ins Boot holen und die bitten und auch einladen für den Infoabend, daran teil zu nehmen. Weil auch da geht es darum, welche Haltung habe ich als Eltern. Und mit den Jugendlichen auch ganz gut, also, die wir dann auch beraten über einen längeren Zeitraum auch mit mehreren Beratungsgesprächen.</p>
I	<p>Das heißt, wenn Sie den Einstieg über die Eltern wählen oder Elterninformation, dann geht die Arbeit im Nachgang mit den Jugendlichen im Nachgang besser?</p>
D(3)	<p>Ja.</p>
I	<p>Ok. Jetzt hatten Sie ja schon gesagt gerade bei Minderjährigen unter 18 gelingt der Zugang meistens eher über die Eltern, weil die kommen nicht selbstmotiviert an. Gibt es noch andere Zugangswege, die Betroffene zum Hilfesystem hier jetzt beispielsweise wählen?</p>
D(4)	<p>Eben andere Zugangswege oder auch über Schulen, das ist auch ein Zugangsweg. Aber ich sag mal so, hauptsächlich sind es die Eltern. Das ist wirklich der Hauptzugangsweg.</p>

I	Jetzt hatten Sie auch schon gesagt, Sie informieren in diesen Elterninfoabenden über verschiedene Aspekte einer Internet- oder Computerspielabhängigkeit und dass da auch Komorbiditäten zur Sprache kommen. Wie nehmen denn Eltern diese Information auf?
D(5)	Ich sag mal, es gibt so zwei Gruppen. Die größere Gruppe: „Ne ne, ist nicht. Der ist computerspielsüchtig. Also der spielt einfach gern und er spielt viel und er soll einfach weniger spielen.“ Wenn das Thema Depression oder auch Angststörungen da eine Rolle spielt, da blocken die eher ab. Oder eben auch, arbeiten wir da mit dem, ich stelle das Suchtdreieck vor, wie eben auch Sucht entstehen kann oder entsteht, um einfach auch deutlich zu machen, dass es eben nicht nur das Computerspiel ist, warum die Sucht sich entwickelt. Sonst wären viel viel mehr Jugendliche süchtig, weil einfach das Computerspielen einfach auch Teil der Jugendkultur heute auch ist. Sondern dass eben auch andere Faktoren auch eine Rolle spielen. Sei es eben die Person auch selbst, eben mit beispielsweise komorbiden Krankheitsbildern auch, aber eben auch das soziale Umfeld. Wie wachse ich auf? Wie ist Familie, wie wird Familie gelebt? Und das gefällt denen nicht immer so, dass wir das so klar thematisieren und nachher auch in der weiteren Diskussion eine ganz große Rolle spielt. Also wir sprechen nicht darüber, was müsse der Jugendliche tun, sondern was ist jetzt die Aufgabe der Eltern hier gut und eben nicht co-abhängig zu reagieren. Ja, also sie in der Verantwortung auch wahrzunehmen und eben diese Dinge auch sich nochmal bewusst zu machen und auch da einen Blick drauf zu werfen und eben nicht nur: „Der sitzt sechs Stunden vor einem Ballerspiel.“
I	Also wenn Sie schon auch von sich aus über Komorbiditäten informieren, dann scheint mir das ja so, hat das für Ihre Arbeit auch einen wichtigen Stellenwert genau darauf zu gucken. Wie würden Sie denn das Vorkommen subklinischer Symptome einer Depression bei internetabhängigen Jugendlichen einschätzen? Wie häufig ist das?
D(6)	Ich gehe erst mal kurz auf die Erwachsenen darauf zurück und dann auf die

	<p>Jugendlichen. Also für uns spielt es deshalb eine große Rolle, auch in der Arbeit mit Jugendlichen, weil wir eben bei den Erwachsenen, die zu uns kommen, bei einem ganz großen Anteil depressive Züge, diagnostiziert oder nicht diagnostiziert, wahrnehmen oder eben auch Angstsymptome, ja. Und auch viele im Anschluss oder auch schon bevor sie zu uns kommen, therapeutische Maßnahmen ergriffen haben, um eben dieses Krankheitsbild auch zu behandeln oder wir dann auch weiter vermitteln. Daher spielt das in unserer Arbeit in der klassischen Beratung mit den Selbstmotivierten schon auch eine große Rolle. Und auch wenn wir hier auch diagnostisch mit den Betroffenen arbeiten und wir über das Thema Jugend auch sprechen schon auch ganz häufig ist, dass da, so wie sie berichten, wohl schon erste Anzeichen von Depressionen einfach auch zu erkennen waren. Und deshalb spielt das für uns in der Arbeit oft eine große Rolle. Bei denen Jugendlichen, die wir sehen, auch da wieder zwei Gruppen. Wir haben die Gruppe der Jugendlichen, wo die Eltern sehr besorgt sind, ja, wo aber Schule einigermaßen funktioniert, noch im Verein sind, Freunde besuchen und dann eben gibt es dann eben auch die Zeit, wo die dann mal zwei, drei oder vier Stunden mal zocken oder am Wochenende auch mal einen ganzen Tag und die Eltern groß in Sorge sind, dass der Jugendliche süchtig ist. Bei dieser Gruppe, also die wirken psychisch sehr stabil. Also da erkennen wir selten, dass da depressive Anteile auch vorhanden sind. Die andere Gruppe der Jugendlichen, die dann zu uns kommt, ist dann eben die Gruppe, die zur Schule einigermaßen gehen oder auch nicht mehr gehen, aber auch in Gesprächen ganz deutliche Anzeichen auf Depressionen dann auch zeigen.</p>
I	<p>Was sind das denn für Anzeichen, wenn ich kurz einhaken darf? Was nehmen Sie da so wahr?</p>
D(7)	<p>Antriebslosigkeit, Traurigkeit, in sich gekehrt, das sind so die Hauptanzeichen, die wir da sehen. Also häufig eben die Antriebslosigkeit. Es nicht zu schaffen morgens aufzustehen, nicht zu schaffen so einen Alltag eben im real life eben auch zu schaffen.</p>

I	Jetzt hatten Sie ja auch angesprochen, ok, depressive Symptome, aber auch Angstsymptome, das begegnet uns häufig in der Arbeit. Wo würden Sie denn, wenn Sie jetzt ein Ranking machen müssten, wo würden Sie denn depressive Symptome verorten bei den Komorbiditäten?
D(8)	Also das wäre die erste Komorbidität und das Zweite wäre die Angst.
I	Also top zwei sozusagen. Gibt es da noch irgendetwas darüber hinaus?
D(9)	Ja, das ist so, bei den Erwachsenen wie gesagt, viele die kiffen. Der Cannabiskonsum kommt häufig vor, ja. Ich weiß in der Literatur ist noch angegeben ADHS. Das spielt jetzt bei uns weniger eine Rolle. Gut wir machen jetzt auch keine klassische Diagnostik, aber auch wenn wir zu Therapeuten vermitteln geht es dann häufig in die Richtung Depression, ja. Und eben Cannabiskonsum, einen recht regelmäßigen. Das ist doch bei einem Großteil der Klienten, spielt das eine Rolle.
I	Jetzt hatten Sie auch schon erwähnt, dass manche entweder mit einer Diagnose hier her kommen oder eben noch keine haben. Das heißt, bei denen könnte es die Aufgabe sein erst mal hinzugucken, ist da was. Das Bewusstsein scheint ja wirklich da zu sein dafür. Wie ist es denn mit denen, die aus einem Überweisungskontext oder in irgendeiner Form hierher kommen und schon eine Diagnose haben? Stellt die sich denn als richtig heraus oder wird da auch etwas übersehen?
D(10)	Also da muss ich sagen, dass wir jetzt nicht unsere Aufgabe sehen und auch nicht gezielt darauf schauen, stimmt die Diagnose oder nicht. Sondern dann eher, also was eher sein kann, wenn beispielsweise Medikamente mit zur Behandlung auch gehören, dass wir da merken, ok, dass sich keine Veränderung einstellt, dass wir dies dann auch rückmelden oder einfach auch mit dem Therapeuten Kontakt aufnehmen. Aber wenn jemand in der Therapie ist und die Diagnose Depression hat, also stellen wir das nicht unbedingt in Frage und vor allen Dingen auch gar nicht vor dem Klienten. Also ist da eher so ein Eindruck und dann schauen wir erst mal für uns

	<p>behindert es unsere Arbeit mit dem Klienten überhaupt, spielt das eine Rolle, wenn wir eine andere Einschätzung hätten? Wobei ich da jetzt mich an wenige Fälle erinnere. Da ist es dann eher, wenn wir jemand irgendwo hinschicken und dann die Behandlung nicht nach unseren Vorstellungen erfolgt oder wir uns was anderes vorgestellt hätten, ja. Aber selten dass wir der Diagnose nicht folgen können.</p>
I	<p>Wie ist das denn jetzt, wenn man jetzt erst mal von der Arbeit selbst weg guckt, sondern auf die Jugendlichen mit Internetabhängigkeit und subklinischen Depressionssymptomen. Was haben die denn für einen Hilfebedarf? Was brauchen die?</p>
D(11)	<p>Also da ist unser Schritt immer recht schnell und das finde ich eigentlich bei den Jugendlichen eigentlich so den Vorteil, oder so unsere Wahrnehmung, wir kommen viel schneller an die Wurzel. Also, wir merken, es geht jetzt hier gerade viel mehr um die Depression, um die zu behandeln, um dann im nächsten Schritt zu schauen, ist denn Suchtverhalten da oder verändert sich durch die Behandlung der Depression eben auch das Verhalten am Rechner. Und dass ist bei uns, gerade bei Jugendlichen, schon eher die Erfahrung, dass es hier noch viel besser möglich ist die anderen Bereiche zu bearbeiten, dass ich dann oft auch das Computerspielverhalten dementsprechend auch recht schnell verändert, was bei den Erwachsenen nicht immer der Fall ist. Auch wenn die Depression dann behandelt wird, dass aber das Suchtverhalten dann trotzdem noch da ist.</p>
I	<p>Wie ist das den zu erklären, dieser Unterschied?</p>
D(12)	<p>Ich glaube da kommt es, also nach unserer Wahrnehmung, einfach auf die Dauer des Spielens auch schon an. Dass ein Jugendlicher da vielleicht erst in Führungsstriche ein Jahr exzessiv zockt und sich so die Struktur noch gar nicht gebildet hat was Belohnungssystem und Suchtgedächtnis anbelangt oder noch nicht in diesem Maß wie es bei einem 27jährigen ist, der eben schon seit zehn Jahren zockt, dann die Depression behandeln lässt, aber trotzdem sich das Spielverhalten nicht verändert.</p>

I	Jetzt hatten Sie ein Stück weit auch beschrieben, dass Sie sagen gerade bei Jugendlichen ist es sinnvoll auf jeden Fall schnell auf diese depressive Tendenz zu reagieren, weil sich im Zuge dessen auch das Spielverhalten verändert.
D(13)	Und weil das auch, wenn ich mit einem Jugendlichen spreche, das Thema Spielverhalten einschränken oder in die Abstinenz zu gehen, wollen die nicht, ja. Da ist auch keine Bereitschaft dies zu verändern. Wenn ich aber daran arbeite mit denen: „Möchtest Du was daran verändern, dass Du Dich wieder aktiver fühlst, dass Du wieder mehr Lebensfreude spürst?“, da können sie gut andocken. Also das ist eher eine Motivation, die sie gut mit verfolgen können. Und deshalb geht es dann für uns, da gehen wir dann auch recht schnell zur Vermittlung zu Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Wo wir einfach sagen: „Und da hast Du die Möglichkeit dies nochmal zu bearbeiten.“ Und lassen erst mal an dem Punkt noch das Spielverhalten außen vor, dass es hier um Reduzierung geht und Einschränkung oder abmelden von einem Spiel, weil da haben wir keinen Zugang zu dem Jugendlichen. Da merken, das wollen die nicht.
I	Das ist keine Option für die.
D(14)	Das ist keine Option, weil die sagen: „Deshalb wird’s mir auch nicht besser gehen. Das ist ja gerade das, was mir die Lebensfreude bringt.“ Ja, und dann eben eher über den Ansatz: „Möchtest Du da eben etwas daran verändern?“ Dass Dir eben auch mit-Freunden-treffen auch Lebensfreude bringt. Und da, da sind sie immer sehr bereit dann auch oder bereiter.
I	Also Sie erkennen das ja scheinbar ganz gut in Ihrer Arbeit, dass es da diese Tendenzen einer Symptomatik gibt. Wie ist es denn bei Jugendlichen? Die kommen jetzt fremd- oder eigenmotiviert hierher und haben zumindest vielleicht die Vermutung, da könnte was mit Internet sein oder mit dem Spielen, auch wenn sie es vielleicht nicht gerne sagen. Aber das ist etwas, worauf sie sich einlassen können. Gibt es aber auch Symptome, die sie dann erleben und wo sie ganz deutlich merken, das kann

	ich mit dem Spielen irgendwie nicht in Zusammenhang bringen, das kann ich mir damit nicht erklären. Es muss irgendeine andere Ursache haben, aber ich verstehe es nicht. Also erkennen die denn diese Symptomatik auch als etwas Unabhängiges vom Spielen? Oder habe ich mich jetzt verklausuliert?
D(15)	Ja, ich habe es noch nicht ganz erfasst.
I	Sie erkennen im Gespräch, der ist traurig, antriebslos, irgendwas ist da noch, das ist jetzt nicht nur das Spielverhalten..
D(16)	Das hat nicht mit dem Spielen zu tun. Ja, ja, jetzt habe ich es verstanden.
I	Erleben die Jugendlichen das selber, nehmen die das auch wahr? Die kommen jetzt vielleicht fremdmotiviert hier an, aber können sich noch darauf einlassen, dass sie sagen: „Ok, ich habe hier ein Problem.“ Merken die da sowas wie die Antriebslosigkeit? Das ist irgendwie komisch, das hat nichts mit dem Spielen zu tun. Können die das äußern? Nehmen die das wahr?
D(17)	Viele nehmen das gut war. Also ich finde, die haben da ein gutes Gefühl oder eben auch wenn die dann auch ganz schnell benennen: „Na ja, meine Mama hat auch nie Zeit für mich.“ Also auch ganz schnell familiäre Dynamiken dann mit hinzu ziehen, viel mehr als die Eltern das tun, und das dann da auch gut in Zusammenhang bringen. Ja, also ich finde die sind da, da sind die meisten schon sehr sensibel. Die haben schon ein Bewusstsein auch dafür. Und wo es dann schon auch darum geht, und da kommen auch wir dann recht schnell wieder weg von dem Thema Computerspielsucht, wirklich hier auch nochmal systemisch drauf zu schauen. Erst mal mit den Jugendlichen und im optimalen Fall dann die Familie mit ein zu beziehen. Ja und auch hier noch mal deutlich zu machen, dass es vielleicht aktuell einen exzessiven Konsum gibt, aber der auch mit anderen Dingen zusammenhängt. So klassisch eben so Trennungs-, Scheidungssituationen oder Konflikte in der Paardynamik bei Eltern und Jugendliche dann eher sagen: „Bevor ich mich jetzt in der Stimmung unten an den Tisch setze,

	spiele ich lieber eine Runde. Da habe ich meine Ruhe.“ Und oft ist es eben auch so, dass Eltern dann auch die Jugendlichen dann in Ruhe lassen, ja. Jetzt weiß ich nicht, habe ich Ihre Frage so beantwortet?
I	Zum Teil haben Sie die schon beantwortet. Ich weiß ja nicht wie tiefgehend Sie die überhaupt beantworten können. Die Frage war schon: Nehmen die Jugendlichen neben der Spielproblematik, wenn da was anderes da ist, auch wahr, ist etwas da? Und: Können sie sich das dann auch erklären? Das ist vielleicht noch so eine weitere Frage.
D(18)	Also, wahrnehmen: Ja. Erklären: Hmm.
I	Also können die es irgendwie zuordnen, das hat jetzt mit der oder der Problematik zu tun?
D(19)	Also ich sage mal so, nachher vielleicht im gemeinsamen Gespräch danach, dass sie es dann erkennen, das schon.
I	Also durch die Reflexion mit Ihnen.
D(20)	Genau, durch die Reflexion mit uns dann auch nachher einen Zusammenhang zu erkennen, das eine kann ja auch mit dem anderen zusammenhängen. Das schon. Die kommen jetzt selten hier her und haben dann schon das Erklärungsmodell. Ein Gefühl dafür, aber eher emotional und mit uns ist dann nochmal so die Aufgabe dies auf einer rationalen Ebene anzuschauen, nochmal: wie können Zusammenhänge aussehen? Was hat miteinander zu tun, was nicht? Was spielt eine Rolle?
I	Ok, jetzt haben wir Ihre Perspektive und haben auch die Perspektive der Jugendlichen. Wie ist denn die Elternperspektive? Das hatten Sie vorher ja schon so angeschnitten. Wenn man die jetzt danach befragt, nehmen die denn depressive Symptomatiken wahr und bringen sie die zur Sprache? Sind die sensibel dafür?
D(21)	Das ist unterschiedlich. Es gibt so einen Part Eltern, die den Weg mit gehen, auch wenn wir das ansprechen oder hauptsächlich ich, weil ich

	<p>hauptsächlich mit den Eltern arbeite. Und dann wir es in der Regel auch ein längerer Beratungsprozess, weil die einfach auch daran arbeiten und das auch zulassen, dass wir recht schnell von dem Thema Sucht weg kommen, sondern bei anderen Erkrankungen sind, die auch wichtig zu behandeln sind. Dann gibt es denn Part der Eltern, und da sind es meistens nicht mehr als ein, maximal zwei Gespräche, die sehr nur an dem Thema Sucht, ja, Sucht hängen und die Sucht muss behandelt werden stationär, aber sonst es nicht zulassen, dass auch andere Aspekte auch für eine Entstehung der Sucht eine Rolle spielen. Ja, also dass es eben nicht nur das böse Computerspiel ist, ja, und nicht nur die bösen Freunde, die eben auch alle spielen, sondern dass viele Faktoren auch eine Rolle spielen und da ist es dann schwierig. Wir haben noch eine Gruppe für Angehörige, für Eltern. Das machen Kollegen aus der Erziehungsberatungsstelle auch vom Caritasverband, die eben eine fortlaufende Gruppe für Eltern haben, wo die sich gegenseitig und mit den Kollegen eben beraten können, wie können sie sich weiter verhalten, um das Spielverhalten weiter zu reduzieren, etc. pp.. Und auch da ist die Rückmeldung, dass die meisten Eltern, die kommen, ein-, zweimal, maximal dreimal zur Gruppe. Und wenn sie dann aber merken, dass sie selber auch als Person gefragt und gefordert sind, dass sie auch an ihrem eigenen Verhalten auch etwas verändern müssen, um hier Veränderung auch zu bewirken, bleiben die oft dann auch weg. Ich sage mal, das sind die wenigsten Eltern, die dann klassisch hier bleiben und dann auch an dem Thema weiterarbeiten oder sich auf eine Diagnostik bei einem Psychotherapeuten oder Psychiater dann auch einlassen.</p>
I	<p>Die Wahrnehmung ist bei einem Teil der Eltern da, dass bei ihrem Kind etwas sein könnte, was nicht nur das Spielen betrifft. Und bei einem anderen Teil wird alles, was vielleicht an familiären Problematiken da ist, auf das Spielen, auf das Kind projiziert.</p>
D(22)	<p>Genau. Ein klassischer Symptomträger.</p>
I	<p>Sobald etwas zur Sprache kommt, was andersartig ist, ist eine Mauer oben.</p>

D(23)	<p>Genau. Und da sehe ich schon bei dem Teil der Kinder und Jugendlichen natürlich die Gefahr einer Suchtentwicklung, wenn das jetzt die nächsten vier, fünf, sechs Jahre so weiter geht, dann ist die Gefahr schon auch da. Und was ich auch immer den Eltern sage, weil dann immer so kommt: „Na ja, er hat eine Sucht.“, und ich würde vielleicht etwas anderes sagen, weil ich sage: „Nee, ich sehe noch kein Suchtverhalten.“ Wo ich immer auch deutlich sage, „Eigentlich ist es jetzt auch gar nicht wichtig, ob ich jetzt eine Sucht diagnostizieren würde oder nicht, sondern es geht ja darum, dass Sie Veränderung zu Hause möchten.“ Und die gilt es einzuleiten. Mit Sucht, ja oder nein, das sei erst mal dahingestellt. Der Wunsch der Eltern ist immer, dass ich eine Diagnose stelle. Und sind dann oft enttäuscht, wenn ich eben nicht die Diagnose stelle, keine Sucht. Also eine klare Diagnose, wir vergeben da auch keine Stempel, aber wo ich dann schon eher sage, ich sehe jetzt hier wenig Suchtverhalten, sondern sehe es in anderen Zusammenhängen.</p>
I	<p>Also ich finde es ist auch noch eine wichtige Frage, die hatten Sie auch schon zum Teil angeschnitten mit einer Antwort, wie lang ist denn erfahrungsgemäß die Verweildauer hier im Beratungskontext der Betroffenen selber, also der Jugendlichen mit einer Internetproblematik oder –abhängigkeit?</p>
D(24)	<p>Das hängt auch ein bisschen mit der Kapazität und dem Angebot zusammen. Die Jugendlichen sind in der Regel von zwei bis maximal vier Terminen bei uns, weil bei Jugendlichen, da bräuchte es eher einfach erlebnispädagogische Maßnahmen, mit denen raus zu gehen, etwas machen, dass die sich wieder spüren. Was wir in der Beratung dann machen, bei denen, die motiviert sind, einfach auch gemeinsam zu besprechen dass eingeschränkter Umgang wieder stattfindet. Das Thema Abstinenz ist bei den Erwachsenen auch ein heikles und sehr sehr schwieriges Thema, und aber auch bei Jugendlichen, das aus unserer Erfahrung wirklich noch nicht angezeigt ist, sondern wirklich, und das ist schon auch so unsere Erfahrung, dass wenn die sich darauf einlassen auch</p>

	<p>wieder schaffen einen kontrollierten Umgang zu finden, wenn es mit einer Sicherungssoftware ist, dass man eben nur zwei Stunden oder drei Stunden am Tag zocken kann und dann aber auch wieder schaffen auch andere Dinge auch wieder zu aktivieren, sich im Haushalt zu beteiligen, so die klassischen Jugendthemen auch, die aber auch für Konfliktstoff eben sorgen. Oder eben auch Freizeitaktivitäten wieder auch wahr zu nehmen. Oder eben auch der Teil, wo wir merken, das gelingt nicht, wo wir aber dann auch recht schnell in therapeutische Maßnahmen auch weiter vermitteln. Wo wir einfach merken, ok, da braucht es einfach nochmal mehr, weil wir das so hier nicht anbieten können.</p>
I	<p>Das ist auch noch mal ein wichtiger Punkt. Wie viel Zeit, also Sie sagten zwei bis vier Termine ist so der Schnitt und mehr ist es in der Regel mit Jugendlichen nicht an Beratung, wie viel Zeit brauchen Sie denn, um zu erkennen, Moment, da ist noch etwas anderes, da könnte eine Depressivität eine Rolle spielen?</p>
D(25)	<p>Na ja, das ist ja immer unterschiedlich, wie der Jugendliche sich zeigt, wie er sich gibt oder wie stark vielleicht etwas ausgeprägt ist. Und ich möchte es auch nicht ausschließen, dass wir das manchmal vielleicht nicht wahrnehmen und auch nicht sehen. Je nachdem wie ein Jugendlicher sich auch hier präsentiert. Manchmal ist es im ersten Gespräch schon klar, ja. Und manchmal ist es unsicher. Aber auch dann motiviere ich Eltern dem Jugendlichen auch zu sagen, na ja, eine Diagnostik auch zu machen, um vielleicht auch manches auszuschließen. So also kann ich gar nicht sagen, also kann ich jetzt so nicht beantworten.</p>
I	<p>Es gibt keine Kategorie dafür sozusagen. Jetzt interessiert mich natürlich, Sie sagen, bei manchen erkennt man das gleich, bei manchen ist es unsicher, also es hängt davon ab, wie sie sich präsentieren. Bei denen, wo es möglicherweise da ist, aber nicht erkannt wird aufgrund der Art, wie sie hier auftreten, die Jugendlichen, würden Sie da eher vermuten, dass das was damit zu tun hat, dass die bewusst etwas zurück halten oder wie sehen</p>

	Sie das?
D(26)	Ich glaube jetzt nicht, dass die bewusst zurückhalten oder dass sie selbst denken: „Oh, ich hab da eine Depression und die halte ich irgendwie zurück.“, sondern dass es denen eher darum geht „Ich präsentier mich so, nicht dass der naher feststellt ich hab ne Sucht und sagt ich soll weniger spielen.“ Also eher mit dem Hintergrund.
I	Sozial erwünschtes Verhalten.
D(27)	Genau. Sozial erwünschtes Verhalten. Dass ich nachher rausgehe aus dem Gespräch und sage, ja, also das wünschen die sich auch immer: „Du darfst weiter spielen. Und sagen Sie meinen Eltern, dass vier Stunden am Tag weiterhin in Ordnung sind!“. Das ist so ein Wunsch, den oft die Jugendlichen dann auch haben. Daher glaube ich nicht, also wenn die wissen oder das ist jetzt zumindest meine Erfahrung, ich kann es nicht für die sagen, die es geschafft haben uns zu blenden, sag ich mal. Aber von den Jugendlichen, wo es beispielweise eine Diagnostik gibt oder die schon einmal eine Therapie gemacht haben, die äußern das eigentlich auch immer. Also das ist jetzt gar nicht, oder auch wenn wir nachfragen, das ist jetzt auch gar nicht schambesetzt bei den Jugendlichen. Sondern die gehen damit recht offen um: „Ja, ich war da mal bei so einem, bei so jemand. Da bin ich dann immer hin. Ich glaub das war ne Therapie.“ Also oft wissen die es auch gar nicht ganz genau, was das jetzt genau war, was sie gemacht haben, aber das erlebe ich bei den Jugendlichen nicht schambesetzt. Wie gesagt, ich weiß ja nicht von denen, die sagen: „Nee, ich hab nichts gemacht.“ Das weiß ich nicht.
I	Jetzt arbeite ich natürlich mit einem Konstrukt, das zwar auch tatsächlich in der Forschung untersucht wird unter dem Begriff subklinische Depression, subsyndromale Depression, was sonst nicht alles. Das heißt subklinisch, es gibt dafür keine Diagnose, weil sie eben nicht die Anzahl an Diagnosekriterien erfüllt, damit man nach ICD-10 von einer Depression sprechen kann. Dennoch wird davon ausgegangen, dass es ein Risiko

	darstellt und es würde mich natürlich interessieren, ab wann ist es denn, wenn Sie etwas feststellen, auch etwas, wo bei Ihnen die Alarmglocken läuten oder Sie sagen, darauf muss ich jetzt wirklich achten, das muss ich auch besprechen, dass da etwas zusätzlich vorliegt?
D(28)	Also ganz ganz klar, wenn Suizidgedanken sind, wenn Jugendliche Lebensmüdigkeit äußern, ja, und eine Perspektivlosigkeit, also so ganz deutlich auch äußern. Das sind dann für mich schon Alarmglocken, wo ich die Eltern dann auch unbedingt mit ins Boot hole und dies dann gemeinsam auch zum Thema mache, einfach aus Gründen des Schutzes des Klienten aber auch der Eigen- und Fremdgefährdung auch. Oder eben auch bei Jugendlichen, die dann massiv sich zu Hause, wobei, die kommen eigentlich gar nicht bei uns in der Beratung an - das sind dann die Eltern - die sich massiv auffällig verhalten, Eltern bedrohen, mit dem Messer bedrohen. Da werde ich schon hellhörig, klar. Da gibt es dann schon eine ganz ganz deutliche, klare Empfehlung. Ja also in Richtung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, wenn das noch mal vorkommt oder auch wirklich eine schnelle psychiatrische Behandlung.
I	Und ab welcher Schwelle treten die bei Ihnen auf dem Radar auf? Das war ja jetzt das eine Extrem. Ok, wenn das vorliegt, muss ich den Eltern bewusst machen, jetzt müsst ihr handeln. Ab welcher „Schwingungshöhe“ würden Sie sagen, da gehen bei mir die Fühler raus und ich guck genauer?
D(29)	Also ich sage mal bei den Jugendlichen guck ich eigentlich immer auch genauer. Also das spielt für mich schon immer auch eine Rolle, grundsätzlich. Das Thema Depression, Angst, das spielt für mich da schon eine Rolle und das frage ich auch immer ab. Wie sie sich so im Alltag fühlen, wie Schule funktioniert, um da einfach auch erst mal einen Eindruck auch zu bekommen und auch bei den Eltern. Also auch in den Gesprächen, wenn es dann teilweise um Reduzierung gehen sollte, mal so ein Bild, eben: „Was würde denn passieren oder was würde Ihr Sohn machen, wenn er nur noch drei Stunden am Tag spielen könnte?“ Und das frage ich da dann auch schon immer ab. Und da ist es eben vom Szenario her, da liegt er den

	<p>ganzen Tag nur im Bett, ja, oder der sitzt da nur vor dem Fernseher oder ich glaube, dann würde er irgendwann mal wieder raus gehen. Also da noch mal auch hier abzufragen, wie könnte dann hier Verhalten aussehen. Und da dann einfach schon mal zu sensibilisieren, ja, und deutlich zu machen, mmh, ok, da wird dann vielleicht nochmal ein Krankheitsbild deutlich, wenn Computerkonsum reduziert oder verändert wird. Und das mache ich eigentlich auch mit den Jugendlichen. Ja, oder wenn die mir erzählen: „Ich hab das schon reduziert.“ Wo ich dann auch schon frage: „Ja was hast Du denn dann gemacht? Wie ging's Dir dann? Fühlst Du Dich traurig? Oder triffst Du Dich dann doch mehr mit Deinen Freunden?“ Also von daher ist dieser Radar auch eigentlich immer auch an, einen Blick darauf zu werfen. Der wird schneller mal ausgeschaltet, wenn so deutlich ist oder wenn die erzählen: „Ich bin im Verein und mach dies und mach das.“, wo ich denke, ok, da brauche ich wahrscheinlich nicht so den Blick drauf zu werfen. Ja, außer sie äußern dann, dass sie das aber eben auch nur tun, weil die Eltern das wollen, sich aber trotzdem traurig, einsam fühlen beispielweise. Die Klassiker auch.</p>
I	<p>Das heißt, Sie habe da einfach einen Werkzeugkoffer und zu Beginn wird jedes Werkzeug erst mal angewendet, um genau zu scannen, ist da irgendetwas, weil für Sie da diese Zusammenhänge ganz klar da sein könnten.</p>
D(30)	<p>Ja, genau. Also eben nicht nur den Blick auf die Sucht, ja und dann Sucht, ja oder nein und nein, tschüss, sondern schon, und das ist auch bei den Erwachsenen, wo es dann recht schnell auch um die anderen Themen eben auch geht. Unser Ziel ist es immer nicht nur das Spielverhalten zu verändern und die dann wieder weg zu schicken, sondern wo ich immer sage, es geht ja darum als Ziel, als langfristiges Ziel, dass Du ein Leben leben kannst, wo es Dir gut geht. Und all das, was nachher auftaucht, hier natürlich einen Platz haben kann und wir dann einfach schauen, ok, was könnten wir mit beraten, behandeln in Führungsstriche, aber wo braucht es dann einfach auch Therapie oder andere Maßnahmen dann auch</p>

	zusätzlich.
I	Jetzt hatten Sie ja auch, Herr Schmid, schon berichtet, ok, da gibt es Jugendliche, die nehmen durchaus ihre Problematiken wahr, können die auch äußern, andere stellen sich eher sozial erwünscht dar und wollen ihre Ruhe haben. Jetzt sprechen wir primär von männlichen Jugendlichen. Gibt es da auch irgendwie Gründe dafür, die Sie sich erklären könnten, wenn die kein Problembewusstsein haben, woran das liegen könnte bei männlichen Jugendlichen?
D(31)	Ähm, ja, also das sind so die, die gibt es auch, die da kein Problembewusstsein haben. Ich glaube, die einfach, ich weiß gar nicht, ob sie es schon bewusst haben, aber natürlich Angst vor der Veränderung hätten. Ja, was passiert, wenn ich jetzt die Systeme anfasse? Und da geht es nicht nur darum, was passiert, wenn ich den PC-Konsum einschränke, welche Themen kommen da dann auf einmal wieder, die traumatisch beispielsweise waren. Also da die Angst oder muss ich dann wieder zur Schule gehen, wo ich Mobbing erfahren hatte, was auch viele Klienten auch äußern. Mobbing in Anführungsstriche, also eher eine Angst davor, was kommt dann.
I	Also die haben das so stark verdrängt, wenn ich das richtig verstanden habe, dass sie erst mal gar keinen Zugang dazu haben, zu sagen, da ist eine Problematik, sondern die akzeptieren, das ist meine Realität und das ist normal so.
D(32)	Genau. Das ist meine Realität, und das ist normal, und für die, und da sind wir wieder im Bereich Sucht, noch alles funktioniert in Anführungsstriche.
I	Was funktioniert da noch?
D(33)	Na ja, Mama, die Essen kocht, Wäsche wäscht, das Zimmer noch zu Hause ist und das ist auch bei einigen Erwachsenen auch so oder wenn die Eltern (...) einem 22jährigen. Solange die daheim noch fröhlich weiter spielen können, der Internetzugang bezahlt wird, bereitgestellt wird, alles in deren

	<p>Sinne erst mal noch funktioniert, also für die der Leidensdruck noch nicht so hoch ist, dann ist da auch noch gar nicht, also dann zeigen die da wenig Einsicht, ja. Und ob das jetzt, können nur Vermutungen sein, ob sie es noch nicht erkennen können oder nicht erkennen wollen, weil es einfach noch funktioniert und noch gut funktioniert aus deren Sicht, könnte ich jetzt nicht sagen, wie da die Verteilung irgendwie ist.</p>
I	<p>Damit kann ich schon mal arbeiten. Jetzt mal eine Frage dazu, sie haben ja jetzt von Ihrer eigenen Sensibilität für die Thematik gesprochen, was braucht es denn in der Praxis, damit solche komorbide Anzeichen überhaupt aufgedeckt oder erkannt werden können? Also, welche Voraussetzungen, Faktoren ermöglichen das denn?</p>
D(34)	<p>Also, was immer wichtig ist und für uns wichtig ist, Teambesprechungen, wo wir einfach Fallbesprechungen machen. Ja, also strukturelle Voraussetzungen, weil es ja immer wieder vorkommt, dass wenn wir, Klienten berichten, klar, dass man in der Beratung selbst auch nicht immer alles sieht ja, oder irgendwie nur in eine Richtung denkt und dann aber eben durch die Reflexion mit den Kollegen, sei es in der Fallbesprechung oder eben auch in der Supervision, neue Aspekte nochmal aufgedeckt werden. Also das finde ich wichtig. Von den Kollegen eine Sensibilität einfach auch für die Themen, ja also eine Fähigkeit dies auch wahrzunehmen und auch zu sehen und auch die Bereitschaft, ja, also über den Tellerrand, sage ich jetzt mal, auch zu schauen. Nicht nur zu sagen, ich konzentriere mich nur auf die Sucht, ja, und alles andere sehe ich nicht. Oder ich mache nur, ich sage jetzt mal, klassisch Beratung, gebe die Sicherheitsmaßnahmen raus und der Rest interessiert mich nicht. Ja, also das finde ich muss vorhanden sein, hier eine, die Fähigkeit und Bereitschaft eben auch mehr als nur das Thema Sucht anzuschauen, sondern hier die Aspekte zu sehen und hier braucht es natürlich auch Fort- und Weiterbildung der Kollegen. Ja da auch sich über die Krankheitsbilder zu informieren, sei es in einer Fortbildung, sei es Literatur und das eben immer wieder auffrischen, weil wir ja in dem Sinne keine Psychotherapeuten oder Psychiater auch sind, um klare Diagnostik</p>

	<p>auch stellen zu können, was wir auch bewusst nicht machen. Also wir machen mit denen keine Diagnosebögen, ja was es beispielsweise für Depressionen gibt, sondern das eher im Gespräch und vermitteln dann einfach auch weiter. Genau.</p>
I	<p>Sie haben jetzt genannt fachliche Voraussetzungen, strukturelle, persönliche, also auch das eigene Interesse, Fortbildung, also immer up-to-date bleiben. Gibt es darüber hinaus noch etwas, was das überhaupt ermöglicht, diese Erkennung oder sagen Sie, das sind jetzt so die wichtigsten Sachen?</p>
D(35)	<p>Na ja, so an Skills, was so ein Mitarbeiter dann mitbringen muss oder ich sage es anders rum. Ich freue mich immer, wenn ein Mitarbeiter eine therapeutische Zusatzausbildung hat. Das finde ich immer oder, das kann bereichernd sein. Wobei, auch da gibt es Unterschiede, ja. Manche Mitarbeiter ohne therapeutische Zusatzausbildung, ich denke, wow, klasse. und manche mit, wo ich denke, um Gottes Willen. Also, das allein sagt noch nichts aus und von daher ist es, na ja, ich wüsste jetzt gar nicht, an was ich es messen würde, aber schon die Fähigkeit selbstkritisch, selbstreflektiert, eben auch die Fähigkeit von, Fähigkeit auch zu besitzen, beispielsweise wenn ich einen Weg eingeschlagen bin mit einem Klienten, aber den auch wieder rückgängig machen zu können. Also sagen, hmm, ich glaube da müssen wir noch eine andere Seite anschauen, weil beispielsweise in der Supervision oder in der Fallbesprechung eine andere Richtung auch nochmal deutlich wird, ja. Und das hat für mich auch nicht mit mangelnder Kompetenz dann zu tun, sondern da bringt ja auch jeder seine Geschichte mit, warum er vielleicht eher in die Richtung schaut, eher in die Richtung auch schaut, die eigenen blinden Flecken, die man einfach auch hat und da aber auch immer, dass Kollegen auch die Bereitschaft auch zeigen, oh ja, da ist es wichtig doch noch mal hinzuschauen oder eben dann auch deutlich signalisieren, „Oh, da ist für mich jetzt eine Grenze erreicht.“, wo wir dann gegebenenfalls eben auch einen Tausch machen, einen Wechsel des Beraters.</p>

I	Das ist ja trotzdem professionell.
D(36)	Ja, genau. Eben, das ist für mich professionell und das hat für mich auch nichts damit zu tun, das hat für mich nichts zu tun mit mangelnder Kompetenz, im Gegenteil. Genau
I	Ok, jetzt haben Sie erst mal benannt was wichtig ist, um das zu erkennen. Jetzt frage ich nochmal. Ich glaube, das habe ich eingangs schon mal gemacht, so am Rande. Welche Einflussfaktoren erschweren möglicherweise die Erkennung so einer subklinischen Komorbidität zusätzlich?
D(37)	Für uns oder für den Betroffenen?
I	Sie können das gerne aus allen Perspektiven beleuchten. Sie scheinen da ja gleich mehrere Ideen zu haben.
D(38)	Ja, es macht einen Unterschied. Hmm, was erschwert es? Ja klar, wenn ein Klient so angepasst erscheint, dass es uns nicht auffällt, dass er angepasst ist, ja. Andere Klienten, die sehr sehr angepasst sind, wo wir es dann auch erkennen, da kann ja dann immer alles dahinter stecken. Das macht es dann auch nochmal schwer. Und das ist dann schon auch mit den Eltern zu arbeiten und dann eben so klassisch dem Suchtdreieck auch nochmal darzustellen und eher die Eltern dann nochmal zu fragen: „Wie nehmen Sie den Jugendlichen wahr?“ Darüber nochmal diagnostisch vorzugehen, sage ich jetzt mal. Wenn man beim Jugendlichen merkt, hm, da kommt man nicht ran oder da ist kein Rankommen, dann eher mit den Eltern nochmal zu schauen, wie nehmen sie den wahr. Und da ist es dann natürlich nochmal abhängig, können die Eltern sich darauf einlassen und die „Insel der Sucht“ auch mal verlassen und den Blick auch mal auf andere Bereiche eben werfen oder eben nicht, ja. Und das erschwert es eben auch bei den Angehörigen, weil die eben nur (...): „Der ist süchtig, der ist süchtig, der ist süchtig.“ Also auch wenn der süchtig schon ist, aber es trotzdem für die möglich ist auch den Blick auf andere Verhaltensweisen der Person dann

	auch zu werfen, ja. Und es eben nicht nur darum geht, dem muss man den Computer weg nehmen.
I	Sie haben das jetzt aus der Perspektive besprochen, ok, die Anliegenperspektive, z.B. der Eltern. „Diagnostizier den und sag, der hat eine Internetabhängigkeit und mach was dagegen!“ Aus Perspektive der Hilfesuchenden, die sich vielleicht maskieren. Gibt es auch vielleicht, sage ich mal, von der Symptomatikseite her irgendwelche Ursachen, die es erschweren zu erkennen, da ist noch eine depressive Symptomatik da?
D(39)	Hmm, von der Symptomatikseite bezüglich der Depression meinen Sie jetzt?
I	Genau.
D(40)	Na ja sicherlich die Form der Depression, die sich eher auch in Aggression dann auch äußert oder eben auch bei, wie gesagt, bei Jugendlichen, wo sie eben so sagen, dass es nicht so klar ist (...). Nee, also kann ich Ihnen so jetzt gar nicht beantworten. Da, ja, da sind dann vielleicht auch unsere Grenzen dann ja auch erreicht, dass wir hier, und deshalb eher oder lieber auch noch mal Psychiater, Therapeuten einschalten, weil die einfach eine klarere Diagnostik machen können, ja. Auch, und da kommen wir jetzt vielleicht nochmal auf Ihre Frage zurück, auch wenn wir das Gefühl haben, ok, der hat eine Depression und nachher bei der Diagnostik etwas anderes herauskommen sollte, was wir bei den Jugendlichen oft gar nicht mehr so mit bekommen, weil die dann dort angebunden sind und nicht mehr hier her kommen. Ich kann mich da aber trotzdem an einen Fall erinnern. Da hab ich dann oder wir auch kein Problem damit, wenn es dann, und das ist ja auch völlig klar, dass hier einfach eine viel differentialdiagnostische Diagnose dann auch gestellt werden kann, wie wir es hier könnten. Das ist ja jetzt erst einmal nur ein Gefühl, ja, und mir ist dann viel wichtiger, dass dem Jugendlichen einfach geholfen wird. Ob es dann nachher einfach unter der Überschrift „Depression“, „Angststörung“ oder „Computerspielsucht“ nachher ist, das ist mir eigentlich oder uns auch egal.

I	<p>Das würde ich direkt auch so unterschreiben. Da sprechen Sie jetzt noch mal einen interessanten Aspekt an, weil für Sie, wie ich Sie verstanden habe, spielt ganz klar eine Rolle, dass Sie sagen ok, entweder ist da jetzt schon eine Abhängigkeit da oder auch nicht, aber es ist zumindest ein Problem erkennbar und es sind einzelne Symptome einer Depression da, deswegen muss ich etwas machen, demjenigen irgendwie helfen. Wenn Sie jetzt aber sage ich mal in psychiatrischen oder therapeutischen Kontext überweisen, eine Diagnose kann ja letztendlich erst gestellt werden ab einem bestimmten Schwellenwert. Wenn die Anzeichen dafür darunter ausfallen, was passiert denn dann mit denen dort? Haben Sie da eine Idee?</p>
D(41)	<p>Ich sag jetzt mal, das ist sehr unterschiedlich. Je nachdem wo die hingehen. Manche, ich weiß, wir haben ja auch Kontakt zu Therapeuten, die sagen ganz klar, sobald der Jugendliche motiviert ist etwas in seinem Leben zu verändern, dann nehmen wir den und dann machen wir mit dem Therapie. Und welche Diagnose dann gestellt wird (...) Und bei anderen Therapeuten, da ist es so, die dann ganz klar sagen, nee, hier liegt unter dem Schwellenwert, deshalb können wir nicht behandeln. Und da muss ich ehrlich sagen, da vermittel ich auch nicht gern hin. Weil für mich ist wichtig, der Jugendliche hat eine Motivation, der möchte etwas verändern. Und da wir eben diesen Rahmen der langfristigen Begleitung, Behandlung auch nicht bewerkstelligen können eben auch, greifen wir auf Psychotherapeuten dann auch zurück und, ja.</p>
I	<p>Damit ist die Frage auch für mich beantwortet. Das finde ich auch nochmal einen interessanten Aspekt, denn letztendlich ist es ja einfach eine klinische Wahrnehmung, ab da muss etwas passieren und darunter ist es noch nicht so.</p>
D(42)	<p>Und ich sage mal, wenn der Jugendliche auch motiviert ist, kann der auch öfter mal hierher kommen. Ja, und dann sind auch manche sechs, sieben Mal da, ja. Und dann im Laufe der Zeit, da wird dann schon auch noch mal viel deutlicher, wenn wir die einfach öfters sehen. Können die Maßnahmen</p>

	<p>umsetzen was die Computerzeitreduzierung angeht oder nicht? Aber da ist eine Motivation da, sonst würden die nicht sechs oder sieben Mal erscheinen. Und dann kann man mit denen auch ganz gut besprechen beispielsweise: „Es reicht. Du hast das gut hinbekommen. Ich glaub, das ist erst mal gut.“ Oder eben auch zu merken, da braucht es vielleicht dann doch noch mal etwas engeres, weil doch noch andere Dinge auch im Zusammenhang stehen.</p>
I	<p>Jetzt hatten Sie zwei Fragen zuvor oder so auch noch mal angesprochen, wenn Sie aus dem Kind selber nicht so richtig schlau werden, aber vermuten, da könnte etwas sein. Da fragen Sie nochmal bei den Eltern ganz klar nach, sozusagen einfach so eine Triangulation hinzukriegen, aus verschiedenen Perspektiven ersichtlich zu machen: ist da doch nicht vielleicht etwas. Wie gut stimmt denn die Perspektive von Eltern und Kind überein?</p>
D(43)	<p>Ganz unterschiedlich. Oder anders rum. Es wird ganz unterschiedlich, und das finde ich viel schlimmer, wenn die Wahrnehmung erst mal unterschiedlich ist, das finde ich gar nicht schlimm. Aber wie ist dann jetzt auch wieder die Bereitschaft die eigene Wahrnehmung vielleicht auch zu revidieren und das was der Jugendliche sagt auch ernst- und wahrzunehmen. Das finde ich viel entscheidender und weil manchmal sind eben Eltern, die auch sehr bedacht sind und sich auf unterschiedliche Bereiche auch einlassen, haben die trotzdem manchmal eine völlig falsche Wahrnehmung von ihrem Sohn, ja. Und dann aber im gemeinsamen Gespräch da aber auch sehr gut mitgehen können und sagen: „Oh, das wusste ich gar nicht. Das hab ich gar nicht wahrgenommen.“ Das sind natürlich, da merkt man, da passiert natürlich viel mehr im Beratungskontext, ähm, wie jetzt bei Eltern wo Eltern und Jugendliche so ganz massiv auf ihrem Standpunkt weiterhin beharren und es eben nicht, in keinsten Weise zulassen und dann erlebe ich leider die Eltern immer sehr oder viel rigider wie die Jugendlichen, die es dann eben nicht zulassen: „Na ja, aber Ihr habt doch selber ständig das Smartphone auch nur an beim</p>

	Abendessen.“ oder „Ihr habt mich nie gefragt, wie es einfach in der Schule war.“ Die das dann gar nicht zulassen.
I	Ok, es gibt verschiedene Typisierungen, die man ausmachen könnte, aber man könnte jetzt nicht sagen 50% sind so und 50% so.
D(44)	Also so von meinen (...), ja, nee.
I	Wir kommen so langsam zum Schluss. Die Stunde, die läuft ja auch aus. Aber ein paar Fragen habe ich noch. So einzelne Symptome einer Depression, wie würden Sie deren Auswirkung auf den Verlauf einer Internetabhängigkeit oder Internetproblematik einschätzen?
D(45)	Nochmal. (lacht)
I	Also die Jugendlichen kommen hier her, ob eigen- oder fremdmotiviert, wegen einer Internet- oder Spielproblematik oder vielleicht auch Abhängigkeit. Welchen Einfluss haben auf den Krankheitsverlauf diese einzelnen Symptome einer Depression?
D(46)	Ja, also die Symptome einer Depression haben schon einen großen Einfluss meines Erachtens auf das Spielverhalten, das Computerspielverhalten, und dann eben auf die Entwicklung einer Suchterkrankung.
I	Können Sie das vielleicht noch mal ein bisschen ausführen mit drei Sätzen?
D(47)	Ja, die Frage zielt ja auch dahingehend, oder andersrum. Ich nehme schon bei Jugendlichen wahr, auch bei Erwachsenen, die eine Depression nach unserer Auffassung haben, nach unserer Einschätzung haben, dass für die das Spielverhalten und die Nutzung am Rechner eine gute Möglichkeit ist, um dies zu kompensieren, um für sie mit der Depression umgehen zu können. Sei es, dass sie im Spiel die Erfolge erleben, die sie in der Realität nicht haben, dass sie da viel schneller Ziele erreichen, dass sie aufgrund des Spiels in andere Gefühlszustände einfach auch kommen, die sie eben

	in der Realität so nicht erleben oder nicht mehr erleben.
I	Ok, jetzt würde mich natürlich interessieren, Sie sind ja mit der Beratungsstelle in ein ganzes Hilfesystem mit eingebunden. Was denken Sie vor welchen Herausforderungen steht da das Hilfesystem, um genau solchen betroffenen Jugendlichen Hilfe zu ermöglichen?
D(48)	Also einmal Hilfesystem für die Jugendlichen, die eine Depression auch diagnostiziert bekommen und noch nicht hier waren, da die Sensibilisierung der Therapeuten wie Computerspielverhalten aussieht. Dass es eben auch ein Thema spielt, um auch, ich sage jetzt mal hier schon mal präventiv, damit eben keine Sucht beispielsweise entsteht, wenn ganz klar eine Depression vorrangig da war. Aber eben auch, dass wir, was ich oft so erlebe, auch in Erziehungsberatungsstellen, na ja, der spielt jetzt mal, das ist einfach eine Phase, was bei vielen sicherlich der Fall ist, ja, aber da trotzdem Eltern zu sensibilisieren und auch wenn der eine Phase hat, kann ich ja trotzdem Regeln zu Hause aufstellen, unabhängig ob Sucht oder nicht. Und da erlebe ich schon auch von oder oft aber immer wieder von Kollegen aus Erziehungsberatungsstellen, die dann eher sagen: „Na ja, lassen Sie ihn mal spielen.“ Wo ich immer mit so einem Gegenbeispiel komme, na ja, wenn er jetzt Alkohol konsumieren würde, würden Sie dann auch einfach sagen: „Lassen Sie ihn saufen.“ Ja, also da geht es ja auch darum auch Vereinbarungen, Regeln zu stellen und Konsequenzen, auch wenn das natürlich nicht einfach ist. Also da auch noch mal eine Sensibilität zu entwickeln. Es geht nicht darum die Spiele zu verteufeln und oh Gott, die arme Jugend, sondern einfach sensibel zu sein. Und die Wichtigkeit auch hier: Regeln aufzustellen, mal unabhängig von Sucht, Depression oder nicht, um dem einfach auch entgegen zu wirken. Und auch in den Hilfesystemen auch von Seiten der Suchtberatungsstellen gerade für die Suchtberatungsstellen, oder, wir sind ja nochmal eine sehr spezielle Suchtberatungsstelle, klassisch zum Thema Computerspiel, Internet, Sucht, eben auch Glücksspielsucht, von anderen Suchtberatungsstellen eher so: „Na ja, der spielt jetzt halt Computer, aber dafür säuft er nicht mehr.“ Da

	<p>trotzdem sensibel zu sein und oft erlebe ich es so, das ist nicht so schlimm. Wo unser Ansatz bei den Betroffenen ist, es geht doch darum aus dem Suchtkreislauf auszusteigen, ob wir jetzt von einer Computerspielsucht, Alkoholsucht oder Glücksspielsucht, aber es geht doch darum auszusteigen, damit es dir wieder besser geht, ja, und da einfach zu sensibilisieren. Ich glaube das sind so die Herausforderungen, die das Hilfesystem noch vor sich hat, noch einiges passieren muss auch. Sicherlich auch, was ja immer noch ist eben, na ja, Computerspielsucht ist ja keine Suchterkrankung. Einfach diese Diskussion voranzubringen, so dass, es gibt auch diese Seite; als Folge einer Depression auch sehen und sicherlich gibt es da, die Komorbidität ist da sehr hoch, aber unser Ansatz und unsere Erfahrung schon auch ist, dass es als eigenständiges Krankheitsbild auch da ist und es nicht eben nur ausreicht, die Depression zu behandeln.</p>
I	Na klar, ist ja auch denkbar, dass es andersrum passiert.
D(49)	Genau. Und da eben auch die Kollegen zu sensibilisieren, weil es dann viele nicht ernst nehmen oder sagen, ach ja.
I	Jetzt vielleicht noch die abschließende Frage, Sie haben es ja schon kurz angeschnitten mit der Diskussion darum, ist es überhaupt eine Abhängigkeit oder Sucht oder nicht, die gibt es ja noch nicht als Diagnose. Was müsste denn forschungstechnisch vielleicht noch passieren, um da ein bisschen Unterstützung zu schaffen für das Hilfesystem oder für das Störungsverständnis?
D(50)	Na ja, ich glaube der nächste wichtige Schritt, also da bin ich jetzt zu wenig in der Forschung drin, aber ich gehe mal davon aus, dass es viel Forschung gibt. Wir werden zumindest häufig angefragt mit Interviews, etc. pp. auch. Aber da weiterhin zu forschen. Ich glaube der erste Schritt war ja einfach dass es im DSM 5 als Forschungsdiagnose mit aufgenommen wurde, dass man zumindest auch für die Forschungsgegenstände einheitliche Diagnosekriterien hat, damit es vergleichbar auch wird. Und, gut, da ist nur das Computerspiel als Forschungsdiagnose aufgenommen, aber dies

	<p>auszuweiten eben, dass es um Onlinekonsum geht, also Internetabhängigkeit. Vor fünf Jahren war es sicherlich, da waren es 80% sicherlich nur Spieler, ja, aber das hat sich einfach verändert in den letzten Jahren. Ja, es ist eben nicht nur das klassische Onlinerollenspiel. Ist zwar immer noch ein großer Anteil, aber es kamen noch viele andere Bereiche einfach auch dazu, die jetzt dann schon auch einen großen Anteil dann auch einnehmen, ja. Und ich glaube da wäre es für die Forschung oder in der Forschung oder Wissenschaft, ich glaube so ein großes Ziel eben die Aufnahme in den ICD dann beispielsweise als Suchterkrankung. Ja, wobei mir auch klar ist, dass es nicht in den nächsten Monaten passieren wird, sondern dass es da auch noch viel mehr Forschung dann auch braucht, um das Ganze dann eben auch wissenschaftlich zu untermauern und das finde ich auch richtig. Dass es da nicht nur einfach schnell eine Diagnose gibt. Aber ich glaube dann gibt es eben, und die Entwicklung kennen wir ja vom Thema Glücksspiel, wenn es dann klassisch eben die Diagnose, die Erkrankung auch gibt, dann öffnen sich natürlich noch mal die Türen für weitere Behandlungsmöglichkeiten. So.</p>
I	Super. Vielen Dank für das Gespräch.
D(51)	Gerne.

E. Interview mit Herrn Niels Pruin

Durchgeführt am: 04.11.2015

I	Herr Pruin, dann würde ich Sie erst mal bitten in Bezug auf männliche Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch kurz zu beschreiben, wie sieht da Ihre Arbeit aus?
E(1)	Meine Arbeit sieht aus, dass ich ausschließlich Einzelgespräche mit dem System anbiete, also mit dem Betroffenen selber und wenn es gewünscht und teilweise auch machbar ist, der Familie, dem Angehörigen usw.. Ich biete keine Gruppengespräch an oder sowas. Alles im Einzelfallkontext
I	Wie kommen denn die Betroffenen zu Ihnen? Also über welche Zugänge finden die den Weg zu Ihnen?
E(2)	Meistens ist es eigentlich bei uns durch die Eltern, vereinzelt auch mal durch den Arbeitgeber. Es kommen natürlich auch Leute, die von sich aus schon die Motivation haben irgendetwas zu verändern, weil sie merken, ups, irgendetwas läuft da aus dem Ruder. Oft kriegen sie Tipps von anderen Leuten, also vom Arbeitgeber auch, dass sie wissen, dass wir in dieser Beratungsstelle uns mit dem Thema annehmen und da es sehr wenig Beratungsstellen gibt, die wirklich auch behandeln, kommen die Leute auch von sehr weit außerhalb her.
I	Nun würde mich noch mal interessieren, soweit ich das gelesen habe im Internet haben Sie auch schon diese Affinität zum Thema Medien. Gibt es da ein spezialisiertes Angebot Ihrerseits für diese Zielgruppe Jugendliche, junge Erwachsene mit pathologischem Internetgebrauch?
E(3)	Ein spezielles Angebot in dem Sinne nicht, außer dass wir uns speziell auf dieses Klientel fokussiert haben in einem Arbeitsbereich. Weil wir kamen eigentlich so auf dieses Thema, weil wir ja schon sehr lange, schon seit 20 Jahren, mit Jugendlichen arbeiten, die legale und illegale Drogen konsumieren und wir festgestellt haben in dieser Arbeit auch gerade bei den Kiffern, bei den jungen Kiffern, dass da ein Zusammenhang besteht auch oft

	<p>zwischen dem bekiffen zu zocken. Also mit Spielekonsole, sich vorher schön eine Bong durchziehen und dann an der Spielekonsole zu spielen. Das war oft immer so eine Sache, wenn die über ihre Suchtverlauf gesprochen haben, dass da ein Zusammenhang bestand. Und somit kamen wir eigentlich oder so kam ich eigentlich auf das Thema Mediensucht und dass man da etwas anbieten müsste und somit habe ich mich dann damals vor einigen Jahren dann mit auf dieses Thema gestürzt.</p>
I	<p>Welche Spezialisierung benötigt denn jetzt Ihre Beratungsarbeit, wenn es um das Thema Internetabhängigkeit geht bei Jugendlichen?</p>
E(4)	<p>Spezialisierung? Also auf jeden Fall muss der Mitarbeiter, die Mitarbeiter sollten sich auch für das Thema interessieren. Das ist mal ganz wichtig. Also sie müssen offen sein, auch gerade für die neue Technik, für neue Spiele, für das Ganze, was es da so innerhalb der kürzesten Zeit eigentlich auch immer wieder an Erneuerungen gibt. Das ist erst mal ganz ganz wichtig. Dann muss die zeitliche Voraussetzung da sein, weil diese Leute brauchen natürlich auch einen sehr intensiven Kontakt, gerade wenn es ambulant abläuft und die Leute sind ja auch zu Hause dann nicht abstinert von ihrem Internet. Das wäre eine ganz wichtige Sache. Dann müssen technische Voraussetzungen dann einfach auch gegeben sein in der Beratungsstelle. Das heißt also nicht nur, dass man einen Computer da stehen hat, sondern auch, dass man mit diesem Computer auch auf Seiten gehen darf, die sonst vielleicht nicht so erlaubt sind, wie pornografische Seiten, wie Seiten, wo vielleicht auch Viren drauf sein könnten, dass man vielleicht auch mal einen Stick reinstecken darf von außerhalb. Also all diese ganzen Sachen sind ja nicht selbstverständlich heutzutage. Also da gibt es schon einige, (...) und man muss sehr flexibel sein in seinen Arbeitsweisen, weil die Klienten immer sehr sehr unterschiedlich sind und alle verschiedene Problemlagen haben. Man kann die nicht so 08/15 abhandeln und bei jedem dieselben Module machen, sondern man muss in seinen Arbeitsweisen unheimlich ja, flexibel gestalten können solche Gespräche.</p>

I	Ja, also Sie haben jetzt schon angesprochen es ist eine Frage der Ausstattung, es ist eine Frage des persönlichen Interesses auch der Fachkräfte...
E(5)	Das sind Voraussetzungen, die der Arbeitgeber einem auch lässt, ne, also was das zeitliche angeht.
I	Gibt es noch irgendwelche Voraussetzungen oder spezielle Bedingungen, die man da mitbringen muss, um mit den Jugendlichen da zu arbeiten?
E(6)	Als Mitarbeiter? Ja ich glaube man muss auch so eine Empathie auch für diese Leute auch haben, also man muss einfach allgemein mit Jugendlichen auch gut auskommen können, weil gerade in den ersten Gesprächen entscheidet sich das, ob man eine Therapie mit diesen jungen Menschen machen kann oder nicht. Weil wenn kein Vertrauensverhältnis da ist und derjenige sich nicht angenommen fühlt, dann bringt das Ganze eigentlich nichts. Man muss da also schon einen richtigen, vernünftigen Draht dazu finden und das entscheidet sich eigentlich in den ersten drei, vier Gesprächen ob man auch wirklich auch langfristig weiter arbeiten kann oder nicht.
I	Jetzt hatten Sie ja eingangs schon auch gesagt zum Zugang, dass es meist Lehrer, Eltern oder auch mal die Arbeitgeber sind, die da einen Kontakt aufsuchen.
E(7)	Meistens sind es die Eltern, ja genau.
I	Aber im Falle, wenn dann ein Problembewusstsein bei den Betroffenen dann da ist, die dann auch selbst den Kontakt suchen. Wie würden Sie das einschätzen bei der Altersgruppe 14 bis 18, wer ist es denn da in der Regel, der den Kontakt sucht und welche Beweggründe hat das dann?
E(8)	Also bei 14- bis 18jährigen ist es ganz klar, da sind es die Eltern. Meistens ist es die Mutter, vor dem Vater noch, also die Mutter ist meistens die, der es schlecht damit geht, vielleicht aus deswegen, weil sie häufig, nicht in

	<p>allen Familien, aber häufig das auch mitkriegt, wie der nur zu Hause sitzt, der Vater oft in der Arbeit ist, der Vater oft auch sowieso mehr mit dem PC zu tun hat und das nicht als so schlimm ansieht, diese ganze Computergeschichte und bei den Müttern oft auch so dieses: das kann nicht gut sein, wenn er nur zu Hause sitzt und nur dieses Internet, ne – oft bei Müttern noch viel alarmierender. Deswegen sind es meist die Mütter, die anrufen in diesem Altersbereich, ne. Da ist es sehr sehr selten, dass der Jugendliche von sich aus kommt. Und ist es halt so, dass die kommen müssen die ersten zwei drei Gespräche und später ist es aber auch wirklich dann so, dass die Jugendlichen auch gerne dann kommen oder halt nichts mehr dagegen haben kommen zu müssen. Das ist ja auch schon mal etwas.</p>
I	<p>Kommen wir jetzt noch mal vielleicht auch direkt auf die Zielgruppe, die Jugendlichen, die einen pathologischen Internetgebrauch oder eine Internetnutzungsproblematik in irgendeiner Form haben. Wie häufig begegnet Ihnen denn da bei der Zielgruppe eine subklinische Ausprägung von Depression? Also Depressionssymptome sind vorhanden, aber bilden insgesamt noch keine klinische Depression.</p>
E(9)	<p>Ja, das ist immer ganz unterschiedlich, weil ich unterteile ja meine Klienten zwischen den exzessiven Computerspielern, das heißt, die die einfach nur wahnsinnig viel spielen und vielleicht auch problematisch viel spielen, aber wo noch keine Pathologie da ist, ne. Und das sind ja oft so diese Jugendlichen zwischen 14 und 16, 17, 18 und so weiter. Aber wenn man in diese Pathologie, um so näher man in diese Pathologie reinkommt, sind eigentlich immer, fast zu 100%, komorbide Störungen da und die meisten Fälle sind halt Ängste, Depressionen und so ein bisschen soziale Phobien und das hat einmal so mit diesem Selbstwertgefühl zu tun, na, wegen den Selbstwertgefühlen. Also so eine leichte Art von Depression oder von schlechtem Selbstwertgefühl oder von schlechten Gedanken einfach, hat man bei ganz vielen. Ich kann jetzt keine Prozentzahl nennen, aber das ist schon sehr häufig der Fall.</p>

I	Wie bedingt sich das denn gegenseitig? Kann man da erkennen in irgendeiner Form, was zuerst da war oder kann man es evaluieren oder erheben im Gespräch?
E(10)	Man kann, ja klar, man fragt natürlich schon nach, ob derjenige halt schon als noch als jüngeres Kind oder sowas oder in seinem ganz frühen Alter schon solche Gedanken hatte. Aber da kriegt man oft nur sehr schwammige Antworten. In der Regel sprechen die eigentlich mehr von den letzten ein oder höchstens zwei Jahren. Und in der Zeit spielen die ja meistens auch schon. Also die Computerspiele oder die ersten Konsolen haben die meisten von denen ja schon viel früher bekommen. Somit kann man ganz schlecht sagen, hätten sie die Depressionen auch gehabt ohne dieses Computerspielen? Das weiß man eben nicht. Das kann man also so in der Beratung kann man das sehr schlecht diagnostizieren jetzt oder evaluieren.
I	Sie hatten jetzt gerade gesagt, also ok, die Jugendlichen, die können das selber eher schlecht wiedergeben, selbst wenn da etwas dagewesen sein sollte. Jetzt hatten Sie aber auch gesagt die Mütter sind ja eher der besorgte Part, weil der Vater eventuell die Problematik nicht so stark wahrnimmt aufgrund der Abwesenheit oder weil er selber damit befasst ist und das deshalb nicht als so problematisch wahrnimmt. Wie ist es denn bei Müttern, nehmen die depressive Symptome bei ihren Kindern wahr?
E(11)	Die nehmen dann die Depressionen wahr oder halt das irgendetwas nicht stimmt, wenn sie eh dann halt so ein bisschen so zur Beratungsstelle gehen und merken, da passt irgendetwas nicht. Anfangs haben sie das auch noch gar nicht so richtig wahrgenommen und sie merken irgendwann mal so: „Der sitzt ja nur noch am PC. Der geht ja nicht mehr raus. Mit seinen Freunden macht er nichts mehr und den kriegt man da gar nicht mehr weg.“ Dann überlegen sie einfach, ja, und solche Gedanken hat er auch immer und ist immer schlecht drauf oder ist immer niedergeschlagen oder so weiter. Ob das nun schon vorher da war oder nicht, das berichten nun auch nicht alle. Manche sagen natürlich: „Ja, der war schon immer ein recht Stiller, ein recht

	Ruhiger.“ Das kommt schon mal vor, ne. Aber es ist nicht die Regel, dass jetzt, dass viele jetzt berichten, wie es vorher da gewesen ist. Sondern die fangen eigentlich erst dann an zu erzählen, seit dem sie das Problem festgestellt haben, ne. Viele sagen auch immer: „Mensch, das war ein ganz aufgewecktes, nettes Kerlchen und als Kind war der immer so lieb und so nett und jetzt macht er gar nichts mehr.“ Solche Sprüche kommen natürlich, ne.
I	Das heißt die Mütter berichten da ihre Beobachtungen. Mit was bringen die das denn in Verbindung oder wie erklären die sich das? Woher kommt das, was sie beobachten?
E(12)	Was sie beobachten am Computerspielverhalten oder am PC-Verhalten?
I	Die Mütter sind ja scheinbar sehr aufmerksam, was die Veränderungen des Kindes angeht oder des Sohnes. Wie erklären die sich das?
E(13)	Ja, aber oft ist das bei vielen, Mütter machen sich natürlich immer Schuldgefühle. Also Mütter haben immer so ein bisschen, ja vielleicht haben wir ihm nicht genug Grenzen gesetzt oder vielleicht hat er die Trennung vom Vater auch nicht ganz, als wir uns getrennt haben, nicht ganz überwunden, ne. Solche Geschichten kamen dann da oft. Also wenn dann solche Begründungen gesucht werden. Meistens suchen die Eltern aber die Schuld bei sich selber, dass sie immer sagen: „Wir haben da bestimmt falsch oder wir hätten eher was machen müssen oder wir hätten ihm nicht so früh eine Konsole kaufen sollen.“ Was ja ganz häufig der Fall ist, ist da bei solchen Geschichten, dass gerade in Trennungsfamilien oft so ein bisschen dieses Tauziehen um das Kind entsteht und klar, wenn der Vater zum Beispiel, ich höre das häufig, dass wenn der Vater das Kind nur alle zwei Wochen am Wochenende hat, dass er ihm dann schnell mal eine Spielekonsole kauft oder so was, ne, um dem Kind eine Freude zu tun, dass das Kind auch gerne bei ihm ist und so weiter. Das ist so oft nicht böse gemeint. Das ist oft so bisschen dieses Tauziehen der beiden Eltern um die Gunst des Kindes.

I	Also die Erklärungsmuster der Eltern oder der Mütter häufig sind Versäumnisse in der Erziehung, wenn ich das so richtig verstanden habe
E(14)	Genau.
I	Speziell was das Spielen oder die Internetnutzung betrifft. Mich würde interessieren, also wenn die solche Sachen wie Zurückgezogenheit oder „der ist so still“ wahrnehmen, attribuieren die das auch noch anders als mit mit Versäumnissen in der Erziehung oder mit Spielverhalten des Jugendlichen?
E(15)	Eigentlich weniger. Manchmal noch so ein bisschen, ja, also wie gesagt so diese Trennungsgeschichte oft, aber oft auch so ein bisschen: „Wir haben ihn vielleicht zu oft allein gelassen. Wir waren ja auch berufstätig. Wir hatten ja viel zu tun.“ Solche Geschichten. Also sowas kommt dann halt häufig. Aber sonst fällt mir jetzt eigentlich nichts ein. Das sind so die, die am häufigsten genannt werden, solche Aussagen. Und dann oft so auch welche sagen: „Bei den Geschwistern ist es ja auch nicht so. Die haben wir doch genau so erzogen.“ Solche Sachen kommen da häufig dann.
I	Jetzt hatten Sie ja auch eingangs bereits berichtet, dass es diese Fälle gibt, die einen exzessiven oder pathologischen Internetgebrauch haben bei den Jugendlichen und dass da häufig depressive Symptome vorhanden sind, grade in Form von niedrigem Selbstwertgefühl. Welchen Hilfebedarf sehen Sie bei diesen Jugendlichen?
E(16)	Aufbau. Also Aufbau ist eigentlich (...). Also sich selber wieder anders wahrnehmen. So Sachen dann, wo sie auch stolz auf sich sein können, wo sie so einen, das reale Leben sage ich mal so ein bisschen als Spiel ansehen, wo man auch sich selber hochleveln kann, ne, und auch Belohnungen bekommt im realen Leben, ne, durch bestimmte Sachen, die sie gut machen einfach, ne. Also dieses, diese Anerkennung, die sie im realen Leben brauchen einfach, ne. Oft ist es auch so ein gewisses Wertschätzen vom Vater oder von der Mutter, also dieses, das fehlt ja auch

	häufig. Und das merkt man dann ganz ganz schnell.
I	Wie gut nimmt denn diese Gruppe überhaupt Hilfe an?
E(17)	Ich würde schon sagen doch besser als erwartet. Wenn man nämlich davon ausgeht, dass die eigentlich erst einmal getriezt werden herzukommen, also kommen zu müssen, dann sollte man ja einfach meinen, die setzen sich da nur rein und langweilen sich. Aber dadurch, dass es ja ihr Thema ist, ne, kommen die ganz schnell aus der Reserve raus und berichten natürlich auch sehr schnell von ihren eigenen Erfahrungen, ne. Weil das ist natürlich auch ein Bereich wo sie als Experten angesehen werden und dementsprechend sie auch erzählen können. Also man fragt sie: „Wie siehst Du das denn?“ Wann werden solche Jugendliche mit 14, 15, 16 nach ihren Meinungen gefragt, ne? Oder bekommen mal dieses Gefühl, dass sie etwas besser wissen, wie jetzt die Erwachsenen oder ein Therapeut oder sonst was, ne. Das macht, dadurch kommen die sehr schnell raus aus sich und dann nehmen sie auch Hilfe an, auch Ratschläge oder halt, was heißt Ratschläge, Tipps oder wie auch immer, wie sie bestimmte Sachen verändern können und trotzdem nicht jetzt total darauf verzichten müssen. Also es kommt immer darauf an, Hilfe ist immer so eine Frage. Was wollen sie überhaupt, was hat man überhaupt für Ziele? Also keiner der Jugendlichen hat als Ziel er will nie wieder Computer spielen oder so was.
I	Was haben die denn für Ziele?
E(18)	Darum geht es nicht, aber es geht halt darum, dass sie Stress mit der Familie haben. Die haben keinen Bock ständig mit den Eltern zu streiten. Und daran kann man arbeiten. Das ist ein Ziel. Das ist eine Hilfe, ne. Da sind die sehr aufmerksam, wenn man sagt: „Mensch mach das doch mal so und so, vielleicht kannst Du dann trotzdem spielen und hast dann aber keinen Stress zu Hause.“
I	Wie lang ist denn aus Ihrer Erfahrung heraus so im Schnitt die Verweildauer der Jugendlichen? Also wie lange bleiben die in Ihrer Beratung erhalten?

E(19)	<p>Ja. Im Grunde genommen bei der Beratung selber von Familien, wo es mehr um Regelsetzungen geht, was das Medienverhalten angeht und bei den exzessiven Spielern sage ich mal, da gehe ich immer so, da habe ich immer so eine Haltesache von ja, ich sage mal drei bis vier Monaten, wo dann immer so ein bisschen dann auch die (...) der Anfang sehr intensiv dann. Da ist das fast jede Woche mal im Gespräch und dann wird das immer ein bisschen weniger und irgendwann dann melden die sich dann vielleicht dann ein- oder zweimal im Monat, um zu berichten wie es grade läuft, ne. Und dann ist auch der Kontakt vorbei, ne. Aber da arbeitet man dann auch richtig an so einem Prozess auch. Na, da geht es um Verträge aufsetzen, wo Eltern und Jugendliche etwas von haben. Also, wo der Jugendliche auch selber seine Vorteile sieht, wenn er sowas macht. Und den auszuhandeln und dann sich dran zu halten und Verhaltensregeln aufzustellen, das dauert eine gewisse Zeit, ne. Bei den pathologischen Leuten, also die wirklich krankhaft Computer spielen und auch komorbide Störungen haben, massive komorbide Störungen haben, da kann man aber schon von bis zu zwölf Monaten ausgehen, ne.</p>
I	<p>Also ist das auch tatsächlich die Zeit, die die in Anspruch nehmen?</p>
E(20)	<p>Ja, in der Regel, es kommt auch sehr häufig vor, dass sie vorher abbrechen, dass sie dann nicht mehr kommen, weil dann natürlich auch so bestimmte Schritte einsetzen, wo man dann, wo sie einfach merken, mein Leben verändert sich gerade so extrem, und dann auf einmal merken, oh, jetzt fehlt mir doch was und dann einfach nicht mehr kommen. Aber dann oft so auch nur ein, zwei Monate nicht mehr kommen und sich dann aber doch wieder melden, weil sie merken, es wird immer schlimmer und dass man das dann wieder aufnimmt einfach auch, diesen Prozess. Aber so um wirklich ja, so richtige und gute Erfolgserlebnisse auch zu haben und in vielen Hauptbereichen einfach auch massive Besserung zu spüren, sind schon einige Monate erforderlich, ne. Konstanz, auch dran zu bleiben und mit regelmäßigen Hausarbeiten. Die müssen zu Hause auch weiter arbeiten, ne. Und irgendwann kommt die Zeit, wo sie dann natürlich auch</p>

	eine Abstinenzphase einlegen müssen oder halt auch wirklich etwas extrem verändern müssen und dann wird es schwer für sie, ne.
I	Also wenn ich das jetzt so richtig verstanden habe, gibt es da schon einen sehr großen Unterschied zwischen exzessiven Internetnutzern und pathologischen Nutzern, was die Abbruchquote betrifft.
E(21)	Genau. Was die Abbruchquote betrifft und was die Zeitintension angeht und von der Länge der (...)
I	Also, das eine ist die Abbruchquote. Das ist ja das, was die Betroffenen mehr oder minder selber entscheiden, ob sie weiter in Beratung kommen der nicht und das andere ist, so wie ich es verstanden habe, die Zeit, die Sie veranschlagen würden, um auch einen Erfolg bei den Jugendlichen oder mit den Jugendlichen zu erarbeiten.
E(22)	Genau. Also einen langfristigen Erfolg. Genau, ne. Also der Erfolg kommt oft auch schon bei den pathologischen Leuten, oft auch schon nach drei, vier Monaten, aber das der auch bleibt und das die auch wirklich, äh, die pathologischen Leute, die da kommen, die machen es ja freiwillig, die sind sehr motiviert. In dem Augenblick, die haben ja keine Auflage vom Gericht oder so was, wie jetzt eben irgendwie ein Drogenabhängiger und die kommen wirklich, weil sie wirklich was verändern wollen, sind sehr motiviert und wollen alles tun und alles machen. Und dann kann man natürlich sehr schnell was mit denen etwas erreichen, aber irgendwann merken sie dann: „Hups, mein Leben hat sich jetzt so verändert, mir fehlt was.“ Und dann kommen sie oft ins Straucheln, weil sie einfach noch nicht so schnell Alternativen gefunden haben, was sie anstatt des Computerspielens sonst machen können. Und dann brechen sie oft mal ab, können dann nicht ihren Account löschen oder flippen völlig aus oder sowas, ne. Und dann brechen sie kurz mal ab, sind dann für ein, zwei Monate von der Bildfläche verschwunden und melden sich dann aber wieder, weil sie merken: „Jetzt sitz ich wieder zu Hause und es ist alles beim Alten. Ich bin wieder ins alte Fahrwasser wieder reingerutscht.“ und probieren es dann weiter, ne. Das ist

	<p>eigentlich bei allen Therapien so. Man braucht einfach mehrere Anläufe, ne. Aber die ersten Veränderungen und Verbesserungen sind oft schon nach drei, vier, fünf Monaten fest zu stellen, ne. Und dann aber, um das langfristig zu halten, würde ich schon also mal von 12 Monaten ausgehen. Wie regelmäßig der Kontakt dann im Endeffekt auch später noch ist, ist ja bei jedem unterschiedlich. Also man wird nicht 12 Monate lang jede Woche ein Gespräch machen. Ist rein finanziell auch gar nicht möglich.</p>
I	<p>Um jetzt festzustellen, ob da noch eine komorbide Symptomatik einer Depression, also subklinisch vorliegt, wie viel Zeit benötigen Sie da aus Ihrer Erfahrung heraus?</p>
E(23)	<p>Also es ist ja so, wenn man so mal, Sie meinen jetzt mit so Diagnoseinstrumenten jetzt auch?</p>
I	<p>Verwenden Sie Diagnoseinstrumente?</p>
E(24)	<p>Wir verwenden auch Diagnoseinstrumente, ja.</p>
I	<p>Ah, ok.</p>
E(25)	<p>Genau, genau. Da ist es natürlich immer so, ich mache diese ganzen Diagnosegeschichten, ob es (...) die Computerabhängigkeit ist, (...)abhängigkeit oder auch solche (...) oder wie sie heißen, alle diese, Becksche Diagnoseinventar und dieses ganze Zeug das verwende ich natürlich erst dann, wenn ein Vertrauensverhältnis da ist. Damit derjenige auch wirklich weiß, hey, was ich da ausfülle, bleibt bei uns. Ich habe keine Nachteile dadurch, wenn irgendwelche Ergebnisse da heraus kommen. Das ist aber ganz ganz wichtig, ne. Weil, wenn ich das gleich in den ersten zwei Gesprächen mache, dann, die sind ja nicht doof die Leute, die füllen das so aus, dass es möglichst nicht so schlimm wird für sie, ne. Also das ist erst dann, wenn sie wirklich sagen: „Ok, alles klar. Ich bin selber mal gespannt, was dabei rauskommt.“, dass sie die auch ganz, ganz ehrlich ausfüllen, ne.</p>
I	<p>Das bedeutet, wenn ich es richtig verstanden habe, dass es unter</p>

	Umständen schwierig sein kann das zu entdecken, wenn das Vertrauensverhältnis noch nicht da ist.
E(26)	Also manche Sachen, gerade Depressionen sind, gerade Depressionen sind eigentlich größtenteils durch das Gespräch heraus zu finden. Man kriegt das mit in diesen Gesprächen. Wir machen auch sehr viel Geschichten: Wer bist du in der realen Welt? Wer bist Du in der virtuellen Welt? usw. Das spürt man sehr schnell, ob die mit sich selber zufrieden sind, was für Gedankengänge sie haben. Aber das ist ja noch nicht wirklich diagnostisch festgezurr, ne. Das sind einfach nur Gespräche, die man führt und man hat so dieses Gefühl: der gegenüber, der hat aber, na ja, schon starke depressive Gedanken. Und wenn man dann das noch in Kombination mit den Aussagen der Angehörigen, ne, dann kriegt man so ein schönes rundes Bild so ein bisschen. Dann hat man schon so ungefähr einen Eindruck. Aber das richtige Diagnoseinstrument, was man dann vielleicht mal anwendet, das kommt erst später, ne, wenn dann wirklich Vertrauen da ist.
I	Aber das ist ja schon mal wichtig, dafür überhaupt ein Gespür zu haben, na, um überhaupt in die Richtung gucken zu können.
E(27)	Genau, genau. Auf jeden Fall.
I	Sie haben ja jetzt erwähnt, dass Sie dann noch zusätzlich die Eltern dahingehend befragen, um einfach das Bild abzurunden, ob das so ist oder nicht. Wie gut gleicht sich denn da oder deckt sich Ihre Wahrnehmung da mit der von Eltern?
E(28)	Schon recht groß, weil die Eltern ja oft auch das schon festgestellt haben. Darum geht es ja auch, dass sie das merken, der sitzt nur zu Hause, hat keine Freunde oder wendet sich von seinen Freunden ab. Das kriegen die ja schon mit und mit dieser Begründung kommen die ja auch oft schon und melden ihren Sohn an, ne. Das ist ja eigentlich das eigentlich. Das sind so die ersten Gedanken, die die Eltern schon so mit kriegen. Der geht nicht

	mehr raus, der spielt nicht mehr mit anderen oder hat sein Fußball vernachlässigt oder sonst irgendwas, ne.
I	Und die Eltern äußern diese Bedenken auch im Hinblick auf die Möglichkeit, dass da eine Depression vorliegen könnte?
E(29)	Ich weiß nicht, ob sie sich Gedanken über Depressionen in dem Augenblick machen. Auf jeden Fall sagen sie, „das ist so“, ne, und „da machen wir uns Sorgen“. „Wir wollen ja nicht hier zu gucken.“ Also, und dadurch, dass es ja natürlich auch immer mehr in den Medien kommt und das Thema immer publik, immer mehr publik gemacht wird, kriegen die Eltern auch mehr Antenne dafür. Es kommen auch immer mehr Eltern, die ihre Jugendlichen dann mitschleifen und sagen: „Mensch, irgendetwas stimmt da nicht. Ich hab so häufig jetzt von Mediensucht gehört, usw.“. Und oft höre ich auch so, es ist gar nichts da. Man muss es ja auch sehen. Oft kommen ja auch Fälle wo die Jugendlichen ein bisschen viel spielen vielleicht oder ich sage mal mehr spielen, als die Eltern sich das vorstellen können, weil die Eltern aus einer ganz anderen Generation sind. Aber heutzutage einfach man sagen muss, ein Jugendlicher wächst heute einfach anders auf, ne. Und die spielen heutzutage einfach mehr, ne. Das gibt's ja auch ne. Ich meine, es ist ja nicht so, dass jegliche, nur weil ein Jugendlicher mal zwei Stunden pro Tag Computerspiele spielt über einen längeren Zeitraum, ist er ja nicht gleich pathologisch abhängig, ne.
I	Ja, richtig. Mich interessiert eben spezifisch diese Gruppe, von der Sie ja auch sagen, die kommt bei mir auch in der Beratung vor oder die begegnet mir da. Das heißt jetzt für mich nicht, dass alle eine Depression oder eine Komorbidität haben...
E(30)	Genau, genau. Aber von mir kann ich wirklich sagen, von der Reihenfolge her, was bei uns in den Suchtfachambulanzen in Augsburg von der Diözese öfters vorkommt, ist (...), erst kommen so die exzessiven Spieler, die aber nicht pathologisch betroffen sind, die von ihren Eltern kommen. Als zweites würde ich fast sagen pathologische Internetkonsumenten mit komorbiden

	<p>Störungen, ne, also das sind so die, die dann so die Arbeit aufsuchen, sind so die zweithäufigsten Klientele und dann kommen eigentlich die Leute die, ja, die eigentlich keinen exzessiven oder keinen pathologischen, wo einfach nur die Eltern besorgt sind. Und pathologische Internetkonsumenten ohne komorbide Störung, die kommen sehr, sehr selten. Es gibt sie, aber doch sehr selten.</p>
I	<p>Also beim pathologischen Gebrauch ist auf jeden Fall von einer Komorbidität auszugehen.</p>
B(31)	<p>Ja, und deswegen sage ich ja, weil Sie jetzt mit Ihrer Depression auch gerade fragen, deswegen ist es eigentlich ganz klar, dass man, wenn man als Therapeut oder als Sozialpädagoge in diesem Bereich arbeitet, dass man da eine Antenne dafür haben muss, für Depressionen. Weil wenn man die hat, wenn man nicht da nachfragt, dann ist man fehl am Platz, ne. Weil das ist eigentlich bei allen, fast bei allen wirklich krankhaften Internetleuten eigentlich der Fall, dass irgendwo noch psychische Probleme noch da sind.</p>
I	<p>Wenn jetzt beispielsweise nicht die Eltern den Kontakt suchen und auch nicht die Jugendlichen, sondern eine andere Beratungsstelle oder ein anderer Dienst zuweist, passiert das dann auch mit dem Hinweis, da könnte noch etwas anderes außer der pathologischen Internetnutzung oder dem exzessiven Internetgebrauch vorliegen?</p>
(32)	<p>Nee, eigentlich in der Regeln nicht, weil die merken, zum Beispiel sind es halt Schulen, es sind Berufsschulen oder sowas, die dann ihre Leute hierher schicken, ne. Die sagen einfach nur: „Der ist nicht richtig aufnahmefähig. Der ist immer nur müde und wir haben mitgekriegt, dass er immer nur am PC spielt. Deswegen schicken wir ihn jetzt zu Euch.“ Also dass die sich schon Gedanken machen über Depression oder irgendwelche komorbiden Störungen oder, ne, eigentlich seltenst. Und zwar ist es auch verständlich, weil das sind oft sind das Sozialpädagogen, das sind Lehrer, das sind irgendwelche Ausbilder oder sowas. Die haben von solchen Sachen natürlich auch nicht so die Ahnung, ne. Die machen sich über psychische</p>

	Störungen jetzt kaum Gedanken. Was ja auch verständliche ist, wenn man nicht aus dem Arbeitsbereich kommt.
I	Wie erklären die sich dann, das was sie da wahrnehmen, was sie als Problem wahrnehmen?
E(33)	Die nehmen als Problem wahr, der spielt zu viel. Also der ist einfach unaufmerksam im Unterricht, Der ist unaufmerksam in seiner Lehrstelle, schulische Leistungen gehen runter. Der zockt die ganze Nacht nur Computerspiele oder sitzt eigentlich nur vor dem PC. Der ist internetsüchtig, so. Aber die mache sich jetzt keine Gedanken, dass das jetzt irgendwie kommen könnte, weil er irgendwie noch eine Störung hat oder sowas. Die sehen nur: So ist es. Wir haben festgestellt das... und schicken den dann halt zu uns.
I	Jetzt gibt es natürlich für die subklinische Depression in dem Sinne keinen klinischen Schlüssel, keine Diagnostik bzw. wenn man da etwas feststellt und es erreicht den Schwellenwert einer klinischen Diagnose nicht, dann ist es ja noch keine Erkrankung. Inwiefern ist es aus ihrer Sicht denn beachtenswert?
E(34)	Also ich finde schon, dass man es auch beachten sollte, weil ich denke mir, alles was so, bei mir ist es immer so, ich gucke immer, worunter leidet der Jugendliche oder der junge Mensch dann einfach, was will der verändern. Und wenn er darunter leidet, dass er immer so niedergeschlagen ist und sich immer schlechter fühlt wie die anderen und kein gutes Selbstwertgefühl hat, dann ist es ja das Thema an dem wir arbeiten müssen. Egal ob das nun irgendwie schon diagnostisch schon irgendwie in irgendeinem Grad festgehalten werden kann oder nicht. Das interessiert mich eigentlich nicht. Im Grunde genommen sind diese Tests, sind eigentlich Beiwerk. Mir geht es darum, wenn der darunter leidet unter einem bestimmten Thema, dann ist das das Thema, das ich mit ihm habe. Also ich fange ja nicht an nur an Depressionen zu arbeiten, nur wenn mein Diagnosebogen mir aussagt, der hat so und so einen Cut-off Wert von was weiß ich, dann können wir das

	<p>Thema angehen. Ansonsten musst du damit leben. Das ist ja Blödsinn. Also ich finde man muss da wirklich schon auf das eingehen was der Jugendliche wahrnimmt. Und wenn der Jugendliche sagt: „Mensch ich fühl mich einfach schlecht. Ich bin halt nicht so selbstbewusst.“ Oder: Ich möchte gerne anders aussehen.“ oder sowas, dann muss man damit arbeiten. Dann muss man das zum Thema machen.</p>
I	<p>Docken denn diese Jugendlichen bevor die in eine Beratung kommen vielleicht mal auch an anderen Hilfestationen an, was weiß ich, beim Psychologen?</p>
E(35)	<p>Hmm, ja, genau. Manchmal ist es ja auch von denen vermittelt. Wenn natürlich, und das muss man natürlich auch ganz klar sehen, so auch da bin ich der Meinung, wenn die psychische Störung oder diese komorbide Störung, die ja noch nebenbei ist, man muss immer gucken, wie stark ist die. Wenn die zu stark ist, dann kann der das ambulant nicht mehr machen. Also ich muss auch irgendwo wissen, wo meine Grenzen liegen, ne. Und wenn ich merke der hat Suizidgedanken schon oder der ist, ich habe auch schon teilweise Klienten mit Trichotillomanie oder sowas, ne, solche Geschichten, dann muss ich einfach sagen, der muss stationär eingewiesen werden. Und das ist auch ganz gut so. Da kann man mit Kliniken zusammenarbeiten, die sind sehr gut. Und dann haben sie auch erst mal eine komplette Abstinenz vom Computer. Dann wird da auch sehr stark an dieser komorbiden Störung gearbeitet und dann mache ich im, in der Nachsorge kann ich dann weiter an dem PC-Konsum arbeiten, an dem Internetkonsum. Aber ich muss wissen wo meine Grenzen sind, weil irgendwann wenn die psychische Störung, die nebenbei noch läuft, vielleicht sogar die Hauptstörung ist und das Computerspielen so nebenbei ist, da muss ich einfach auch ganz klar sagen: „Nee, also ambulant ist da jetzt nichts mehr zu machen. Jetzt gehst Du erst mal stationär für zwei, drei Monate weg und danach kommste wieder und danach machen wir weiter.“ Das ist auch eine wichtige Geschichte, dass man einfach seine Grenzen auch in der ambulanten Therapie auch kennt. Und oft ist es auch so, dass</p>

	<p>man die auch zum Niedergelassenen, sagt: „Mensch, Du, geh einfach zum niedergelassenen Therapeuten. Probier erst mal Deine Hauptstörung in den Griff zu kriegen.“ Das ist ja auch so ein gewisses Ding. Oder wenn jemand noch stark Substanzen konsumiert oder sowas. Dann muss man sich auch überlegen, hm, wenn er sich jetzt jeden Tag abends eine, acht, neun Halbe reinzieht und ab und zu ein bisschen Computer spielt, auch wenn das pathologisch ist, dann sollte man doch erst mal bestimmte andere Störungen in Angriff nehmen. Also was ist da schwerwiegender und was muss als erstes behandelt werden, ist dann immer die Frage auch, ne.</p>
I	<p>Ok, also Sie plädieren auf jeden Fall klar für eine Weiterbehandlung, wenn die Kompetenzen sozusagen überschritten sind auch im anderen Kontext.</p>
E(36)	<p>Genau. Wenn das aber auch nicht mehr gemacht werden kann. Also gerade so wenn, man ist ja kein niedergelassener Therapeut. Man ist ja eine Suchtfachambulanz hier, ne. Wenn natürlich nun grade bei Suizidgedanken oder bei Borderline-Geschichten oder irgendwie sowas, das ambulant irgendwann nicht mehr auffangbar ist. Ja, dann muss er einfach auch stationär eine Zeit lang machen. Und das geht einfach nicht anders, ne. Das merkt man ja auch wenn man nun die ambulante Therapie anfängt und merkt, hey, es läuft nicht so richtig gut. Der bricht immer mal wieder ab und dann kommt er wieder und man, es fruchtet nicht richtig, ob es da nicht sinnvoll ist, einfach in dieser Kombi-Geschichte zu arbeiten, dass man das mit der Therapieeinrichtung abspricht und sagt mit der Stationären: „Wir schicken den erst mal ein, zwei Monate zu Euch und machen dann ambulant hier weiter.“</p>
I	<p>Mich würde ja jetzt auch noch mal interessieren, Sie hatten ja schon gesagt die Betroffenen schildern schon auch ihre Leiden. Ist es denn so, dass jetzt sage ich mal Jugendliche, die bemerken, ok, irgendetwas ist mit meinem Internetgebrauch nicht in Ordnung und die sind bei Ihnen und merken, da gibt es noch irgendwas, was sie sich nicht mit ihrem Internetgebrauch erklären können. Bringen die das so zur Sprache?</p>

E(37)	Ja. Ja, das bringen sie schon immer zur Sprache, wenn sie das Vertrauen dann haben. Da geht es ganz viel um, wie gesagt, um Selbstwert halt, ganz klar, aber auch ganz viel um sexuelle Geschichten, also grade was Partnerinnen angeht oder so was. Und das sind ja schon sehr Themen, die ja schon sehr persönlich sind, sehr intim sind. Aber das sprechen die schon an dann auch. Aber natürlich auch nur dann, wenn sie das Vertrauen schon haben und wenn sie genau wissen, es geht nicht nach außen.
I	Was sind das darüber hinaus für Symptome oder Beschwerden, die Betroffene schildern?
E(38)	Die Betroffenen schildern, das sind auch so teilweise, ja so psychosomatische Geschichten auch. Also so Herzklopfen, hohen Blutdruck, teilweise berichten sie als wären Steine auf dem Bauch und dann können sie nicht atmen und dann so Angstzustände und sowas, solche Geschichten, ne. Die kommen dann natürlich auch, ne. Und das berichten die dann auch, ne.
I	Jetzt hatten Sie ja schon eingangs auch erwähnt, dass bei vielen ein Vertrauensverhältnis eher schwierig wird, da eine Komorbidität im depressiven Bereich festzustellen, bevor da nicht irgendwie einfach das Vertrauensverhältnis da ist. Wie ist es denn allgemein gesehen, wie gut lässt sich oder wie gut lassen sich subklinische Symptome bei einer Internetabhängigkeit überhaupt diagnostizieren oder feststellen?
E(39)	Also wie gesagt, es ist schon machbar auch wenn jetzt kein Vertrauensverhältnis da ist durch das normale Gespräch. Man kriegt im normalen Gespräch auch schon so ein bisschen mit, wie ist er, wie kommt er rüber. Wirkt er sehr in sich gekehrt? Wirkt er sehr selbstbewusst oder nicht? Nur einen Diagnosebogen ausfüllen zu lassen, das meine ich damit, ne. Wenn er nicht genau weiß, dass der dadurch keine Nachteile hat, weil das ist ja ein schriftliches Dokument in dem Augenblick, das man auch seinen Eltern vorlegen könnte oder irgendeinem Arbeitgeber oder wie auch immer, der Krankenkasse oder so. Da braucht man erst ein

	<p>Vertrauensverhältnis. In einem normalen Gespräch und wenn man so ein bisschen ein Fingerspitzengefühl auch dafür hat, kann man schon leicht Anzeichen feststellen und sagen, Mensch, da müsste ich mal mehr hinterhaken, müsste ich mal genau nach gucken. Das kann man schon mitkriegen auch bei anderen Geschichten jetzt.</p>
I	<p>Also Sie sagen auf jeden Fall ein Vertrauensverhältnis ist vonnöten. Ok, das ist jetzt die persönliche Ebene, was die Schilderungen durch die Betroffenen selber betrifft. Gibt es möglicherweise andere Schwierigkeiten, die eine Feststellung subklinischer Phänomene dann erschweren?</p>
E(40)	<p>Hmm, ich denke mal, eher ist es eigentlich so dieses Verstellen, ne. Also dieses Schamgefühl natürlich auch, jetzt in eine Beratungsstelle zu gehen. Das sind ja auch alles Leute die, keine typischen Suchtmenschen. Also jetzt so in eine Suchtberatungsstelle zu gehen hat ja noch immer so ein bisschen einen negativen Touch, ne. Und da ist natürlich so ein Schambereich. Man will ja nicht zu den „Psychos“ gehören oder zu den „Süchtigen“ gehören. Die sind ja was Besseres so ein bisschen. „Also ich spiel ja halt nur viel Computer, ne.“ Und das Ganze so ein bisschen immer wie so ein bisschen, auch was diese komorbiden Störungen angeht einfach so ein bisschen den Ball flach halten, damit man nicht zu schlimm überkommt, ne. Also das Ergebnis selber so ein bisschen durch seine (...) zu verfälschen. Das spüre ich dann immer wieder, wo ich dann durch mehrmaliges Nachfragen dann immer erst so ein bisschen dass da halt doch vielleicht etwas anderes noch sein könnte.</p>
I	<p>Unterscheiden sich da Jugendliche von jungen Erwachsenen? Also Sie hatten ja grade von Schamgefühl berichtet. Man möchte nicht in irgendeine Krankheitsschublade reinkommen oder in so eine Suchtschublade, deswegen berichtet man am besten auch gar nichts von anderen Störungen, die sie vielleicht wahrnehmen oder Problemen. Unterscheiden sich da Jugendliche von jungen Erwachsenen?</p>
E(41)	<p>Ja, da unterscheiden sie sich natürlich schon stark, weil die</p>

	<p>Zugangsvoraussetzungen sind ja ganz anders. Eigentlich ist es ja in der Regel so, dass der Jugendliche zwischen 14 und 17 oder 18 ja nicht freiwillig kommt. Der kommt eigentlich ja, weil er kommen muss, also nicht den Leidensdruck hat. Also der spielt zwar viel aber spielt auch gerne und versteht gar nicht warum sich alle so aufregen. Dementsprechend ist es natürlich etwas ganz anderes was er erzählt wie der Erwachsene der vielleicht schon ein, zwei Kinder hat, seine Arbeit immer schlechter auf die Reihe kriegt, teilweise vielleicht Internetpornoseiten nun exzessiv nutzt und der diesen Leidensdruck hat, der berichtet natürlich viel schneller von irgendwas, weil er natürlich will, dass sich möglichst schnell etwas verändert. Der würde am liebsten schon nach dem zweiten Mal rausgehen und dass das weg ist, ne, sonst würde er ja nicht kommen. Der ist ja sehr motiviert. Der kommt ja, weil er leidet. Also ein erwachsener Mann, der wird ja in der Regel nicht von irgendjemandem jetzt geschickt, außer die Ehefrau sagt jetzt mal: „Du tust jetzt was oder ich...“ keine Ahnung. Ich lass mich scheiden, will ich jetzt mal nicht grade sagen, aber „für unsere Beziehung ist das nicht mehr gut, so wie Du am Computer spielst.“ Das kommt natürlich auch mal vor, aber in der Regel kommen die Erwachsenen, weil sie kommen wollen, auch von sich aus. Und die Kinder und Jugendlichen, die kommen weil sie müssen im ersten Augenblick.</p>
I	<p>Sie haben also gesagt, die Lebensumstände, also wenn ich es jetzt richtig verstanden habe, die Lebensumstände der Jugendlichen sind so, dass die erst mal noch keinen Leidensdruck für sich selber durch ihr Handeln tatsächlich erleben im Gegensatz zum Erwachsenen. Dann wäre für mich jetzt natürlich interessant, Sie hatten ja auch gesagt, die Jugendlichen schildern schon verschiedene Symptome von Depression. Die Jugendlichen, bei denen Sie das vielleicht doch bemerken, die das aber selber nicht bemerken, woran liegt denn das möglicherweise, dass die da kein Krankheitsempfinden oder Problemwahrnehmung haben?</p>
E(42)	<p>Na ja, ich denke mal, das hat natürlich noch mit, die finden sich ja gerade auch. Man muss ja auch bedenken, wenn Jugendliche Probleme entwickeln</p>

	<p>oder so negative Gefühle haben oder so was, dann müssen die erst mal Methoden entwickeln, was normal ist, was nicht normal ist, was man dagegen tun kann und das ist ja oft dieses Computerspielen, ne. Also wenn es mir irgendwie schlecht geht, probiere ich, oder auch das Wort „Langeweile“ ist ja irgendwie etwas Unangenehmes, da nehme ich ein Computerspiel, ne, oder kiffe ich halt was oder wie auch immer, um zu chillen. Die müssen ja erst mal dieses ganze erlernen sage ich mal, und ein Erwachsener, der hat da schon ganz andere Reifeerfahrung, ne. Dass ist auch oft der Grund, deswegen.</p>
I	<p>Gibt es denn noch andere Ursachen, weshalb die möglicherweise subklinische Symptome selber nicht wahrnehmen?</p>
E(43)	<p>Ja, also dieses Ding, dass sie ja nicht wissen, dass es gar nicht so normal ist. Letztens kam zum Beispiel ein Jugendlicher bei mir an, ein wirklich extrem cooler „Checker“, wenn man das überlegt und ist der megacoolste Typ in einer Gesellschaft, aber wenn er mit mir spricht, alleine mit mir spricht, dann gibt er ganz offen und ehrlich zu, er traut sich nicht an der Bushaltestelle ein Brötchen zu essen, weil es krümeln könnte und auf seinen Pullover fällt. Und das ist so uncool, wenn er dann so verkrümelt ist und so. Also solche massiven Probleme, solche Gedankengänge haben die Jugendlichen und sobald jemand reinkommt in den Raum ist das wieder der coole Checker. Also dieses, die spielen ja auch, in dem Alter spielt man ja auch eine gewisse Rolle, und dementsprechend nehmen die das gar nicht so richtig wahr diese depressiven Gedanken, dass das vielleicht nicht normal ist. Sie leiden natürlich auch, aber welcher Jugendliche leidet natürlich nicht in seinem (...). Die Eltern sind scheiße, die Schule ist scheiße, alles ist scheiße irgendwie. Man will irgendwie ausbrechen, ne. Das ist ja grade das Teenageralter.</p>
I	<p>Also das finde ich auch nochmal einen wichtigen und interessanten Aspekt, dass man merkt, die versuchen erst mal Verhaltensweisen zu finden, wie sie mit bestimmten Situationen umgehen und nehmen deswegen vielleicht auch bestimmte Probleme, die sie haben nicht als Probleme tatsächlich so wahr</p>

	oder schildern die zumindest nicht.
E(44)	Genau. Und das entwickelt sich ja auch oft erst, dass es ein Problem wird. Oft ist es ja auch nicht das Problem. Nur weil sie halt keine vernünftigen Methoden entwickeln in ihrem Alltag, sondern nur Computer spielen oder sonst irgendwas, kommen die ja damit nicht klar. Und dadurch kommt es ja erst dann zu depressiven Störungen vielleicht auch oder zu anderen Sachen.
I	Ok. Jetzt muss ich grade noch mal gucken in meinem Papierwust.
E(45)	Ja klar. (Lacht). Gerade was so, was mir so einfällt, was so Selbstbewusstsein angeht. Also ein Jugendlicher muss ja, für meine zwanzigjährige Berufserfahrung als Suchttherapeut, kann ich nur sagen, das Selbstbewusstsein eines Jugendlichen ist ja das A und O, um nicht süchtig zu werden. Also ein selbstbewusster Mensch, ein richtig selbstbewusster Mensch, wird eigentlich seltenst wirklich süchtig, ne. Und das zu entwickeln, Selbstbewusstsein zu entwickeln, das bedeutet ja, dass man Methoden in Problemsituationen erlernen muss. Seine eigenen Methoden, wie man mit Problemen im Leben umgeht, ne. Und dadurch wird man ja selbstbewusst, wenn man das auf die Reihe kriegt, wenn man sein Leben schafft. Und wenn die das nie entwickeln, ne, also immer nur Computer spielen oder sich wegdichten oder wie auch immer, dann kommt dieses Selbstbewusstsein gar nicht erst zustande. Also das ist auch wie so ein Teufelskreis auch, ne.
I	Jetzt fällt mir nämlich noch etwas ein. Sie hatten ja jetzt schon gesagt, Einflussfaktor auf die Wahrnehmung ist die eigene Reifung, dann noch eine Außenperspektive der Eltern oder anderer Erwachsener und natürlich die Fachlichkeit desjenigen, der da auch nochmal drauf guckt. Gibt es möglicherweise auch krankheitsbezogene Faktoren, die es erschweren eine subklinische Depression zu erkennen bei einem männlichen Jugendlichen mit Internetabhängigkeit?

E(46)	Noch mal. Stellen Sie die Frage nochmal.
I	Also wir gehen ja jetzt von männlichen Jugendlichen aus mit pathologischem Internetgebrauch und subklinischer Depressionssymptomatik. Gibt es krankheitsspezifische Faktoren, die möglicherweise eine Erkennung erschweren? Also hat die Krankheit oder die Symptomatik etwas Besonderes an sich was es schwer macht sie zu erkennen?
E(47)	Hmm, fällt mir jetzt so nichts ein. Was erschwert die Depression eine Depression festzustellen? Nee, würde mir jetzt so nichts einfallen. Was ich immer wieder, eins, was mir immer wieder auffällt, ist so ein bisschen bei dieser Krankheitsgeschichte mit der ADHS-Geschichte. Da haben Sie ja bestimmt auch schon viel darüber (...) Ist es wirklich der Fall, so dass ich bei allen Jugendlichen, allen Jungen oder auch bei allen jungen Männern nachfrage, ob sie in ihrer Kindheit eine ADHS diagnostiziert bekommen haben, weil es nämlich ganz häufig der Fall auch ist. Und das es wirklich für die erlebt wird als eine absolute Entlastung. Also sie merken richtig wie es ihnen gut tut, dieses Computerspielen, als Selbstmedikation. Also wirklich, wie es in den Büchern auch immer drin steht. Man sollte als Therapeut, gerade was diese komorbide Störung angeht, sollte man echt immer nachfragen, um das besser verstehen zu können, warum derjenige vielleicht Computer spielt oder vielleicht auch anfängt zu kiffen oder wie auch immer.
I	Da sprechen Sie auch nochmal einen interessanten Aspekt an. Eine Nichtwahrnehmung der Erkrankung durch Selbstbehandlung. Man spürt erst mal die Problematik nicht und kann sie deswegen vielleicht auch nicht äußern oder äußert sie nicht, weil sie dann erst mal nicht mehr vorhanden ist. Ok. Sehen Sie auch irgendwo Risiken oder welche Schwierigkeiten und Risiken sehen Sie bei der Diagnosestellung von subklinischen Symptomen einer Depression?
E(48)	Bei Jugendlichen, ich finde so ein bisschen ist das Problem natürlich auch, diejenigen in so eine Schublade zu stecken. Ich denke mal Jugendliche sind

	<p>natürlich in einem Alter, wo ganz viel passiert. Und das würde es mir jetzt ein bisschen, ja gut, ich bin ja auch ein Suchttherapeut, ich bin ja nun kein Arzt oder sowas, aber ich finde es immer schwer, demjenigen etwas zu diagnostizieren, was vielleicht nur phasenweise jetzt gerade ist, weil der in so einem Jugendalter ist, ne. Auch da muss man immer so ein bisschen aufpassen, dass man nicht Krankheitsbilder schafft, die eventuell nur kurzzeitig da sind und ihn dann vielleicht ewig begleiten, ne. Also da finde ich immer, da sollte man so ein bisschen, ja so ein bisschen feinfühlig sein und die Kirche im Dorf lassen, nicht gleich, keine Schnellschüsse machen. Für einen Jugendlichen kann das blöd sein, wenn das immer dann so mitspielt. Der von der Beratung, der Arzt oder der und der hat damals ja gesagt, dass ich das und das hätte. Das ist immer so ein bisschen schwierig, finde ich, ne.</p>
I	Was sehen Sie da als Risiko?
E(49)	<p>Als Risiko sehe ich, dass das natürlich auch, dass man immer in so eine Schublade gesteckt wird, dass man immer so ein bisschen: „Ja, der hat ja ADHS oder sowas schon immer gehabt. Dementsprechend müssen wir das akzeptieren und dementsprechend müssen wir da und davon ausgehen.“ oder wie auch immer, ne. Grade solche Krankheitsbilder, wenn sie einmal diagnostiziert bekommen hat, die bleiben so jahrelang haften. Wenn man so bei einem 16jährigen schön sagt: „Oh, der ist schon sehr stark depressiv.“ Ich finde das ist immer so ein Ding. So ein 16jähriger, der hat oft so Entwicklungsgeschichten, Liebeskummer, keine Ahnung. Viele Jugendliche sind da so eine Zeit lang mal down, weil sie sich ja finden müssen, ne. Dem dann gleich eine Depression zu diagnostizieren, ich finde da muss man so ein bisschen aufpassen auch. Grade so bei Kindern und bei Jugendlichen, ne.</p>
I	<p>Da haben Sie jetzt auch einen interessanten Aspekt angesprochen, dass es tatsächlich schwierig sein kann vielleicht eine tatsächliche Symptomatik von entwicklungspezifischen Verhaltensweisen oder Ausprägungen. Das könnte es natürlich auch erschweren und ist ein interessanter Aspekt. Jetzt</p>

	würde mich natürlich noch interessieren, wie würden Sie den Einfluss von subklinischen Depressionssymptomen auf den Krankheitsverlauf pathologischer Internetnutzung einschätzen?
E(50)	<p>Stark. Ich würde ihn schon sehr stark einschätzen, weil das ist oft so ein Motivationsgrund dann eben auch weiter zu spielen, weil natürlich ich diese virtuelle Welt mir einfach aufbaue und erschaffe, in dieser virtuellen Welt ja eine ganz andere Person darstelle, eine Scheinwelt, die ich eventuell so gar nicht bin. Das ist so dieses „virtuelle Ich“ und das „persönliche Ich“. Und natürlich irgendwann auch in diesen Bereich reinkomme, wo ich das „virtuelle Ich“ lieber mag wie das „persönliche Ich“. Und um so mehr positive Dinge ich erlebe, sei es durch Avatare, durch irgendwelche Figuren, die ich darstelle und sei es durch ein stinknormales Profil einfach, ne. Ich muss ja gar nicht als Figur irgendwo durch die Gegend rennen, weil ich habe irgendwo ein Profil mit ein paar gefaketen Angaben, die mich zu einer komplett anderen Figur eigentlich machen mit ein paar gefaketen Bildern, die ich von mir reinsetze, sowas, und schon mag ich diese Figur fast lieber. Und das ist natürlich nicht gerade förderlich für diese reale Person, dass die Depressionen da nun weggehen. Also ich denke mal das kann auch so sein, dass das natürlich auch noch verschlimmert wird, sage ich mal. Also ich finde dieser Zusammenhang zwischen Depression in der realen Welt und dieses Computerspielen ist schon sehr stark gegeben.</p>
I	Machen Sie die Erfahrung auch in der Praxis?
E(51)	Ja, doch.
I	Sie hatten ja schon aus Ihrer Erfahrung heraus berichtet wie Sie ein Stück weit auf diese Anforderungen, die dieses Störungsbild oder ich sage mal, diese Kombination von Problemen ergibt, wie Sie da so herangehen. Wie wird sonst in der Praxis den Anforderungen an dieser Stelle begegnet?
E(52)	Den Anforderungen von eventuellen depressiven Störungen?
I	Genau, diese Kombination Internetabhängigkeit und depressive

	Symptomatik bei männlichen Jugendlichen.
E(53)	<p>Ja, oft der Fall ist es, wenn ich in diesen Einzelgesprächen drin bin, ist es oft der Fall, dass diese Internetthematik bei der ganzen Stunde gar nicht fällt, dass man eigentlich nur auf seine derzeitige Situation eingeht, wie er sich gerade fühlt, was er für Gedankengänge hat, wie es letzte Woche gewesen ist und so weiter und dass man eigentlich nur von anderen Problemen spricht, von Alltagssituationen und von Alltagsgefühlen und das Computerspielen gar nicht erwähnt wird. Also dass man eigentlich den Fokus in bestimmten Stunden auf etwas ganz anderes legt, ne. Das finde ich auf jeden Fall auch wichtig, denn oft ist das Computerspielen als Methode anzusehen, um mit diesen negativen Gefühlen, die man so manchmal so hat, negativen Phasen einfach klar zu kommen. Also das sind reine Gesprächsdinger, die wir dann so machen. Wir machen dann so Fehlannahmen, dass wir die mal durchsprechen. „Warum denkst Du, dass die Dich nicht mögen? Zu wie viel Prozent glaubst Du, dass das so ist? Und was wird es noch für Möglichkeiten geben, dass er Dich an dem Tag vielleicht nicht so angelächelt hat?“ Also sagen wir mal so, dass man das runter schraubt und am Ende der Stunde vielleicht darauf kommt, dass er von den 90 Prozent, die er davon ausgegangen ist, dass derjenige ihn nicht mag oder so dann irgendwann auf 40 Prozent runter geht. Und solche Übungen immer mal wieder zu wiederholen, ne, das ist auch teilweise sehr gut gegen so Depressionsgedanken. Also da gibt es so verschiedene Methoden und Arbeitsblätter, die wir noch so haben, wo wir das Thema dann genau angehen. Gerade in dem Buch, was ich da jetzt geschrieben habe, dieses Therapiekonzept und Behandlungsmanual, da habe ich einige Sachen drin, die auch ganz gut helfen.</p>
I	<p>Das heißt, wenn ich Sie richtig verstanden habe, häufig spielt dann tatsächlich, wenn es eine Komorbidität gibt oder da es ja auch Jugendliche sind, nicht unbedingt nur die Auseinandersetzung mit dem Spielen und der Onlinezeit eine Rolle.</p>

E(54)	Nee, gar nicht. Ich würde sogar sagen fifty/fifty. Na ich würde sogar eigentlich sagen, dass es fünfzig Prozent geht es um Computerspielen, aber fünfzig Prozent geht es auch um ganz andere Geschichten, Freizeit neu zu entdecken, Hobbys wieder neu zu finden, den eigenen Körper wieder neu zu entdecken und ja ganz viele Alltagsgeschichten einfach. Wie man in bestimmten Situationen reagiert, wie es mit dem anderen Geschlecht ist und so weiter und so fort. Also das sind ganz häufige Themen, die eigentlich fast noch mehr da sind wie das Computerspielen selber, ne.
I	Wie schätzen Sie denn eigentlich den Behandlungserfolg bei so einer Doppeldiagnose subklinische Depression und Internetabhängigkeit ein?
E(55)	Behandlungserfolg jetzt gegenüber der Depression oder gegenüber dem Computerspielen?
I	Na wir können ja davon ausgehen, es gibt ja auch die Vollaussprägung Internetabhängigkeit und Depression, da sagen die Zahlen ja, dass die Erfolgsrate recht gering ist aufgrund der klinischen Ausprägung der Depression. Dass da schon bestimmte Verhaltensweisen, Denkstrukturen sehr verfestigt sind. Wie ist das im Vergleich dazu, wenn eine Internetabhängigkeit vorliegt und nur subklinische Ausprägung von Depression?
E(56)	Ja, also ich stelle immer so ein bisschen fest, dass man das Computerspielen sehr gut runter schrauben kann, also dass da auch eine Besserung da ist, also dass da auch Verhaltensregeln und wann gespielt wird und wie gespielt wird. Dass da durch diese Psychoedukation auch eine ganze Menge gemacht werden kann und Verhaltensregeln aufgestellt werden. Bei der Depression ist es schwieriger, auf jeden Fall. Aber auch da sind Änderungen festzustellen, sag ich, gerade positive Veränderungen, dass sie sich auch anders ansehen teilweise, dass die teilweise auch Veränderungen schon eingeschlagen haben, sich ihre Klamotten ändern, ihre Sachen ändern und sich einfach wieder wohler fühlen mit sich selber. Es ist jetzt nicht so, dass man sagen würde, wow, das ist jetzt weg dann

	<p>sozusagen, das mit Sicherheit nicht, aber ich stelle immer wieder fest, dass es in den Bereichen, dass man da schon gut was machen kann, dass es dem auf jeden Fall besser geht. Also die Hauptproblemfelder, die derjenige so hat in seinem zusätzlichen Störungsbild sage ich jetzt mal, die kann man schon eindämmen. Das ist schon gar nicht schlecht. Darum geht es ja eigentlich auch, ne, dass sie sich auf jeden Fall besser fühlen, ne. Es geht ja nicht darum nun alles komplett weg zu kriegen, ne.</p>
I	<p>Das hatten Sie ja auch gesagt. Das ist Ihr Fokus, dass es nicht darum geht eine Diagnose weg zu bekommen, sondern das was die Betroffenen selber als Störung oder als Leiden empfinden zu bearbeiten.</p>
E(57)	<p>Und was ich da als Therapeut immer wieder feststellen muss, das ist ganz wichtig, dass man da auch nicht zu schnell nach vorne prescht. Also man hat als Psychotherapeut so immer dieses, weil man es ja auch schon so viele Jahre macht, man hört eine Geschichte und weiß sofort, zack-zack-zack, das muss gemacht werden und das muss gemacht werden. Und man ist dann selber so wahnsinnig schnell. Man muss die Geschwindigkeit raus nehmen. Man muss also wirklich auch wenn derjenige sagt: „Wir können das machen, wir können das machen. Ich such mir einen Sportverein.“ Da sage ich: langsam. Weil sonst kommt das wieder wie ein Bumerang zurück, gerade bei Leuten, die jetzt sehr depressiv sind oder vom Selbstwertgefühl sehr schlecht dastehen, ne. Also da immer wieder einen Gang runter nehmen, zurückschalten und nochmal wieder, wenn man zwei nach vorne gegangen ist auch wieder einen Schritt zurück gehen. Das ist wichtig. Und auch die Zeit lassen. Das muss nicht immer von zwei, drei Monaten alles passiert sein.</p>
I	<p>Ist das denn etwas jugendtypisches oder gibt es da durchaus auch Unterschiede zwischen cannabisabhängigen Jugendlichen und einem internetabhängigen Jugendlichen mit einer depressiven Symptomatik?</p>
E(58)	<p>Schwer zu sagen. Also ich denke mal schon bei den Cannabisleuten habe ich oft noch mal so dieses Gefühl, dass die von dem Entwicklungsstand</p>

	<p>nicht ganz so reif sind. Beim Computerspieler ist es schon mehr der Fall, wobei sie auch immer so ein bisschen nachhängen, so ein bisschen naiv manchmal noch ein bisschen sind. Und wie gesagt ganz häufig auch der Fall ist, dass so irgendwie auch beides gemacht wird. Also es ist ganz häufig der Fall, was ich immer wieder feststellen muss, dass die Jugendlichen sehr früh Konsole spielen und sehr schnell irgendwie mitkriegen, das Computerspielen ist irgendwie lustig, das tut gut, damit kann man seine Langeweile und negativen Gedanken irgendwie wegkriegen, ne, und eindämmen. Und dann ab so einem gewissen Alter von fünfzehn, sechzehn spielt zwar immer noch Play Station oder X-Box oder wie auch immer, aber es kommt auch mal, man kifft auch mal etwas oder sowas und dass auch eine Art Suchtverlagerung da ist. Und dann irgendwann einfach gekifft wird und nur noch ab und zu mal Computer gespielt wird.</p>
I	<p>Jetzt vielleicht noch zu meiner letzten Frage. Dann sind wir nämlich schon am Ende. Was denken Sie oder was würde Ihnen helfen, welche müsste die Forschung noch schließen, um ein besseres Störungsverständnis und somit eine bessere Behandlung zu ermöglichen im Bereich Internetabhängigkeit und Komorbiditäten?</p>
E(59)	<p>Schwer zu sagen. Es wird ja schon sehr viel gemacht. Was ich immer ganz passend finden würde, es müsste mehr Langzeitstudien geben. Studien, die die Klienten wirklich über mehrere Jahre begleiten im großen Rahmen. Da fallen ja immer viele weg. Wenn ich dann manchmal auf diese Kongresse dann fahre, gerade Hamburg, Berlin oder wie auch immer, da hat man dann so Studien, so Vorabstudien. Und wenn man dann am Ende des Vortrages davon ausgeht, dass da vielleicht zehn Leute befragt wurden (...) So eine Studie ist für mich so irgendwo keine wirkliche Studie. Für mich sind Studien, die wirklich auch einen breiten Rahmen, einen großen Rahmen einfach auch abdecken und den über Jahre hin auch verfolgen, so dass man auch wirklich von Langzeitgeschichten ausgehen kann.</p>
I	<p>Welche Aspekte wären da für Sie besonders wichtig in Ihrer Arbeit?</p>

E(60)	<p>Ja dieses Selbstverständnis von Computer-, von PC-Spielen, dieses ganze Handlungsspektrum, was man macht am Computer, z.B. welche Funktion das Internet auf den Betroffenen hat im Laufe der vielen Jahre dann, ne. Als Jugendlicher, als Erwachsener und so weiter, ne. Dass man mal eine Langzeitgeschichte macht. So etwas fänd ich schon spannend. Und dann natürlich sehen, wer von den Leuten entwickelt im Laufe der Zeit eine komorbide Begleitsymptomatik oder bei wem war es vielleicht nur in der Teenagerzeit akut und hat sich im Alter wieder so ausgeschlichen, ne. Sowas finde ich dann schon sehr, sehr spannend, ob man da was machen kann. Aber es müssen halt Langzeitgeschichten sein.</p>
I	<p>Herr Pruin, damit sind wir ich sage mal in Anführungsstrichen „schon“ am Ende des Interviews. Vielen Dank nochmal.</p>

F. Interview mit Herrn Prof. Schulte-Markwort

Durchgeführt am: 30.11.2015

I	Herr Prof. Schulte-Markwort, können Sie bitte Ihr Arbeitsgebiet in Bezug auf männliche Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch kurz beschreiben? Was sind da Ihre Aufgaben?
F(1)	Ich bin der ärztliche Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie hier am UKE und wir haben in unserer Klinik viele verschiedene Stationen und eine Station davon ist die Jugendsuchtstation und eine Tagesklinik für suchtabhängige Jugendliche, wobei sich das sowohl auf stoffgebundene Süchte bezieht als auch auf nicht-stoffgebundene. Das heißt wir haben immer wieder auch PC-abhängige Jugendliche sowohl in der Tagesklinik als auch auf der Station, manchmal, wie gerade im Moment auch, auch auf der Kinderstation.
I	Spiegelt sich da auch dieses Geschlechterverhältnis wieder, dass da eigentlich hauptsächlich männliche Jugendliche ankommen?
F(2)	PC-Sucht ist ein männliches Thema.
I	Hm, ok. Über welche Kanäle kommen denn die Betroffenen zu Ihnen? Also welche Institutionen vermitteln oder wer?
F(3)	Wir sind ja sowieso immer altersbedingt darauf angewiesen, dass Eltern uns einen Auftrag geben, weil sie die Sorgeberechtigten sind. Insofern sind es auch meistens die Eltern, die mit ihren Kindern oder Jugendlichen kommen, weil denen die Konflikte zu Hause über den Kopf wachsen, was den PC-Konsum angeht, weil Eltern das ja schon irgendwann mitkriegen. Manchmal ist es so, dass Schulen zuerst reagieren und sagen: „Es gibt einen starken Leistungsknick. Da muss was passieren.“ Es gibt auch immer wieder mal Jugendliche, die von alleine Leidensdruck entwickeln.
I	Sie hatten jetzt gerade Schulen erwähnt. Die treten dann direkt an die Klinik heran?

F(4)	Nein, das können die ja nicht, weil die ja dann ihre Schweigepflicht verletzen würden. Schulen wenden sich dann in der Regel an die Eltern und sagen: „Hier muss was geschehen.“
I	Ok, und die bewerten das anhand einer Leistungsveränderung.
F(5)	Genau.
I	Da sind wir gleich schon bei einer interessanten Frage. Wem fällt denn eventuell auf, dass da eine Problematik besteht? Wer hat da eine besondere Sensibilität dafür?
F(6)	Also zuerst glaube ich schon die Eltern, weil deren gesamter familiärer Alltag sich verändert, weil die Kinder nicht mehr aus ihren Zimmern kommen und weil Eltern mitkriegen, dass die sich mit nichts anderem mehr beschäftigen und dann in der Folge Hausaufgaben liegenbleiben, es erhebliche Konflikte gibt mit den Eltern. Also dieser Klassiker: „Hör auf! Mach Deinen PC aus!“ und Jugendliche sich weigern. Und dieses Konfliktpotential ist es eigentlich, was Eltern dann sehr beunruhigt, zusätzlich zu dem Leistungsknick, der nicht selten auftritt, und zusätzlich zu der nicht selten ja auftretenden depressiven Verstimmung.
I	Sie sprechen jetzt schon von depressiver Verstimmung. Wie häufig würden Sie denn sagen tritt das als Komorbidität bei männlichen Jugendlichen mit pathologischem Internetgebrauch in Ihrer Praxis auf?
F(7)	Das tritt sehr häufig auf, wobei es sozusagen verschiedene Verlaufsmodelle gibt. Also es gibt Jugendliche, die primär depressiv sind und versuchen gegen ihre Depressionen anzukämpfen. Das ist sozusagen sowas wie ein Selbstheilungsversuch. Dann gibt es diejenigen, die vielleicht subklinisch depressiv waren und sich dann sozial immer mehr isolieren, immer mehr rausnehmen eigentlich aus dem Leben und damit ihre Depression verstärken. Und dann gibt es diejenigen, die vielleicht aus, ja sowas wie voller Gesundheit anfangen zu spielen, zu spielen, zu spielen und dann sich ein hoher Suchtfaktor entwickelt und die dann merken, dass sie aus der

	Sucht nicht mehr aussteigen können und die werden sekundär depressiv reagieren.
I	Was kommt denn häufiger vor, diese sekundäre Depression oder ...
F(8)	Ich glaube eher die primäre, also mindestens subklinisch, wenn nicht vorher schon manifest depressiv. Das ist oft so ein Schlüssel-Schloss-Prinzip. Also ich sage immer, Jugendliche, die komplett psychisch gesund sind, werden auch nicht PC-abhängig oder entwickeln irgendwie dann auch sonst keine Sucht.
I	Was sind denn das möglicherweise für Persönlichkeitsfaktoren, die sich da verbinden bei subklinischer Depression und Affinität zum Internetgebrauch?
F(9)	Selbstunsicherheit, Angst, Schüchternheit, Selbstwertprobleme, insbesondere im Kontakt mit dem anderen Geschlecht.
I	Wie passt da die Internetnutzung dazu spezifisch, um das irgendwie für sich zu verarbeiten?
F(10)	Ja, das passt sehr gut, weil das natürlich einen hohen Wirkungsgrad suggeriert, also weil ich im PC-Spiel erfolgreich bin oder weil ich mich online erfolgreich mit anderen verbinden kann und mir das zunächst eine Weile lang suggeriert, als sei ich nicht so sozial isoliert, nicht so einsam.
I	Gibt es da von der Prävalenz her einen Unterschied zu pathologisch Internet nutzenden mit Depression oder mit subklinischer Depression von der Prävalenz?
F(11)	Das ist nicht gut untersucht. Das weiß ich,..., ich kann ja immer nur etwas sagen über unsere Inanspruchnahmepopulation.
I	Genau, wie würden Sie es denn aus Ihrer Erfahrung schildern?
F(12)	Was häufiger ist?
I	Hmm.

F(13)	Also zu uns kommen glaube ich eher die, die auch vorher schon mindestens subklinisch depressiv waren.
I	Hmm. Ist das auch ausschlaggebend für die Hilfesuche durch die Eltern? Also erkennen die denn, dass da etwas anderes außer der Internetabhängigkeit möglicherweise vorliegt?
F(14)	Das hängt sehr von der emotionalen und sozialen Kompetenz der Eltern ab. Also häufig ist für Eltern erst mal der Internetgebrauch oder –missbrauch im Vordergrund und die erleben im Kontakt häufig ja eher einen aggressiven Rückzug, so eine aggressive Abgrenzung der Jugendlichen und nehmen das Depressive gar nicht so wahr. Das ist etwas, was eher im Verlauf der Behandlung deutlich wird, manchmal ja auch erst durch den PC-Entzug deutlich wird und dann auch den Jugendlichen natürlich im Rahmen der Therapie klar wird, dass sie eben doch einsamer sind als sie sich das eingestanden haben, isolierter sind, als sie sich das eingestanden haben und auch mehr Probleme haben, als sie dachten.
I	Also die Eltern sehen erst mal das Sichtbare, ne, die Internetnutzung. Wie ist es denn mit Jugendlichen selber, wenn die dann hier ankommen. Also vielleicht sind sie sich ja ihrer Internetproblematik bewusst. Wenn jetzt noch eine subklinische Depressivität vorliegt, sind sie sich auch dieser Symptomatik bewusst, bemerken die das, können die das schildern?
F(15)	Eigentlich nicht. Also Depressionen sind ja häufig ich-synton, nennen wir das ja, das heißt im Einklang mit dem eigenen Ich-Erleben und das gilt ja auch für die doch verleugnete Wahrnehmung der PC-Abhängigkeit. Da unterscheiden sich ja diese Jugendlichen nicht von anderen süchtigen Jugendlichen, die immer nur sagen: „Es ist nur ein Glas Alkohol. Und es ist nur eine Stunde PC.“ und wenn man genau hinguckt, sind es aber zehn.
I	Sie hatten jetzt auch schon kurz die Verlaufsform angesprochen. Inwiefern unterscheiden sich die Verlaufsformen zwischen primärer subklinischer Depression oder sekundärer subklinischer Depression bei pathologischer

	Internetabhängigkeit?
F(16)	Na die primäre ist etwas schwerer zu behandeln, weil sie sozusagen schon häufig chronifiziert ist und weil die PC-Abhängigkeit nicht selten ein Selbstbehandlungsversuch war, dagegen anzugehen. Während die sekundäre ja erst im Laufe der Behandlung entsteht. Und bei den primären ist es auch nicht selten so, dass es primär endogene Depressionen sind, die natürlich sowieso einen schwereren und chronischeren Verlauf nehmen.
I	Das bedeutet im zweiten Fall, im sekundären Fall, hieße das, reicht da eine Behandlung der PC-Nutzung aus oder des exzessiven PC-Gebrauchs?
F(17)	Manchmal ja. Man muss schon auch sozusagen soziale Skills lernen, ne. Man muss denen wieder beibringen, wie sie in Gruppen kommen, wie sie ins Leben kommen, wie sie Hobbies entdecken und wie sie ihr Leben auch anders gestalten können als nur durch PC-Abhängigkeit. Während die anderen gleichzeitig ihre Depressionen überwinden müssen. Die anderen überwinden ihre Depressionen dadurch, dass sie sozial aktiver werden oder auch sportlich aktiver werden. Man muss die häufig auch körperlich aktivieren.
I	Jetzt hatten Sie ja quasi auch schon ein Stück weit den Hilfebedarf angesprochen. Was für einen Hilfebedarf haben die insgesamt gesehen?
F(18)	Die, die wir haben, die, die wir sehen, brauchen vollstationäres oder mindestens tagesklinisches Behandlungssetting, immer unter Einbezug der Familien, der Eltern, je nachdem.
I	Wie lang ist denn da so die Behandlungsdauer, in so einem Verlauf?
F(19)	Acht bis zwölf Wochen vollstationär und auch tagesklinisch. Da muss man schon damit rechnen.
I	Wie kann man da den Erfolg abschätzen?
F(20)	Also die Erfolge sind dann gut, wenn die nicht abbrechen. (kurze

	Unterbrechung durch Telefonat)
I	Wir waren bei den Erfolgen. Wie erfolgreich ist denn die Behandlung oder von welchen Faktoren hängt das denn ab?
F(21)	Also, eigentlich kann man davon ausgehen, wenn die sozialen Faktoren drum herum einigermaßen stabil sind, wenn Eltern bereit sind die begleitenden Elterngespräche oder Familientherapie, je nachdem, mitzumachen, sind die Erfolgsfaktoren sehr gut. Das hängt total davon ab, wie gut es uns gelingt die Jugendlichen auch sozial wieder zu integrieren. Wenn die hier aus der Nähe kommen, können wir sie auch von hier aus zum Beispiel in ihre Schulen schicken. Wenn die von weiter weg kommen, ist häufig dann an der Stelle entsteht nochmal so ein Risiko, ob die wirklich den Weg an ihre Schulen zurück finden.
I	Mit wem arbeiten Sie da zusammen, um diese Integration auch zu ermöglichen?
F(22)	Also wir haben ja eigene Sozialpädagogen , und wir haben eine eigene Klinikschule, die auch den Kontakt zur abgebenden Schule herstellt und die auch den Auftrag hat, wieder den Übergang in die alte Schule herzustellen.
I	Ok. Jetzt ist natürlich eine Sache der Erfolg oder auch die Inanspruchnahme von Hilfe, jetzt hatten Sie aber auch andererseits berichtet, es gibt die Jugendlichen, die auch selber Hilfe suchen. Wie oft kommt das denn vor?
F(23)	Das ist wirklich eher selten. Das ist kein häufiges Phänomen.
I	Wie kommt das denn zustande?
F(24)	Na weil die merken, dass sie mit ihrem Leben nicht mehr zurechtkommen. Und wenn die dann ein bisschen älter sind, wir können auch auf unserer Jugendsuchtstation bis 21 aufnehmen. Das ist so ein bisschen ein besonderes Modell. Wir haben auch eine Adoleszentenstation, die bis 25 aufnehmen kann. Insofern sind wir da ganz gut aufgestellt und häufig merken die ja an den Stellen, dass der Schulabschluss nicht klappt oder

	dass die Berufsausbildung nicht losgeht oder Studium oder Ähnliches. Und dann haben die schon auch einen hohen Leidensdruck.
I	Und das ist jetzt auch noch eine Frage. Wie gut nimmt denn die Gruppe, die durch Eltern oder Schule oder sonst wie vermittelt wird überhaupt Hilfe an?
E(25)	Na unsere primäre Aufgabe ist es natürlich immer dafür zu sorgen, dass wir von den Jugendlichen einen Auftrag bekommen. Wenn wir keinen Auftrag bekommen, arbeiten wir solange mit denen bis wir einen Auftrag haben. Also im Extremfall würde man sagen die Eltern müssen eine Paragraphen errichten, §1631b ¹³ des BGB, um eine Behandlung gegen eines Kindes gegen seinen Willen zu rechtfertigen. In der Regel reicht aber diese Symptomatik dafür nicht aus.
I	Da sind wir auch noch mal bei einer Frage. Es gibt ja keine Diagnose für die Internetabhängigkeit, keine feststehende erst mal und für subklinische Depression haben wir das auch nicht. Aber ab welchem Schweregrad subklinischer depressiver Symptomatik im Zusammenhang mit pathologischer Internetnutzung sehen Sie da eine Behandlungsbedürftigkeit oder ab wann muss man da reagieren?
F(26)	Naja, also wir würden dann schon immer Diagnosen stellen. Die brauchen wir ja auch. Also nichtstoffgebundene Sucht ist eine Diagnose, Dysthymie ist eine zweite Diagnose, die sozusagen eine bisschen mildere Form der Depression abbildet. Und wir sind immer komplett daran orientiert entweder, dass die Jugendlichen nicht mehr die normale Teilhabe am Leben haben, zum Beispiel nicht mehr zur Schule gehen können. Schulunfähigkeit ist ja sowas wie Arbeitsunfähigkeit. Das kann man ja gleichsetzen. Oder wenn die Konflikte in den Familien so hoch sind, dass das Familienleben gefährdet ist. Das sind, finde ich, die beiden Bereiche, um die es immer geht.

¹³ § 1631b BGB: Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung

I	Wenn ich es jetzt verstanden habe, geht es gar nicht so sehr um die Diagnose als Begründung für den Auftrag, sondern zu sagen, da kommt er nicht mehr zurecht.
F(27)	Nein, die Diagnose können wir im Notfall immer auch noch mal zusammenbasteln.
I	Woran liegt denn das möglicherweise auch, dass jetzt dieser subklinische Bereich im Zusammenhang mit pathologischem Internetgebrauch nicht so untersucht ist?
F(28)	Ach ich glaube, weil es nicht viele Stellen in Deutschland gibt, die sich mit dem Thema Sucht beschäftigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es gibt nicht viele kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen, die da eine Suchtabteilung haben. Das ist einfach, das ist eher dann den eigenen Suchtabteilungen überlassen, die sich dann ihrerseits dem Kindes- und Jugendalter zugewandt haben. Aber aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die dann auch universitär organisiert ist, gibt es das irgendwie nicht.
I	Das ist ja letztendlich trotzdem eine freiwillige Sache sich in Behandlung zu begeben. Wie ist denn erfahrungsgemäß die Verweildauer in Behandlung, gibt es da Abbrüche oder wie ist das?
F(29)	Natürlich gibt es auch Abbrüche. Das ist ja bei Sucht eins der wichtigsten oder eins der schwierigsten Dinge überhaupt. Aber wir können wirklich sagen im Bereich von PC-Abhängigkeit ist die Abbrecherquote ausgesprochen gering. Das hat auch etwas damit zu tun, dass wir es immer gewohnt sind primär, wenn wir keinen Auftrag haben, solange mit den Jugendlichen zu arbeiten, bis wir einen Auftrag haben. Dann ist eben, die ganzen ersten Wochen gehen nur damit rum, dass wir mit denen besprechen, was könnte denn ein Auftrag sein.
I	Das heißt, im Vorlauf passiert erst mal Beratung, wenn ich das jetzt richtig verstanden habe.

F(30)	Genau. Im ambulanten Sektor ist es noch Beratung und die Indikationsstellung und dann versuchen wir da schon einen Auftrag zu generieren. Wenn das nicht geht nehmen wir aber auch auf und machen es dann stationär. Also wir erwarten nicht dass die zu 100% motiviert kommen. Wir erwarten natürlich eine Motivation und sie müssen auch kommen, aber wenn die da sind, dann arbeiten wir.
I	Um jetzt eine adäquate Diagnose stellen zu können, gerade in diesem subklinischen Bereich, wie lang braucht es denn, wie viel Sitzungen braucht man da oder wie viel Zeit benötigt man da, um eine erste Einschätzung zu kriegen, ja, da ist noch etwas anderes?
F(31)	Also ich habe schon immer den Anspruch, also bei mir gilt, dass ich das im Erstgespräch schaffe. Das hat natürlich etwas mit meiner Erfahrung zu tun. Die jüngeren Kolleginnen und Kollegen in der Ambulanz brauchen für so etwas vielleicht drei Termine, drei bis fünf Stunden.
I	Wie schätzen Sie das in anderen Bereichen des Hilfesystems der Suchthilfe ein. Wie gut ist da die Fähigkeit das zu erkennen oder gibt es da Stolpersteine?
F(32)	Na also speziell das Jugendhilfesystem ist ja wenig... Da gibt es viele Mitarbeiter, die wenig von Psychopathologie verstehen und die das, wenn überhaupt, so ganz subjektiv einschätzen oder auch tendenziell eher mal bagatellisieren, ist unsere klinische Erfahrung, als dass sie das wirklich wahrnehmen. Da, glaube ich, gibt es immer noch zu wenig Überschneidungen zwischen dem pädagogischen System und dem medizinischen System.
I	Welche Anforderungen müsste man eigentlich an die Mitarbeiter in den Hilfesystemen haben, damit die das auch adäquat erkennen können, was müssen die mitbringen?
F(33)	Die müssen eigentlich alle, genauso wie die psychologischen Psychotherapeuten, die ja eine Zeit lang auch bei uns sein müssen für ihre

	<p>klinische Zeit. Die müssten eigentlich ein Jahr in ihrer Ausbildung, im Rahmen ihrer Ausbildung ein Jahr bei uns gewesen sein oder hier ihr praktisches Jahr gemacht haben.</p>
I	<p>Welche Kenntnisse müssten da jetzt erwerben?</p>
F(34)	<p>Also Grundkenntnisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie, das heißt (...) das Erstellen eines psychopathologischen Befundes in den Grundzügen glaube ich, das würde reichen.</p>
I	<p>Jetzt wäre noch mal interessant, gibt es noch andere Zuweisungswege außer über Eltern?</p>
F(35)	<p>Es gibt natürlich die niedergelassenen Kollegen. Das können Kinderärzte sein, Hausärzte oder Kinder- und Jugendpsychiater.</p>
I	<p>Passiert das auch über Suchtberatungsstellen? Gibt es diesen Zugangsweg auch?</p>
F(36)	<p>Die Zugangswege gibt es auch. Wobei die Suchtberatungsstellen eher dann auch eher mit den anderen, sozusagen mit den Suchtkliniken oder denen Zusammenarbeiten, die aus den anderen Systemen heraus entstanden sind, die sozusagen aus dem Erwachsenenbereich kommen. Aber natürlich überweisen die auch.</p>
I	<p>Sie hatten es jetzt schon angesprochen. Die brauchen auch diese Erfahrungen, wie sie Ihre Kollegen auch haben. Das würde jetzt für den Suchthilfebereich genau so gelten.</p>
F(37)	<p>Natürlich.</p>
I	<p>Jetzt muss ich noch mal ganz kurz gucken. Was denken Sie, was erschwert es möglicherweise auch sensibleren Kolleginnen und Kollegen dennoch eine subklinische Depression festzustellen? Also welche Ursachen gibt es dafür?</p>

F(38)	Ich glaube weil viel zu wenig Wissen über Depressionen eigentlich vorherrscht und weil man tatsächlich ein bisschen Erfahrung braucht, um in so einer ganzen Bandbreite von schwersten Depressionen bis hin zu leichteren Formen das wahrnehmen zu können. Man muss das natürlich auch immer differenzieren von Persönlichkeitsmerkmalen und Persönlichkeitseigenschaften. Dazu braucht man auch fremdanamnestic Angaben. Man braucht einfach Erfahrung dafür.
I	Gibt es noch andere Ursachen, die eine Diagnose da erschweren oder eine Feststellung dieser subklinischen Depressivität?
F(39)	Ich glaube es ist insgesamt das Wissen, als Wissen, zu wenig wissen über die Bedeutung von Depressionen auch, ja. Also häufig werden ja ruhige, schüchterne Kinder mit depressiven verwechselt oder auch umgekehrt sowas. Ich glaube, da wird insgesamt zu wenig darauf geachtet.
I	Und jetzt hatten Sie bzw. ich behaupte das... Mich würde interessieren, wo würden Sie denn die subklinische Depressivität bei pathologischem Internetgebrauch von der Prävalenz her verorten. Also es gibt ja verschiedene Komorbiditäten, die mit pathologischem Internetgebrauch auftreten. Wo würden Sie die subklinische Depression verorten?
F(40)	Na die ist unglaublich hoch. Also das kann ich jetzt, das sind sicher 80%.
I	Das ist ganz schön hoch. Was sind denn minimale Voraussetzungen, um zu sagen, das ist jetzt schon auch eine gesonderte Betrachtung wert bei der Depressivität?
F(41)	Die Frage verstehe ich nicht genau.
I	Also, was für eine Symptomatik müsste minimal vorhanden sein, dass Sie sagen, da muss man auf jeden Fall auch auf die Depressivität nochmal in der Behandlung achten?
F(42)	Na ja, einfach sozusagen immer abgeschwächte Formen von den

	Symptomen, die bei Depressionen vorkommen wie Anhedonie, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, milde Formen von Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen im Sinne eines Tagesrhythmus beispielsweise mit Abendtief und Morgenhoch oder umgekehrt, also alles was in milder Form vorkommt und was im Laufe der kindlichen Entwicklung schon in bestimmter Weise zugenommen hat.
I	Ja, also auch wenn es sich nur um ein Symptom handelt.
F(43)	Ja, klar.
I	Wie gut lässt sich das denn, wie reliabel lässt sich das denn feststellen, dass da eine Symptomatik ist oder wie hoch ist da möglicherweise die Fehlerquote?
F(44)	Na ja, also man kann ja das immer dann auch am Verlauf und an seinen Interventionen fest machen. Manchmal, je nachdem geben wir auch Medikamente und auch daran würden wir ja relativ schnell merken, sozusagen ex juvantibus ¹⁴ , ob die Diagnosestellung richtig war oder nicht.
I	Wie würden Sie das eigene Problembewusstsein oder Krankheitsempfinden bezüglich der Komorbidität einschätzen?
F(45)	Das ist gering. Das ist natürlich gering, weil das komplett Ich-synton ist und weil man das auch nicht so merkt. Also das ist dann häufig etwas, was man von außen viel deutlicher merkt als von innen, ähnlich wie die PC-Abhängigkeit.
I	Sie merken das, Ihre Kolleginnen und Kollegen auch, Eltern sagten Sie nicht, die Schule auch nicht. Gibt es irgendjemanden im sozialen Umfeld dieser Jugendlichen, der dafür sensibel ist?
F(46)	Manchmal Gleichaltrige, die das merken, dass die sich zurückziehen, ja, ein

¹⁴ Diagnosis ex juvantibus=Diagnose wird vom Erfolg der angewandten Therapie abgeleitet

	Freund oder eine Freundin und sowas zum Beispiel.
I	Und die begleiten auch Jugendlichen hierher?
F(47)	Eigentlich selten.
I	Das kommt selten vor. Wenn jetzt Jugendliche wissen, ok, ich habe diesen pathologischen oder exzessiven oder problematischen Internetgebrauch, gibt es Symptome, die der subklinischen Depression zuzuordnen sind, die sie besonders häufig schildern, die sie aber natürlich noch nicht der Depression zuordnen?
F(48)	Nein.
I	Es gibt kein Symptom, das besonders auftritt?
F(49)	Nein.
I	Außer jetzt der Ich-Syntonie, gibt es noch andere Ursachen für fehlendes Krankheitsempfinden in dem Bereich bei Jugendlichen?
F(50)	Ne, wenn die nicht noch andere Stoffe zu sich nehmen, also wenn die nicht noch zusätzlich kiffen, nicht.
I	Wie oft kommt das denn vor in der Kombination?
F(51)	Eher selten. Wenn, dann steht das Kiffen im Vordergrund. Da ist die PC-Abhängigkeit sekundär.
I	Wenn jetzt Betroffene weiter vermittelt werden durch andere Dienste, besteht da teilweise schon ein Hinweis darauf, dass da noch mehr als ein exzessiver Mediengebrauch vorliegt?
F(52)	Selten.
I	Das wird dann auch meist erst hier festgestellt?
F(53)	Ja.

I	Ich hatte da noch so die Überlegung angestellt, Sie hatten ja jetzt gesagt Erfahrung und einfach das psychiatrische Wissen um die Diagnosen ist eine sehr wichtige Voraussetzung, aber ich dachte mir möglicherweise gibt es auch, und das hatten Sie ja angeschnitten, Faktoren, die in der Person des Betroffenen selber liegen, die eine Diagnose erschweren und möglicherweise auch krankheitsbezogen, das war so meine Idee, gibt es da etwas, was die Diagnose da erschwert?
F(54)	Im Bezug auf die PC-Abhängigkeit?
I	Im Bezug auf diese Kombination.
F(55)	Ne, das ist das, was wir eigentlich schon beschrieben haben. Wenn eine Depression sich langsam und schleichend entwickelt, ist das etwas, was einem selber nicht so auffällt. Da müssen dann oft andere Menschen darauf aufmerksam machen, dass man sich verändert hat.
I	Gibt es irgendwie bestimmte Instrumente sag ich mal, die in anderen Bereichen des Hilfesystems die Diagnostik erleichtern können auch ohne die klinische Erfahrung?
F(56)	Also man kann natürlich Fragebögen zu Rate ziehen. Es gibt Depressionsinventare, die man benutzen kann. Da kriegt man zumindest erste Hinweise darauf. Das ist sicher hilfreich.
I	Ok. Jetzt habe ich noch mal eine Frage bezüglich, wo sehen Sie vielleicht einen Forschungsbedarf, der vielleicht auch das Hilfesystem ein bisschen theoretisch und fachlich stützt? Was müsste da passieren?
F(57)	Also wir machen ja relativ viel Versorgungsforschung und ich glaube wir haben ja in Deutschland gar nicht unbedingt das Problem, das wir sozusagen zu wenig Hilfesysteme haben, sondern unser Problem ist ja eher die Vernetzung von Hilfesystemen. Und ich glaube auch da sind wir häufig auf einem guten Weg, aber wir brauchen ja sowas wie Transitionsforschung, also das was wir in der Medizin machen mit der

	Frage: „Wie ist der Übergang vom Kindesalter ins Erwachsenenalter im medizinischen System geregelt?“ Dasselbe gilt natürlich auch quer. Also: „Wie ist der Übergang in andere Systeme geregelt oder auch dort wieder ins Erwachsenensystem?“ Also von der Jugendhilfe ins Sozialsystem, Jugendamt – Sozialamt beispielsweise. Da, glaube ich, ist großer Bedarf, weil an der Stelle ziemlich viel verloren geht. Dieses Klientel ist ja meistens, ja, jugendlich, adoleszent, das heißt, sie sind auch älter als achtzehn, dann sind die eigentlich schon erwachsen und dann fehlt häufig ein Hilfesystem, wenn die schon erwachsen sind, wenn die vorher nicht schon im Jugendhilfesystem waren.
I	Was Vernetzungsstrukturen gibt es dazu beispielsweise in Hamburg?
F(58)	Was für Strukturen?
I	Also diese Vernetzungsstrukturen, um diese Übergänge auch zu ermöglichen?
F(59)	Keine festen Strukturen. Das ist immer etwas, was man eigeninitiativ machen muss indem man dann den „Runden Tisch“ initiiert, anregt und mit dabei ist. Und wir bemühen uns immer sehr darum, dass das dann große „Runde Tische“ gibt, an denen möglichst alle beteiligt sind, die etwas mit den Jugendlichen zu tun haben.
I	Gibt es da auch einen Stadt- Landunterschied, den Sie da beschreiben könnten?
F(60)	Das weiß ich nicht, weil ich in der Stadt arbeite. Kann ich Ihnen nicht genau sagen.
I	Das war jetzt einfach nur eine Idee, weil Sie vielleicht durch Tagungen einen Fachaustausch mit Kollegen haben.
F(61)	Also ich glaube, dass das heute, irgendwie bemühen sich heute alle sehr um Vernetzung. Das ist ja das Zauberwort schlechthin.

I	Sie hatten ja jetzt auch schon gesagt das passiert eigentlich auf Eigeninitiative, aber gibt es da irgend einen Träger, irgend eine Stelle, die Sie da auch in der Verpflichtung sehen würden diese Vernetzung zu koordinieren und herzustellen?
F(62)	Na ja, es gibt die Gesundheitsbehörde in Hamburg, macht so was zum Beispiel seit vielen Jahren, indem es auch richtige Konferenzen gibt, wo einmal im Jahr so Vernetzungsstrukturen vorgestellt werden. Wir selber machen das auch eigeninitiativ, indem wir verschiedene Anbieter immer mal wieder einladen und sagen: „Erzählt uns mal, was Ihr eigentlich macht, damit wir mehr voneinander wissen.“
I	Ich komme jetzt einfach zu meiner letzten Frage. Wie schätzen Sie eigentlich die Notwendigkeit ein da, um das Hilfesystem zu stützen, dass da eine feste Diagnose für den pathologischen Internetgebrauch in irgendeiner Form eingeführt wird?
F(63)	Also für mich selber ist das gar kein Problem, weil ich im medizinischen System bin. Ich verstehe manchmal nicht, warum sich nicht andere Hilfesysteme dieses medizinischen Diagnosesystems bedienen. Ja, also ich brauche ja nur ICD-10 zu nehmen und schon hat man das und das kann man ja auch nachlesen. Das ist ja keine Geheimwissenschaft. Da nimmt man sich einfach so ein Buch und liest das nach.
I	Wo sehen Sie da die Hemmschwelle?
F(64)	Ich glaube, weil es immer noch so eine Idee gibt, speziell vom Selbstbewusstsein des pädagogischen Systems, das man sich abgrenzt gegenüber dem medizinischen, was in dem Bereich eigentlich völlig überflüssig ist, braucht man eigentlich gar nicht, diese Abgrenzung.
I	Welchem Zweck sollte das dienen, diese Abgrenzung?
F(65)	Ich glaube, das ist ja bei vielen Berufen so. Also auch die Lehrer grenzen sich von uns ab. Es gibt auch viele Ärzte, die sich ihrerseits von Lehrern

	abgrenzen. Ich persönlich halte so etwas immer für komplett überflüssig. Ich glaube es hat etwas damit zu tun, weil solche Berufsbilder identitätsstiftend sind.
I	Jetzt habe ich doch noch eine Frage. Für wie wichtig würden sie es sehen, eventuell auch, weil Jugendliche letztendlich auch immer im Schulsystem eingebunden sind, wenn es nicht ganz extrem ist, dass auch dort das pädagogische Personal geschult wird, sage ich mal?
F(66)	Ja unbedingt. Deswegen gehen wir ja oft in Schulen oder ich bin oft in Schulen, um anhand, am Beispiel eines konkreten Schülers Lehrer fortzubilden. Das ist etwas, was ganz wichtig ist.
I	Mit welchen Inhalten können die Lehrer da gut mitgehen oder was kommt bei ihnen gut an, um ein Verständnis dafür zu entwickeln?
F(67)	Also sie wollen immer möglichst konkrete Hilfestellungen haben und wissen, also die wollen häufig wissen, was sie denn mit solchen Kindern im Unterricht machen sollen, also jetzt unabhängig von der Diagnose und wenn man da ein bisschen pragmatisch hilfreich ist, das ist immer gut.
I	Ok. Sie waren so schnell, ich konnte gar nicht immer so schnell mitdenken. Vielen Dank für das Gespräch.

G. Interview mit Herrn Kai Müller

Durchgeführt am: 03.12.2015

I	Herr Müller können Sie mir bitte zunächst Ihre Arbeit oder Ihr Arbeitsgebiet im Bezug auf männliche Jugendliche mit pathologischem Internetgebrauch kurz beschreiben.
G(1)	Ja, also wir sind ja hier eine Behandlungseinrichtung und Forschungseinrichtung für substanzungebundene Abhängigkeitserkrankungen und da nimmt eben die Internet- und Computerspielsucht schon seit vielen Jahren einen großen Stellenwert ein. Bei uns ist es so, wir sind jetzt nicht ausschließlich ausgerichtet auf die Behandlung oder Beratung von Jugendlichen, sondern eben auch auf Erwachsene. Und wir sehen trotzdem, das ungefähr 40% der Klienten, die sich hier bei uns vorstellen unter 18 Jahren sind, so zwischen 12 und 18 Jahren dann eben. Und für diese Jugendlichen mit einer suchartigen Internet- und Computerspielnutzung bieten wir eben nicht nur eine initiale Diagnostik an, sondern eben auch ein störungsspezifisch ausgerichtetes Behandlungsprogramm. Mein Arbeit hier umfasst sowohl also klinische Arbeit, das heißt Erstgespräche mit Betroffenen durchführen, aber eben bisschen mehr sogar Forschung zu dem Thema zu betreiben.
I	Jetzt hatten Sie schon einige Bereiche angesprochen. Dazu kommen wir aber auch gleich noch, wie die Diagnostik und die Verhaltenstherapie. Mich würde mal interessieren, wie finden die Betroffenen eigentlich Zugang zu Ihnen oder über wen?
G(2)	Also, wenn wir uns nur über die Jugendlichen unterhalten, tun wir schwerpunktmässig?
I	Ja, genau.
G(3)	Dann ist es so, dass im überwiegenden Anteil der Fälle, dass die Jugendlichen sich nicht selbst aus eigenen Stücken hier erst mal melden, sondern dass das häufig die Eltern sind oder aber auch ein älteres

	<p>Geschwisterteil oder Beratungslehrer, Schulpsychologe oder Kinderarzt. Dass die sozusagen auf die Problematik hinweisen und über die dann eben der Kontakt zu unserer Einrichtung zustande kommt. Das muss jetzt nicht unbedingt heißen, dass die Jugendlichen komplett unfreiwillig hier sind, das nicht, aber der initiale Kontakt wird erst mal über Dritte in der Regel angebahnt.</p>
I	<p>Sie hatten jetzt schon gesagt, die sind nicht ganz unfreiwillig unbedingt da, auch wenn Dritte den Kontakt zu Ihnen herstellen. Wie schätzen Sie dennoch die Behandlungsmotivation dieser betroffenen männlichen Jugendlichen dann ein, wenn die zu Ihnen kommen?</p>
G(4)	<p>Ja, also im Vergleich zu den erwachsenen Klienten ist die schon geringer ausgeprägt. Da sieht man eben so, ja, einen linearen Zusammenhang eigentlich mit dem Lebensalter. So 12-, 13-, 14, 15jährige, da kann man in der Regel davon ausgehen, dass die vielleicht schon hin und wieder auch den Eindruck haben, dass das Spiel- oder Nutzungsverhalten doch aus dem Rahmen geschlagen ist, dass da aber die Krankheitseinsicht doch nicht so weit gediehen ist, dass sie sagen, sie müssen jetzt wirklich dringend etwas an dem Verhalten ändern. Bei den 16-, 17-, 18jährigen von mir aus auch, da kann sich das aber schon anders darstellen. Da wird dann auch häufig die Problematik des exzessiven Verhaltens doch eher gesehen und sich schon eher dann aus eigenen Stücken mit dem Gedanken getragen, daran etwas zu ändern.</p>
I	<p>Womit ist das denn zu erklären dieser Alterszusammenhang?</p>
G(5)	<p>Ja, hat jetzt wahrscheinlich verschiedene Erklärungsansätze. Also ich würde für mich sagen dass, ich meine jetzt Reflexionsfähigkeit in der frühen Adoleszenz, ja jetzt noch nicht so weit gediehen ist, dass die jugendlichen Klienten sehr leicht in eine Metaebene rutschen und ihr eigenes Verhalten unvoreingenommen beurteilen. Das ist der eine Punkt und der andere Punkt ist sicherlich, das hat natürlich auch mit dem Störungsbild an sich zu tun, dass da bestimmte Wahrnehmungsverzerrungen, kognitive Verzerrungen</p>

	wirksam sind, die eben das Verhalten sehr lange Zeit als harmlos erst mal erscheinen lassen, was dann eine Fehlinterpretation in vielen Fällen sein kann, ne, und was da sicherlich auch mit eine Rolle spielt.
I	Ok. Mich würde jetzt natürlich interessieren, das ist ja auch so Thema meiner Arbeit, wie häufig tritt denn bei diesen Jugendlichen mit Internetabhängigkeit oder vermuteter Internetabhängigkeit oder exzessivem Internetgebrauch eine subklinische Depression als Komorbidität auf nach Ihrer Einschätzung?
G(6)	Hmm, eine subklinische Depression also, jetzt mal ausgenommen die, die wirklich auch eine volle Depression haben?
I	Genau, also ohne die mit einem Vollbild einer Depression.
G(7)	Da würde ich schon sagen, ja müsste ich Pi mal Daumen einschätzen, aber so 40% könnte ich mir vorstellen.
I	Und wo würden Sie das dann in einem Ranking der Komorbiditäten bei pathologischer Internetnutzung verorten?
G(8)	Einem Ranking? Also generell das depressive Spektrum würde ich auf Platz eins setzen.
I	Womit ist denn das zu erklären? Das habe ich ja jetzt auch öfter gehört.
G(9)	Na ja, also einmal, wenn man jetzt Internetsucht als, ich sage mal, verwandtes Störungsbild zu klassischen Suchterkrankungen heranzieht und da eben die Parallelen mal berücksichtigt, dann erklärt sich das vielleicht darüber, dass auch bei Substanzabhängigkeiten ja ganz oft depressive Komorbiditäten oder auch subklinische depressive Symptome zu beobachten sind. Woran das nun wieder liegt, ist nun auch wiederum schwierig. Da gibt es ja eben den Erklärungsansatz, dass erst mal die depressive Verstimmung da ist und sich da drauf das Suchtverhalten drauf sattelt sozusagen. Dass also das Suchtverhalten im Sinne von einer Selbstmedikation zum Teil Anwendung findet. Da gibt es natürlich aber auch

	<p>den umgekehrten Weg, dass erst das Suchtverhalten da ist und dann eine depressive Verstimmung sich dazugesellt, was man natürlich auch darüber erklären kann, dass so ein Suchtverhalten auf Dauer ja, basale menschliche Bedürfnisse auch nicht befriedigt und andere Lebensbereiche auch zunehmend in den Hintergrund treten. Ich glaube da sind beide Wirkrichtungen möglich, ne. Und ansonsten konkret zur Internetsucht, also was wir hier auch machen ist relativ viel Forschung zu Risikofaktoren für die Entwicklung einer Internetsucht und da zeigt sich eben, dass wenn man dieses Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit zu Rate zieht, dass der Faktor Neurotizismus im weitesten Sinne ja schon auch ein bisschen etwas mit dem depressiven Schwingungsspektrum zu tun hat, dass der deutlich höher bei den Patienten mit einer Internetsucht ausgeprägt ist als ich sage mal bei intensiven Nutzern oder auch ja auch Gelegenheitsnutzern.</p>
I	<p>Also aus Ihrer forscherschen Erfahrung sagen Sie, Persönlichkeitsfaktoren, die eine Depressivität oder auch depressive Grundstruktur bedingen, können als Risikofaktor für eine Internetabhängigkeit herangezogen werden. Jetzt hatten Sie auch eingangs gesagt, und da kommen wir jetzt auch zum Teil Diagnostik, dass Sie auch initiale Diagnostik machen. Ist es Ihnen denn möglich, diesen Unterschied zwischen: es liegt eine depressive Persönlichkeitsstruktur oder depressive Anzeichen erst mal vor und im Verlauf hat sich eine Internetabhängigkeit entwickelt oder andersherum, ist diese Unterscheidung von Ihnen in der Diagnostik da möglich?</p>
G(10)	<p>Also in einem Erstgespräch sicherlich nicht. Das ist dann eher so etwas, was man dann eben auch im therapeutischen Verlauf versucht herauszubekommen, was da Henne und was Ei ist. Worauf wir natürlich schon auch im diagnostischen Erstgespräch achten ist, inwieweit sind denn die depressiven Symptome für sich auch nochmal behandlungsbedürftig, ja. Ist das wirklich schon eine richtiggehende Depression, die die Klienten mitbringen oder ist es eben wie gesagt nur so eine depressive Grundstimmung oder ja, Anfangssymptomatik.</p>

I	Wonach wird denn das entschieden, ab wann diese depressive Symptomatik behandlungsbedürftig ist? Es ist ja vielleicht grade die Frage der subklinischen Depressivität.
G(11)	Ja, genau. Na ja, ich meine im Zweifelsfall liegt es natürlich daran es einzuschätzen, wenn man es jetzt ganz pragmatisch angeht, wie viele Kriterien eben für so eine affektive Störung laut ICD oder DSM erfüllt sind. Wenn da der Grenzwert überschritten ist, dass man sagt, ok und damit ein erheblicher Leidensdruck einhergeht, dann würde man sagen, ok, da ist jetzt noch mal zusätzlicher Behandlungsbedarf da. Aber wenn zum Beispiel jetzt nicht explizit nochmal wegen einer Depression behandelt wird, ist jetzt zum Beispiel jetzt nur, nur in Anführungszeichen zu verstehen, wenn der Betroffene sage ich mal einen Interessenverlust mitbringt oder ein eingeschränktes Aktivitätsniveau, weil das ja eben auch ganz typische Bestimmungsgrößen für eine Internet- und Computerspielsucht darstellt.
I	Jetzt versuche ich das gerade noch mal zusammen zu kriegen und ich glaube ich habe nicht alles ganz genau verstanden. Also, wenn ich das aber richtig verstanden habe bedeutet das, es gibt trotzdem für Sie einen Schwellenwert ab dem Sie sagen, ok, wenn eine bestimmte Anzahl von Symptomen vorliegt, dann können wir von einer Problematik ausgehen und es muss aber auch ein Leidensdruck vorhanden sein. Auf der einen Seite liegt also das subjektive Befinden des Betroffenen als Ausgangsbasis für eine Behandlungsbedürftigkeit für Sie vor, auf der anderen Seite auch eine klare diagnostische Schwelle und das ist der Punkt, den ich noch nicht verstanden habe.
G(12)	Also eine klare diagnostische Schwelle ist so eine Sache, ne. Ich meine, man kann natürlich sagen die Schwelle für die Diagnostizierung einer Depression ist vorgegeben durch das DSM beispielsweise oder das ICD-10. Kann man natürlich so argumentieren. Wird man aber in der klinischen Praxis sagen, ok, man diagnostiziert in der Regel ja nur dann eine Depression, wenn damit wirklich, also wenn die schwerwiegenderen

	<p>Kriterien erfüllt sind, sowas wie komplett eingeschränkter oder abgeflachter Affekt oder im schlimmsten Fall so etwas wie Suizidalität oder so etwas wie extreme kognitive Defizite, ja, Konzentrationsmangel, Aufmerksamkeitsdefizite oder psychovegetative Symptomatiken wie ausgeprägter Appetitverlust, Schlafstörungen und so weiter und so fort. Also das meinte ich vorhin mit so einer Mischung aus dem vorgegebenen Schwellenwert und dem Leidensdruck, den ein Patient mitbringt.</p>
I	<p>Das geht aber tatsächlich um die Diagnose einer Depression, einer manifesten Depression.</p>
G(13)	<p>Genau. Also wenn das wie gesagt so schwerwiegend wäre und wir eben eine Depression extra diagnostizieren würden, also zusätzlich diagnostizieren würden, dann müsste man natürlich gucken ob da eine Zusatzbehandlung vonnöten ist.</p>
I	<p>Jetzt interessiert mich natürlich was ist denn mit den Symptomen, die sich mit depressiven Symptomen decken, aber eben diese Schwelle zur Depression nicht überschreiten. Was passiert mit denen? Wie fließen die denn in die Bewertung einer Behandlungsbedürftigkeit ein in Zusammenhang mit einer Internetabhängigkeit?</p>
G(14)	<p>Na die fließt insofern ein, also wie gesagt, das ist ja relativ häufig der Fall, dass da sowas subklinisches im depressiven Spektrum beim Patienten zu verorten ist und das fließt insofern ein, dass wir bei den Patienten natürlich nochmal mehr darauf achten, dass wir möglichst schnell eine Steigerung des Aktivitätsniveaus beispielsweise durchführen, weil, das kennt man ja von so einer subklinischen Depression, dass es da eben durchaus hilft, wenn der ganze Organismus wieder ein bisschen in Schwung kommt, so profan und einfach sich das anhört. Aber das hat ja doch schon relativ viele Effekte und dass ist dann eben eine Richtlinie an der wir uns dann orientieren.</p>
I	<p>Ok, also wenn jetzt so fehlende Motivation oder Rückzugstendenzen da</p>

	sind oder das Aktivierungsniveau recht gering ist, dann würden Sie auf jeden Fall für eine Aktivierung als körperliches Äquivalent, sage ich mal, zum körperlichen Wohlbefinden plädieren. Gibt es andere Anzeichen depressiver Symptomatik, die es sehr zu beachten gibt, im Zusammenhang mit pathologischer Internetnutzung?
G(15)	Also noch weitere außer dem Aktivitätsniveau (...). Na ja, ich glaube so ein grundsätzlicher Verlust an Freude beispielsweise spielt auch immer eine Rolle. Wie weit dann eine Freudlosigkeit an schönen Dingen feststellbar ist spielt eine Rolle, dann der soziale Rückzug, aber den haben wir jetzt, glaube ich, aber auch schon genannt, spielt sicherlich auch eine Rolle und natürlich aber auch, was schon eine Rolle spielt meiner Meinung nach ist inwieweit der Affekt noch moduliert werden kann. Also beispielsweise auch über das Computerspielen beispielsweise. Da gibt es ja auch Patienten, die sagen: „Ne, das bringt mir auch nix mehr, wenn ich meiner Sucht nachgehe.“
I	Wie ist denn eigentlich der Hilfebedarf bei den Betroffenen Jugendlichen einzuschätzen? Was brauchen die denn, also wenn die internetabhängig sind und subklinische Depressionssymptomatik aufzeigen?
G(16)	Als allererstes brauchen die erst mal oder das brauchen wir natürlich auch, um mit denen arbeiten zu können, eine Therapiemotivation, eine gewisse, zumindest in Ansätzen ein Problembewusstsein und eben auch den Willen an ihrem Leben etwas zu ändern oder von mir aus auch die Konsequenzerwartung, dass durch eine Verhaltensveränderung sich die Lebensqualität wieder verbessert. Also das ist meiner Meinung nach erst mal ein ganz, ganz wichtiger Ausgangspunkt an dem man ansetzen muss. Wenn dieses Fundament gegeben ist, dann brauchen die Klienten natürlich erst einmal eine Perspektive. Es ist ganz häufig so, dass Patienten, ob jung oder alt, dass die das subjektive Gefühl haben, na ja, jenseits vom Internet habe ich da eigentlich nichts, was sich groß lohnt anzugehen. Sie haben auch so eine gewisse Wahrnehmungsverzerrung, dass die Welt außerhalb des Internets nur bestehend aus Pflichten und unangenehmen Aufgaben,

	<p>ne, wahrgenommen wird und Stressoren und gar nicht mehr so der Blick da ist dafür, dass es eben auch schöne Sache gibt außerhalb des Onlineuniversums. Und gerade bei Jugendlichen muss man da natürlich ansetzen und gucken, wo kann man möglicherweise verschüttet gegangene Alternativinteressen wieder aktivieren? Wie kann man den Jugendlichen schrittweise, also im Sinne von so einem Verhaltensshaping wieder dazu führen, dass der sich diesen Interessensfelder wieder zuwendet, dass der merkt, hoppla, da tut sich ja auch was in meinem Belohnungssystem, das macht ja auch Spaß. Und wie kann man da wieder, ich sage mal, ein Stück weit eine Erweiterung des Verhaltensspektrums initiieren? Dazu zählt natürlich auch Wiederaufnahme von sozialen Kontakten. Und das haben wir bei den Jugendlichen natürlich ganz häufig, gerade mit einer zusätzlichen depressiven Symptomatik, dass die sich schon vor einer Weile aus der Klasse, aus dem Freundeskreis zurück gezogen haben und dadurch natürlich auch ein ganz Punkt fehlt, um das Selbstwertempfinden zu stärken. Denn Stärkung des Selbstwert ist ja immer relativ eng verbunden mit sozialem Zuspruch und einer sozialen Rolle, die man einnehmen kann und wenn diese Möglichkeit nicht gegeben ist, kann sich der Selbstwert eben auch nicht wieder ausdifferenzieren.</p>
I	<p>Das ist natürlich auch eine spannende Frage. Sie hatten ja eingangs gesagt Therapiemotivation ist wichtig, Konsequenzerwartung, also das Empfinden ich kann noch etwas bewirken. Das kann ich mir jetzt vorstellen, kann ja je nach depressiver Symptomatik auch schwerer beeinträchtigt sein diese Wirkungserwartung. Wie verhält man sich denn da?</p>
G(17)	<p>Ja, na ja, wie bei der Therapie von Depressionen. Da geht man eben sehr kleinschrittig vor und guckt eben, dass man nicht die größeren Erfolge fokussiert oder Verhaltensänderungen in Angriff nimmt, sondern wirklich da auf ganz kleinschrittiger Ebene vorgeht, ja. Also die Betroffenen da nicht direkt in die Bredouille bringt sich auf Teufel komm raus ein neues Hobby zu überlegen, sondern erst mal dazu bringt vielleicht wieder einen Spaziergang anzufangen einmal die Woche, ja, und da eben die Umwelt bewusst</p>

	wahrzunehmen. Also so müsste man da vorgehen, dass man da wirklich nichts überstürzt, dann wirklich step-by-step die Sache in Angriff nimmt.
I	Wie gut nimmt den eigentlich die Gruppe dieser männlichen Jugendlichen mit, sag ich mal, dieser Doppeldiagnose überhaupt Hilfe an?
G(18)	Ja, doch durchaus schon. Also das geht alles nur ein bisschen langsamer als bei den anderen Klienten, aber so was das Annehmen von Hilfe anbetrifft, das ist, glaube ich, schon gegeben. Nur halt die eigenen, sage ich mal, motivationalen Ressourcen, um wirklich die Hilfe auch schnell umzusetzen, da muss man natürlich ein bisschen nachhelfen.
I	Und wie lang ist erfahrungsgemäß, Sie sagten ja schon da kann man was machen, man muss ein bisschen mehr in Richtung Motivation auch gehen, wie lang ist denn erfahrungsgemäß die Haltequote oder Verweildauer in Therapie oder Hilfe?
G(19)	Ja, das ist natürlich ein bisschen unterschiedlich, je nach Setting. Also bei uns ist es relativ strikt organisiert. Wir haben ein Therapieprogramm, das sich so über Pi mal Daumen 12 Wochen, ein ambulantes Therapieprogramm, erstreckt. Dann gibt es natürlich aber auch Kinder- und Jugendpsychiatrien mit einem stationären Angebot, bei denen das schon auch deutlich länger gehen kann mit der Therapie. Und ich glaube es hängt auch immer so ein bisschen von den psychosozialen Ressourcen ab, die der Klient mitbringt. Ne, also wenn der Patient noch so eine gewisse soziale Einbindung hat in ein soziales Netz, wenn der, sage ich mal, eine gewisse Therapiemotivation auch mitbringt von vorneherein, wenn der jetzt auch nicht aus allen leistungsrelevanten Bereichen rausgedropped ist, zum Beispiel Schule, wenn das Verhältnis zu den Eltern auch noch einigermaßen intakt ist, dann kann man das eben auch gut ambulant in Angriff nehmen. Wenn die Ausgangsbedingungen schlechter sind, dann muss man sich natürlich schon immer auch eine stationäre Behandlung überlegen.

I	Also bei schwerem Verlauf bedeutet das stationär müsste vorgezogen werden beziehungsweise vice versa. Jetzt hatten Sie gesagt, das ist jetzt so die Behandlungsdauer, die wir zum einen anbieten und die es wahrscheinlich dann auch braucht, um zu einem guten Ergebnis erst mal zu kommen, aber wie gut wird denn das tatsächlich angenommen? Letztendlich zwingen kann die ja keiner, ne.
G(20)	Mit dem Annehmen ist es natürlich, wie gesagt, so eine Sache. Also gerade bei unseren jugendlichen Patienten sehen wir es häufig so, dass die wenn die beim ersten Mal sich hier vorstellen bei uns in der Behandlung, dass eben ein gewisser Prozentsatz von denen, obwohl wir eine Problematik, eine behandlungsbedürftige Problematik diagnostizieren, erst mal aus dem therapeutischen Kontakt verschwindet mehr oder weniger. Also drop-outs kann man nicht so richtig sagen, weil drop-outs sagt man ja nur, wenn eine Therapie begonnen wurde, ne, aber die die Hilfe erst mal nicht annehmen. Und sehr viele von den Klienten tauchen dann ein bis zwei Jahre später wieder bei uns auf, dieses Mal aber eher aus eigenem Antrieb und bringen dann eine ganz andere Veränderungsmotivation mit. Also das ist so ein Fall, den wir nicht so selten haben, ne.
I	Jetzt kommen wir auch noch mal zu einer Frage der Diagnostik. Wie viel Zeit braucht es, und Sie hatten ja schon erwähnt, dass es eventuell ein bisschen länger dauern könnte, wie viel Zeit braucht es denn, um zu einer guten Einschätzung der Problematik zu kommen, also dass da neben Internetabhängigkeit subklinische Depression bei dem Jugendlichen vorliegt?
G(21)	Na ja, ich sag mal so, im regulären diagnostischen Erstgespräch à 50 Minuten, gerade bei Jugendlichen, kann man natürlich eine erste Einschätzung darüber treffen, inwieweit das Nutzungsverhalten schon behandlungsbedürftig ist, und man kann sicherlich auch eine gewisse Einschätzung darüber geben in der Regel, ob noch eine weitere psychische Problematik im Hintergrund mitschwingt oder nicht. Wenn man ein

	genaueres Bild haben will, braucht man natürlich schon zwei bis drei von diesen Sitzungen, um das dann einigermaßen klar zu fassen.
I	Haben Sie diese Sitzungen auch tatsächlich zur Verfügung, wenn man jetzt von der Motivation der Betroffenen ausgeht?
G(22)	Ja genau. Von der Motivation her ist es halt häufig so, dass es ja, dass wir nur eine Chance mehr oder weniger haben, ne. Also jetzt auch nicht in der überwiegenden Mehrheit der Fälle, es ist jetzt nicht so, dass sich die Jugendlichen komplett gegen alles sträuben, so auch nicht, ja. Aber in der Regel ist es schon sinnvoll die wichtigsten Dinge am Anfang komplett abzuklären und ja, dann eben zu gucken, ob ein weiterer Kontakt zustande kommt oder nicht.
I	Wenn Sie jetzt das tatsächlich feststellen, da ist möglicherweise noch eine subklinische Ausprägung von Depression neben der Internetabhängigkeit vorhanden, als wie gut oder wie sicher erweist sich diese Diagnose im weiteren Verlauf einer Behandlung?
G(23)	Wie sicher? Ja, also, wenn man jetzt sag ich mal diesen Anspruch hat wirklich nur auf die affektive Problematik und die Suchtproblematik zu gucken, dann hat man da schon eigentlich eine ganz gute diagnostische Akkuratessse.
I	Und da wir es ja auch nicht von einer Vollausrprägung der Depression haben sondern eben nur von vereinzelt Symptomen, wie gut lassen die sich denn wiederum von andere komorbiden Störungen abgrenzen, wenn noch eine Internetabhängigkeit vorliegt?
G(24)	Ja, das ist dann schon ein bisschen schwieriger. Also diese Trennschärfe, ich hab es ja vorher schon gesagt, wir haben ja sogar was jetzt die diagnostischen Kriterien für eine Internetsucht anbetrifft, haben wir ja ein paar, die auch bei der Depression vorkommen oder bei einer subklinischen Depression auch. Also beispielsweise dieser Interessenverlust oder auch der soziale Rückzug und Ähnliches haben wir ja auch bei der

	Schizophrenie, Ähnliches haben wir ja auch bei der Agoraphobie. Also von daher, da ist es natürlich so auf dieser Eben absolut trennscharf, das nicht, ja.
I	Das könnte jetzt natürlich die Diagnostik auch erschweren, vor allem wenn jetzt nicht so viele Termine zur Verfügung stehen.
G(25)	Das ist richtig. Wenn man nach bestimmten Fallstricken suchen will, dann kann man davon ausgehen, wobei man ja auch sagen muss, gilt ja in der klinischen Forschung, sowohl für psychische als auch somatische Leiden, Seltenes ist selten und Häufiges ist häufig, ja, und eine Depression ist nun mal häufiger als eine Schizophrenie. Von daher haben wir schon eine andere Basisrate.
I	Wie ist es denn eigentlich mit den Betroffenen selber, ob die jetzt von Eltern oder eigenmotiviert da bei Ihnen ankommen und zumindest eine Ahnung haben, ok, es könnte ein Problem mit der Internetnutzung vorhanden sein – sind die in der Lage auch Symptome einer Depressivität selbst festzustellen und auch zu schildern?
G(26)	Also zu schildern ja, festzustellen, glaube ich, hängt natürlich vom Einzelfall ab, fällt dann aber schon schwieriger.
I	Wenn die da was schildern, Beschwerden oder Symptome, was schildern die denn da?
G(27)	Ja, das ist eben meistens so dieses Rückziehen aus anderen Lebensbereichen, aber auch schon so etwas wie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen ja, oder morgendliches Früherwachen oder wirklich dann schon auch mal so etwas wie Konzentrationsdefizite wie so eine Schusseligkeit, die man eigentlich so von sich nicht kennt, also diese kognitiven Symptomatiken.
I	Aha, womit erklären sich denn die Jugendlichen dann sowas?

G(28)	Ich weiß gar nicht, ob die sich so groß darüber tiefergehende Gedanken machen. Die stellen dann in der Regel erst mal fest. Aber dass da dann große Spurensuche oder Ursachenforschung betrieben würde, ist häufig nicht so.
I	Also Sie sagen, die Jugendlichen sind selber schon für diese Symptome auch sensibel, können die aber vielleicht gar nicht zuordnen oder machen sich vielleicht auch erst mal noch gar nicht so viele Gedanken woher es kommt.
G(29)	Ja genau. Also gerade dieses Zuordnen und eine Systematik auch dahinter zu erkennen zwischen den Symptomen fällt glaube ich schwierig, gerade bei jüngeren Jugendlichen, ne. Es gibt natürlich immer mal wieder Ausnahmen. Also wir haben hin und wieder mal jugendliche Patienten, die ganz stark reflektiert sind, überreflektiert sind, zum Teil wo man auch schon wieder sagt, na vielleicht auch gar nicht so gut, ja. Aber in der Regel würde ich ersteres so vermuten.
I	Bei Jugendlichen, die weitere Symptome oder Beschwerden nicht bemerken oder nicht schildern, aber die Sie als Fachkraft bemerken im Erstgespräch oder im weiteren Verlauf, woran liegt denn das möglicherweise, dass die Betroffenen diese Symptomatik oder Beschwerden gar nicht wahrnehmen?
G(30)	Na ja, mit dem Wahrnehmen ist es so eine Sache. Ich glaube irgendwo nehmen sie es schon wahr. Nur man muss so ein bisschen gucken, dass man das in der Exploration auch ein Stück weit eruieren kann, ja, oder aus den Schilderungen des Betroffenen auch bestimmte Zusammenhänge darstellen kann und die auch dem Patienten dann eben zurück melden kann. Ich glaube das ist das Wichtige, ja. Ja, so würde ich das eben sagen.
I	Jetzt hatten Sie eingangs schon den Zugangsweg über Familie, Eltern geschildert, ich weiß jetzt grade nicht, was Sie da noch alles geschildert hatten. Spielen da auch weitere Dienste, Hilfsdienste, Beratungsstellen oder so eine Rolle?

G(31)	Ja, spielen schon eine gewisse Rolle. Also gerade so jetzt nehmen wir mal Jugendliche an, die gerade eine Ausbildung machen beispielsweise, die gerade auf der Berufsschule sind, da haben wir auch durchaus schon mal den Fall gehabt, auch gar nicht so selten, dass ein Ausbildungsleiter oder Ausbildungsbeauftragter oder ein Gesundheitsbeauftragter aus dem Betrieb Kontakt hergestellt hat oder den Betroffenen dahingehend motiviert hat, dass er sich bei uns meldet, also das zum Beispiel. Hin und wieder haben wir auch mal eben Kontakt, Vermittlung über das Jugendamt, ja. Das kommt schon auch manchmal vor oder über andere jugendspezifische Hilfseinrichtungen, also Jugendhilfeeinrichtungen beispielsweise.
I	Wenn wir jetzt einfach mal trennen zwischen den Profis und den Laien, Eltern, Familie beziehungsweise Hilfsdienste, wenn die weiter vermitteln, kommen da auch Äußerungen zutage, die darauf schließen lassen oder eine Vermutung zulassen, dass da außer der Internetabhängigkeit eine Problematik mit Depressivität vorliegen könnte bei diesen männlichen Jugendlichen?
G(32)	Also ja, gerade so aus Elternschilderungen kommt es natürlich schon auch, oder aus fremdanamnestischer Sicht kann man dann auch schon manchmal sagen: „Hoppla, das hört sich aber doch danach an, dass da auch eine Depression mit eine Rolle spielt.“ das schon, ohne das die Eltern klipp und klar sagen: „Mein Kind wirkt depressiv.“ Das nicht mal unbedingt, aber dass bestimmte Schilderungen darauf hindeuten dass da bestimmte depressive Komponenten eine Rolle spielen, das gibt es schon durchaus auch.
I	Sind denn diese depressiven Komponenten, die den Beteiligten gar nicht so bewusst sind, auch ein Anlass, um Hilfe zu suchen?
G(33)	Ja, durchaus auch. Also gerade so dieses Gefühl sich für nichts mehr richtig begeistern zu können, ja, eben keinen Spaß im Leben grundsätzlich mehr zu empfinden im Gegensatz zu vorher. Das spricht schon durchaus dann auch die Sprache dass man sich dann auch ein Stück weit Hilfe suchen möchte.

I	Also es ist eine bestimmte Symptomatik schon da, die durch Eltern erkannt wird, die sie wahrnehmen und schildern können. Aber die sehen vielleicht noch nicht den Zusammenhang mit Depressivität. Aber womit erklären sich die Eltern das beispielsweise, was sie da beobachten?
G(34)	Ja, also das ist natürlich auch immer ganz unterschiedlich. Das kann man gar nicht so pauschal sagen. Es gibt dann eben, auch je nach dem Werdegang, den die Familie erlebt hat, ne, also beispielsweise wenn sich die Eltern haben scheiden lassen oder getrennt haben, dass die Eltern sich grundsätzlich als Erklärungsmodell heranziehen, dass beispielsweise das zweite Elternteil fehlt, ja, oder dass es zu Schuldzuweisungen kommt und der alleinerziehende Vater jetzt beispielsweise sagt: „Na ja, in so einer komischen Stimmung ist der Junge nur, wenn nach dem Wochenende mit seiner Mutter zurück kommt.“ Das ist ganz unterschiedlich, was da als Erklärungsmodell herangezogen wird.
I	Ok, also es geht dann häufig um Erziehungsfragen, dass sich entweder die Eltern selber die Schuld zuweisen oder auf...
G(35)	...ja genau, das kommt auch vor, dass man sich selbst die Schuld gibt, ja, oder den äußeren Umständen die Schuld gibt oder aber auch natürlich alles, also auch die depressiven Symptome wirklich nur auf das Computerspiel- oder Internetnutzungsverhalten attribuiert werden, das natürlich auch.
I	Wie gelingt es Ihnen denn da einem Elternteil zu vermitteln, da gibt es noch eine andere Ursache dafür, für dieses Verhalten oder für das, was Sie da wahrnehmen?
G(36)	Ja, das ist tatsächlich gar nicht so schwer in der Regel. Also ich glaube was für Eltern schwieriger ist, ist wenn sie die Jugendlichen hierher gebracht haben und man gar nicht konkret sagen kann, was das Problem ist oder ob ein Problem überhaupt vorliegt. Das ist, glaube ich, für die Eltern schwieriger, wenn die aus dem Erstgespräch rausgehen und für sich

	wissen, ok, da liegt ein exzessives Nutzungsverhalten vor und zusätzlich scheint auch noch etwas depressives im Raum zu stehen, dann können die das für sich eigentlich immer ganz gut fassen.
I	Wenn Sie jetzt eine Zuweisung durch eine andere Hilfeeinrichtung bekommen und die sagen: „Mensch, wir haben hier einen jungen Mann oder einen männlichen Jugendlichen, Internetabhängigkeit oder exzessiver Konsum, möglicherweise noch sowas wie eine Depressivität.“ Inwiefern ist das für Ihre Arbeit von Bedeutung, dieser Hinweis?
G(37)	Naja, also wenn man vorab schon die Information hat, dass da ein gewisser Verdacht ist, dann kann man natürlich gezielter explorieren. Man kann erstens mal auf fremdanamnestischer Ebene schon mal direkt nachgucken, wenn man sieht, da ist irgend so ein Verdacht geäußert worden. Da kann man schon mal den Verdacht konkret über fremdanamnestische Fragen erhärten oder entkräften. Und natürlich ist es immer gut, je mehr Informationen man am Anfang von einem Klienten hat, desto besser, desto besser kann man die Exploration eben auch strukturieren.
I	Jetzt haben wir den Fall, dass Sie da eine aufmerksame zuweisende Stelle haben und andernfalls wenn Sie eine Zuweisung bekommen von einer Hilfeeinrichtung, die einfach nur sagt: „Ok, da ist ein Jugendlicher, spielt exzessiv oder extrem viel.“ Wie läuft es denn da ab? Welchen Einfluss hat das da auf Ihre Arbeit?
G(38)	Also wie meinen Sie jetzt genau?
I	Also das wir quasi das gleiche Szenario haben vom Betroffenen her, auch von der Hilfeeinrichtung, die zuweist, die aber eben nicht mitteilt, dass noch etwas anderes wahrgenommen worden ist außer dem Spielen, weil sie es nicht wahrgenommen haben.
G(39)	Ja, das habe ich grade überhört. Also wenn eben da von fremdanamnestischer Seite keine weiteren Infos da kommen. Ja, ich meine es beeinflusst uns in dem Sinne, als wir nicht mehr so zielgerichtet dann

	einfach explorieren können, sondern dass wir, wie man das im diagnostischen Prozess macht, relativ breit an die Sache rangehen und uns selbst erst mal unsere Arbeitshypothesen erstellen müssen und da dann weiterfragen müssen.
I	Jetzt hatten wir ja schon verschiedene zuweisende Stellen, inklusive Eltern, angesprochen. Sie hatten ja schon gesagt, Eltern haben ja schon ein bisschen ein Gespür dafür, die schildern solche Probleme auch. Gibt es noch jemanden, der da eventuell ein gutes Gespür hat für weitere Störungssymptome, die neben den Symptomen der pathologischen Internetnutzung vorliegen?
G(40)	Ja, naja, ein Gespür ist halt so eine Sache. Also ich glaube gerade im Kindes- und Jugendbereich nehmen die meisten Akteure, dann oder denken gar nicht so unbedingt in konkreten Störungsbildern, sondern gehen erst mal davon aus es stimmt etwas oder es stimmt etwas nicht. Da liegt ein Problem vor, insgesamt betrachtet, was das Verhalten des Jugendlichen anbetrifft oder nicht. Und klar, im kinder- und jugendtherapeutischen Bereich ist es ja wirklich dann ganz häufig so, dass man auch zu Recht sicherlich ganz vorsichtig ist mit Diagnosestellungen. Das hat natürlich aber auch ein bisschen den Nachteil, wenn man sich so vor Diagnosestellungen zurückscheut, dass man natürlich sehr undifferenziert zum Teil an die Sache rangeht. Und das macht ja einen Unterschied jetzt, ob man einen Jugendlichen behandelt, der eine Depression mitbringt oder eine Angststörung mitbringt. Na klar ist ohne Frage, dass beide Jugendliche ein Problem haben, aber die Angststörung wird nicht durch klassische Therapietechniken, die auf Depression ausgerichtet sind, profitieren und umgekehrt auch nicht, ne.
I	Jetzt mal gesetzt den Fall, jetzt haben wir diesen männlichen Jugendlichen und Sie stellen pathologische Internetnutzung bei dem fest und eventuell eine subklinische Depressivität, inwiefern können sich da die Jugendlichen auf eine Behandlung einlassen oder inwiefern sehen die da dann selber für

	sich einen Behandlungsbedarf in dem Bereich auch?
G(41)	Ja, also das hängt auch ein bisschen davon ab wie stark die daraus erwachsenden Einschränkungen an der Lebensteilhabe sind, ja, oder Lebensteilnahme. Wenn die irgendwie und das ist ja immer so ein bisschen der Trick beim Motivationsaufbau, wenn man da bestimmte Verbindungen herstellen kann zur Lebenswelt des Jugendlichen, dann wird auch schnell der Sinn darin begriffen, dass eine Therapie weiterhilft und auch nützlich ist, ja. Wenn das nicht gelingt so eine Verknüpfung herzustellen, dann ist das natürlich wieder eine andere Sache.
I	Ist es denn, gibt es da einen Unterschied bei den Jugendlichen, was den Umgang mit diesen Diagnosen betrifft, also dass sie sagen, das eine ist schlimmer als das andere oder das kann ich akzeptieren, das andere nicht?
G(42)	Hmm, überlege ich gerade. Ich würde sagen, das macht, also wie gesagt, ich glaube das macht nicht so den Unterschied, ja, das da so eine interne Hierarchie auf Grundlage von einem Störungsbild gebildet wird, das glaube ich eher nicht. Ich glaube das schätzt der Jugendliche schon wirklich eher so ein, inwieweit behindert mich das eine mehr als das andere in meiner Zielerreichung beispielsweise.
I	Ok, denen geht es quasi eher um die lebenspraktische Bedeutung.
G(43)	Ja, im Grund schon. Würde ich schon so sehen.
I	Damit so eine subklinische Depressivität überhaupt erkannt werden kann, was denken Sie, was für Faktoren sind da notwendig?
G(44)	Naja, ich glaube notwendig ist schon mal wirklich für sich aus als internes Arbeitsmodell auch zu haben, dass man nicht gleich von einer Depression als Primärerkrankung sprechen muss, wenn bestimmte depressive Symptome (...), sondern dass man eben differenziert in so klinische depressive Verstimmung und eben vollbildklinische. So dass man sagen kann, das eine kann mit dem exzessiven Computerspielverhalten

	zusammenhängen und beides kann sozusagen unabhängig voneinander existieren. Ich glaube das ist auf jeden Fall ein ganz wichtiger Punkt.
I	Darüber hinaus gibt es noch weitere wichtige Voraussetzungen, damit das überhaupt festgestellt werden kann?
G(45)	Ja, ich mein, ein bisschen Hintergrundwissen braucht man natürlich auch, ja also dass man zuordnen kann, wann fällt etwas in den depressiven Formenkreis und wann nicht, ja. Und natürlich eben auch, dass man klinisches Wissen eben auch mitbringt, das nicht für eine depressive Verstimmung und schon gar nicht für eine Depression spricht, wenn ein Jugendlicher schildert, dass er reaktiv mal eine Woche traurig war, ja, sondern dass das so ein unangepasstes Verhalten oder Emotionsregulation natürlich über einen längeren Zeitraum bestand haben muss. Um Fachwissen kommt man natürlich auch nicht drum herum und natürlich, ja, grundsätzlich Gesprächsführungsfähigkeiten als verbale Grundvoraussetzungen. Da gibt es in dem Bereich, über den wir uns jetzt unterhalten, kaum einen Jugendlichen, der aus einem eigenen Antrieb aus so einer extrovertierten Laune heraus alle wichtigen Informationen auf die Nase bindet, sondern da muss man schon wirklich eher explorieren, ne, und eben auch geschickt dabei vorgehen.
I	Damit haben Sie jetzt auch schon einen Faktor genannt, der möglicherweise eine Diagnose oder das überhaupt erschwert das zu erkennen, nämlich dass Jugendliche vielleicht nicht einfach von sich aus erzählen was sie wahrnehmen oder erleben. Gibt es noch andere Ursachen, die so eine Diagnose erschweren könnten? Vorhin hatten Sie ja auch gesagt, na ja, so ein paar Symptomähnlichkeiten zwischen Depressivität und Schizophrenie beispielsweise.
G(46)	Genau, das haben wir gesagt. Also einmal, dass es eine Vermischung von Symptomen, also von unterschiedlichen Kategorien eigentlich kommen kann oder Störungsbildern, das erschwert es natürlich. Was man natürlich auch immer ein bisschen gucken muss ob das eine das andere bedingt.

	<p>Also beispielsweise liegt eigentlich eine Depression vor, die aber nur dadurch in ihrer Ausprägung abgemildert ist, weil der Jugendliche eine Selbstmedikation über das Computerspielverhalten betreibt, ne. Man läuft natürlich Gefahr, dass wenn man, ich sage mal mit dem Jugendlichen über den therapeutischen Prozess soweit kommt, dass er vom Computerspielen Abstand nimmt, läuft man natürlich Gefahr, dass die depressive Symptomatik dann sozusagen explodiert oder überhandnimmt, ne. Also da muss man natürlich auch immer ein bisschen auf hab Acht Stellung sein. Und was die Sache natürlich auch manchmal erschwert, also nicht nur dass die Jugendlichen von sich aus vielleicht gar nicht das Thema von ansprechen sondern natürlich auch, dass sie dissimulieren, dass sie einen konkret über bestehende Symptome, die sie auch festgestellt haben, hinwegtäuschen. Das kann natürlich auch immer vorkommen.</p>
I	<p>Aus welchem Grund machen die das denn?</p>
G(47)	<p>Das ist glaube ich auch immer sehr unterschiedlich. Ne, also viele Jugendliche haben natürlich auch das Bestreben, dass sie nicht als krank oder im schlimmsten Fall dann abnormal gelabelt werden wollen. Sie wollen sich dann als gesund darstellen als ganz normalen Jugendlichen unter vielen.</p>
I	<p>Jetzt hatten wir gesagt es gibt krankheitsbezogene Faktoren beziehungsweise symptombezogene Faktoren, die eine Erkennung erschweren, dann Faktoren, was die Betroffenen selber betrifft, also das sie es selber nicht formulieren können oder nicht wollen, also quasi hinterm Berg halten mit der Sache aus verschiedenen Gründen, dann wenn Fachwissen fehlt. Ganz zu Beginn hatten wir ja auch gesagt, wenn nicht ausreichend Zeit zur Diagnostik zur Verfügung steht, wenn eben recht schnell abgebrochen wird. Gibt es darüber hinaus noch irgendwelche Faktoren, die das möglicherweise erschweren die Erkennung?</p>
G(48)	<p>Ja, also ich glaube das war es schon, die wichtigsten Punkte, also. Beziehungsweise, wenn man jetzt noch viel nachdenkt, kann man bestimmt</p>

	noch weitere finden. Aber ich glaube das sind die, die am meisten davon relevant sind.
I	Ihrer Einschätzung nach oder Ihrer Erfahrung nach, welche Auswirkungen hat denn eine subklinische Depression auf die Internetabhängigkeit bei männlichen Jugendlichen?
G(49)	Welche Effekte oder was damit einhergeht? Na ja, also aus therapeutischer Sicht, wie vorhin schon gesagt, die Tatsache, dass man so ein bisschen mehr Arbeit reinstecken muss wenn so was depressives mit vorhanden ist und natürlich auch immer, ich meine auch wenn es subklinisch ist, die Gefahr von einer, ich sage mal plötzlich auftretenden Suizidalität beispielsweise, darf man natürlich auch nicht ganz verleugnen, ne, und nicht von der Hand weisen. Von daher wären das so Punkte, die mir jetzt einfallen würden.
I	Was müsste denn aus Ihrer Erfahrung heraus möglicherweise noch verbessert insgesamt im Hilfesystem? Sie sprechen ja jetzt primär aus Ihrer Erfahrung heraus als Therapeut. Aber es gibt ja da noch, es gibt ja noch Schulsozialarbeit, es gibt ja noch die Suchtberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, die mit Sicherheit in irgendeiner Form mit diesem Thema in Kontakt kommen. Was müsste da denn passieren?
G(50)	Was müsste also das gesamte Hilfesystem tun, um sich zu verbessern. Grundsätzlich muss man sagen, so schlecht finde ich es jetzt gar nicht, das System, wie es aktuell besteht. Sie haben ja jetzt schon auch eine weite Bandbreite an Anlaufstellen für Betroffene genannt. Das reicht von der Erziehungsberatungsstelle bis hin zur psychosozialen Beratungsstelle, bis hin zur Kinder- und Jugendspezialambulanz oder eben stationären Behandlungen. Das finde ich schon mal ganz super eigentlich. Wo man natürlich immer noch nachbessern kann, ist zu gucken wie kann man beispielsweise im Bereich der Schule, also der Regelschulversorgung, kann man da vielleicht Lehrer auch noch ein bisschen mehr oder Schulpsychologen ein bisschen mehr sensibilisieren für neue

	Störungsbilder, vielleicht auch für atypische Verläufe von Erkrankungen im Jugendalter. Also ich glaube da kann dann noch ein bisschen was machen.
I	Gibt es noch irgendetwas, was die Forschung dazu beitragen könnte, um das Hilfesystem in der Weiterentwicklung zu unterstützen, was jetzt Internetabhängigkeit und Komorbidität betrifft?
G(51)	Also die Forschung. Ja klar. Was immer noch wichtig ist in der Forschung, ist bestimmte Risikofaktoren zu identifizieren oder Verlaufsfaktoren, also beispielsweise: Wann verliert ein intensiver Internetnutzer die Kontrolle über das Verhalten und wann ist so dieser turning-point wo das intensive in etwas exzessives oder suchartiges abgleitet, ja. Welche Frühwarnzeichen gibt es dafür. Also ich glaube da gibt es schon eine Reihe von Möglichkeiten, wo die Forschung noch gefordert ist.
I	Und was würde Ihnen da am Herzen liegen?
G(52)	Wie meinen Sie, also direkt an neuer Forschung?
I	Wenn Sie jetzt sagen, ich könnte jetzt entscheiden, was da noch erforscht werden muss, was mich bei meiner Arbeit unterstützen würde.
G(53)	Wenn ich mir das aussuchen könnte, was wir auf jeden Fall brauchen, sind halt Längsschnittstudien. Das man halt guckt bei welchen Jugendlichen ist das so eine exzessive, vielleicht auch von mir aus eine problematische Nutzung, wo eine kurzfristige Erscheinung, bei welchen ist es eine kurzfristige Erscheinung, die aber zum späteren Zeitpunkt erneut auftritt und dann aber ein richtiges Problem darstellt und bei welchen Jugendlichen ist es von vornherein ein Problem. Ich glaube da sind noch die meisten Fragezeichen zu verorten.
I	Ich muss mal schauen. Ich bin schon fast durch. Sie waren so präzise in Ihren Antworten, dass wir da gar nicht lang „rumeiern“ mussten. Das ist ja schön. Ich bin durch. Herr Müller, dann möchte ich Ihnen noch mal vielmals danken, dass Sie sich die Zeit für das Gespräch genommen haben.

