

Aus der

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit  
Poliklinik

Sektion für Suchtmedizin und Suchtforschung

**Auswirkungen des ISES! Gruppentrainings für Eltern von  
Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Probleme  
bei der Internetnutzung haben, auf die durch die Eltern  
erlebte Internetnutzungsstörungssymptomatik ihrer  
Kinder, die Eltern-Kind-Beziehung und psychische  
Belastung von Eltern: eine randomisiert-kontrollierte  
Evaluationsstudie**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Lahres, Patrizia**

**2025**

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. A. Batra

2. Berichterstatter: Professorin Dr. A. Conzelmann

Tag der Disputation: 16.09.2024

Herbert Weik gewidmet

## **Inhaltsverzeichnis**

Tabellenverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	3
1 Einleitung	5
1.1 Einführung in die Arbeit	5
1.2 Stand der Forschung	8
1.2.1 Entwicklung eines Elterntrainings in Tübingen	8
1.2.2 Formale und inhaltliche Konzeption des Elterntrainings	9
1.2.3 Der Zusammenhang des ISES! Gruppentrainings mit der elterlichen Belastung	11
1.2.4 Der Zusammenhang des ISES! Gruppentrainings mit der Eltern-Kind-Beziehung	12
1.2.5 Der Zusammenhang des ISES! Gruppentrainings mit der problematischen Internetnutzung des Kindes	13
1.3 Fragestellung	15
2 Material und Methoden	15
2.1 Messinstrumente	15
2.1.1 Sozialdaten	15
2.1.2 Items zu Problemverhalten, Behandlungsbereitschaft, Konflikten und der elterlichen Belastung	16
2.1.3 Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS 21)	17
2.1.4 Eltern-Kind-Inventar (EKI)	18
2.1.5 Elternbildfragebogen Elternversion (EBF-E)	18
2.1.6 Compulsive Internet Use Scale Parent Version (CIUS-P)	19
2.1.7 Computerspielabhängigkeitsskala Elternversion (CSAS-FE)	20
2.2 Studiendesign	20
2.2.1 Zielgruppe & Ein- und Ausschlusskriterien	20
2.3 Durchführung	21
2.4 Auswertung	23
2.4.1 Statistik und Datenverarbeitung	23

2.4.2	Datenaufbereitung	23
2.4.3	Testgütebestimmung der nicht validierten Fragebögen	24
2.4.4	Hypothesentestung	24
2.4.5	Deskriptive Auswertung	25
2.5	Stichprobe	25
3	Ergebnisse	29
3.1	Hauptergebnisse	29
3.1.1	Elterliche Belastung	29
3.1.2	Eltern-Kind-Beziehung	34
3.1.3	Internetnutzungsstörung	43
3.2	Nebenbefunde	46
3.2.1	Zentrumseffekte	46
3.2.2	Behandlungsbereitschaft	47
4	Diskussion	48
4.1	Elterliche Belastung	48
4.2	Eltern-Kind-Beziehung	51
4.3	Internetnutzungsstörung	53
4.4	Zentrumseffekte	55
4.5	Behandlungsbereitschaft	57
4.6	Stärken und Limitationen	58
4.7	Perspektiven	60
5	Zusammenfassung	63
7	Erklärung zum Eigenanteil	75
8	Veröffentlichungen	76
	Danksagung	76
	Anhang	77

## **Tabellenverzeichnis**

<i>Tabelle 1: Übersicht über die Begrifflichkeiten</i> .....	5
<i>Tabelle 2: Inhalte des aktuellen Trainings nach Brandhorst, Lahres et al. (42)</i> 10	
<i>Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe (42)</i> .....	27
<i>Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Kinder und Jugendlichen und Angaben zur Mediennutzung (42)</i> .....	27
<i>Tabelle 5: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Belastung der Eltern vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)</i> .....	30
<i>Tabelle 6: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Antworten der Eltern bei der Frage „Wie häufig sind Sie genervt von der Internetnutzung Ihres Kindes?“ (1=nie / 5=sehr häufig), vor und nach dem ISES! Gruppentraining</i> .....	33
<i>Tabelle 7: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Mittelwerte des Eltern-Kind-Inventar vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)</i> .....	35
<i>Tabelle 8: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Mittelwerte des Elternbildfragebogens in der Elternversion vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)</i> .....	37
<i>Tabelle 9: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Symptomatik der Jugendlichen (Elternsicht) vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)</i> .....	44
<i>Tabelle 10: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Behandlungsbereitschaft der Jugendlichen (Elternsicht) vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)</i> .....	48

## **Abbildungsverzeichnis**

<i>Abbildung 1: Studiendesign</i> .....	22
<i>Abbildung 2: Rekrutierung und Randomisierung der Trainingsteilnehmerinnen und -teilnehmer im Flussdiagramm über den Zeitraum der Studiendauer</i> .....	26
<i>Abbildung 3: Mittlere DASS 21 Gesamtwerte (Depressions-Angst-Stress-Skalen) und die Mittelwerte der Subskala Depression für die Subgruppe der Väter zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2</i> .....	31

<i>Abbildung 4: Mittlere Stresswerte in der DASS 21 (Depressions- Angst - Stressskalen) der Eltern von unauffälligen (&lt;2 Kriterien nach DSM-5 erfüllt), gefährdeten (2-4 Kriterien nach DSM-5 erfüllt) und pathologischen (&gt;4 Kriterien nach DSM-5 erfüllt) Nutzerinnen und Nutzern von Computerspielen in der Einteilung nach Angaben in der CSAS-FE .....</i>	<i>32</i>
<i>Abbildung 5: Mittelwerte der Antworten der Eltern auf die Frage „Wie häufig sind Sie genervt von der Internetnutzung Ihres Kindes?“ (1=nie / 5=sehr häufig), zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2 .....</i>	<i>34</i>
<i>Abbildung 6: Durch die Mütter angegebene Mittelwerte in der Skala kindliche Echtheit des EKI (Eltern-Kind-Inventar) zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2 .....</i>	<i>36</i>
<i>Abbildung 7: Mittelwerte in der Subskala Emotionale Vereinnahmung des EBF-FE (Elternbildfragebogen – Elternversion) für die Untergruppen der Mütter und beide Elternteile zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2.....</i>	<i>41</i>
<i>Abbildung 8: Mittelwerte der Antworten der Eltern auf die Frage „Wie häufig gibt es über die Mediennutzung Streit in der Familie?“ (1=Weniger als wöchentlich / 5=Mehrmals täglich) zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2 .....</i>	<i>42</i>
<i>Abbildung 9: Mittlere CIUS-P Gesamtwerte (Compulsive Internet Use Scale - Elternversion) zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2 .....</i>	<i>45</i>
<i>Abbildung 10: Mittelwerte der CSAS-FE (Computer Game Addiction Scale – Elternversion) von Eltern gefährdeter Computerspiel-Nutzerinnen und Nutzern (2-4 Kriterien in der DSM-5 erfüllt) zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2...</i>	<i>45</i>

## **Abkürzungsverzeichnis**

ADHS:	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
CIUS-P:	Compulsive Internet Use Scale Parent Version
CRAFT:	Community Reinforcement and Family Training
CSAS-FE:	Computerspielabhängigkeitsskala Elternversion
CSS:	Computerspielstörung
DASS 21:	Depressions-Angst-Stress-Skalen

DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EBF-E:	Elternbildfragebogen Elternversion
EKI:	Eltern-Kind-Inventar
ICD-11:	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IGD:	Internet Gaming Disorder
ISESI:	Internetbezogene Störungen: Eltern stärken!
SNS:	Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung

# 1 Einleitung

## 1.1 Einführung in die Arbeit

Die abhängige Nutzung des Internets stellt zunehmend ein Problem unter Kindern und Jugendlichen dar (1) und begründet damit die Wichtigkeit der Forschung auf Interventionsebene (2, 3).

Die Internetnutzungsstörungen als Überbegriff (4) lassen sich in die Teilbereiche Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, Shoppingstörung, Pornografie-Nutzungsstörung und Computerspielstörung (4) untergliedern, von denen in der vorliegenden Arbeit nur die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung und die Computerspielstörung betrachtet werden sollen, welche am häufigsten als besorgniserregend für Kinder und Jugendliche aufgeführt werden (5).

In vor allem älterer Forschungsliteratur wurden Süchte im Zusammenhang mit dem Internet mit diversen Synonymen benannt (vgl. Tabelle 1).

In der vorliegenden Arbeit sollen hauptsächlich die im Deutschen vereinheitlichten Begriffe (4) Verwendung finden, allerdings werden im Folgenden im Kontext spezifischer Studien teilweise die dort verwendeten Begriffe gebraucht und entsprechend markiert, sollte dies der Deutlichkeit dienlich sein.

In der nachfolgenden Tabelle 1 ist ein Überblick über die Bezeichnungen zusammengestellt.

*Tabelle 1: Übersicht über die Begrifflichkeiten*

Neue vereinheitlichte und operationalisierte Begrifflichkeiten nach Rumpf et al. (4)	Auswahl häufig verwendeter Begriffe
Internetnutzungsstörung	Internet addiction (6) Compulsive internet use (7) Problematic internet use (8) Pathological internet use (9) Internetbezogene Störungen (10)

	Pathologischer Internetgebrauch (11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computerspielstörung Gaming Disorder (ICD-11)</li> <li>• Internet Gaming Disorder (DSM-5)</li> </ul>	Problematic gaming (12) Computer game addiction (13) Problematic internet gaming (14) Online game addiction (15) Internet game addiction (16) Computerspielabhängigkeit (17) Exzessive Computernutzung (18)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung</li> </ul>	Problematic social media use (19) Social media disorder (20) Social media addiction (21) Addictive use of social media (22)

Anmerkungen: ICD-11: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

Vor der Covid-19-Pandemie lag laut einer Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2015 von Wartberg et al. die Prävalenz der Internetnutzungsstörung unter deutschen Jugendlichen zwischen vier und sechs Prozent (11). Die 12-Monatsprävalenz einer Computerspielstörung im deutschen Raum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen betrug zwischen 1.2% (23) und 5.7% (24). Die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung unter deutschen Jugendlichen vor der Covid-19-Pandemie wird von Wartberg et al. auf 2.6% (19) und von Paschke et al. auf 3.2% (20) geschätzt.

Durch die steigende Relevanz der Computerspielstörung (Gaming Disorder) für die Gesellschaft wird die Aufnahme selbiger in die ICD-11 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) von vielen Forscherinnen und Forschern begrüßt (25). Dort wird diese Verhaltenssucht laut der WHO anhand folgender Kriterien diagnostiziert:

1. Kontrollverlust bezogen auf zum Beispiel Anfang, Häufigkeit, Dauer oder Beendigung.
2. Zunehmender Vorrang des Spielens vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten.

### 3. Fortführen des Verhaltens trotz seiner negativen Folgen (26).

Gleichzeitig sollte ein Leidensdruck oder Auswirkungen auf familiäre, schulische oder weitere Lebensbereiche vorliegen. Bei fortwährendem Spielverhaltens über 12 Monate ist es möglich, die Diagnose zu vergeben. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, bei weniger als 12 Monaten die Diagnose zu stellen, sollte sich die Symptomatik sehr stark ausgeprägt darstellen. Eine andere Erklärung als Ursache des gezeigten Verhaltens (psychische Störung, Substanz oder Medikamentenwirkung) sollte ausgeschlossen sein (26).

Im Gegensatz zur ICD-11, in der sich sowohl Online- als Offlinespielen wiederfindet, beziehen sich die bereits im Jahre 2013 veröffentlichten Diagnosekriterien des DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) auf die Internet Gaming Disorder, wobei diese das Spielen auf jedem beliebigen elektronischen Gerät einschließen und nicht ausschließlich auf Internetspiele reduzieren. Zusätzlich zu den in der ICD-11 genannten Kriterien werden hier auch Entzugssymptome, Toleranzentwicklung, Gefährdung des Arbeitsplatzes oder der Beziehung, Kompensieren negativer Emotionen und Täuschung von Familienmitgliedern und anderen Personen bezüglich der in das Spielen investierten Zeit aufgeführt. Mindestens fünf dieser Merkmale sollten innerhalb eines Jahres auftreten, um die entsprechende Diagnose stellen zu können (27).

Für die Internetnutzungsstörung an sich oder die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung gibt es hingegen bislang keine eigenen diagnostischen Kriterien in der ICD-11 oder dem DSM-5.

Vor allem die ICD-11 erwähnt einen Leidensdruck der Erkrankten. Im Falle von betroffenen Jugendlichen wirkt sich diese psychische Belastung stärker auf die Angehörigen als auf die Jugendlichen selbst aus (28). Das soziale Umfeld wie zum Beispiel die Eltern fühlen sich erschöpft, schuldig und überlastet (29), während ihre Kinder oft zur Bagatellisierung neigen (30) oder das Problem verleugnen (31). So werden die Jugendlichen von den Eltern zu den entsprechenden Anlaufstellen gebracht und zur Behandlung gedrängt (28). In einem Zeitraum von 18 Monaten erschienen in 13 Fällen (von 70 Erstkontakten)

die Angehörigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen sogar ohne die Erkrankten selbst (32). Die geringe Behandlungsbereitschaft der unter einer Internetnutzungsstörung leidenden Kinder und Jugendlichen führt zu einer Notwendigkeit der Einbeziehung der Eltern in die Diagnostik (33). Die Eltern sind allerdings nicht nur Leidtragende. Dem elterlichen Suchtverhalten (34, 35), der seelischen Gesundheit der Eltern (36) und dem allgemeinen Familienklima beziehungsweise der familiären Beziehung (29, 37, 38) werden eine Rolle im pathologischen Verhalten ihrer Kinder zugeschrieben.

Aus diesen Gründen erwächst ein Bedarf, den Eltern vor allem bei Kindern, die negativ einer Behandlung gegenüber eingestellt sind, eine Anlaufstelle zu bieten, um sie in die Therapie zu involvieren (29, 34, 35, 36, 38) oder mit einem Training zu adressieren (39). In beiden Fällen sollen die belasteten Familien Unterstützung erfahren (29).

Einem Review von Zajac et al. und einer aktuellen Metaanalyse von Zhang et al. zufolge, beschäftigen sich nur wenige Studien mit der Evaluation von Therapien, die auch Eltern in größerem Umfang einbeziehen (40, 41). Die Wirksamkeit eines reinen Elterntrainings (Training für Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen unter Abwesenheit der Kinder und Jugendlichen selbst) wurde bislang noch nicht in Bezug auf Elternfaktoren (wie familiäre Kommunikation, Eltern-Kind-Beziehung oder elterliche Belastung) untersucht. Die Evaluation eines solchen Trainings soll Gegenstand der vorliegenden Studie sein, um diese Lücke zu schließen (42).

## **1.2 Stand der Forschung**

### ***1.2.1 Entwicklung eines Elterntrainings in Tübingen***

Im Jahre 2008 wurde in Tübingen in Kooperation von Dr. Gottfried Barth (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Dr. Peter Peukert und Prof. Dr. Anil Batra (Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung, Erwachsenenpsychiatrie) ein Therapieangebot für „Internet- oder Computerspielabhängige“ Menschen erstellt (32).

Auf Grund eines sich deutlich zeigenden Bedarfs an einem Behandlungsangebot für Angehörige von Betroffenen mit einer Problematik im Bereich der Internetnutzung oder des Computerspielens wurde bald darauf ein Trainingskonzept entwickelt (32). Dieses schöpfte aus dem von Meyers et al. im Gebiet der stoffgebundenen Abhängigkeit vorgestellten Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) (43). El Kasmi et al. beschrieben, dass im Zuge des Trainings aus klinischer Empirie eine spürbare Reduktion der Belastung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erkennbar werde. Eine wissenschaftliche Evaluation stünde allerdings noch aus (32).

2018 erfolgten die Überarbeitung des Trainingskonzeptes durch Dr. Gottfried Barth, Prof. Dr. Anil Batra, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Isabel Brandhorst, Dipl.-Psych. Sarah Hanke und Dr. phil. Dipl.-Psych. Kay Uwe Petersen und eine Pilotstudie unter der Leitung von Frau Brandhorst (44). In der Pilotstudie wurde das ISES! Gruppentraining (Internetbezogene Störungen: Eltern stärken!) von einer kleinen Elterngruppe (N=42) aus Tübingen als hilfreich für die persönliche Situation bewertet. Den Elternangaben nach konnte die Lebensqualität der Jugendlichen verbessert und die Suchtsymptomatik vermindert werden. Durch Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten einzelne Anwendungen präziser angepasst werden (44).

### **1.2.2 Formale und inhaltliche Konzeption des Elterstrainings**

Für eine Trainingsgruppe sind mindestens vier und höchstens 14 Personen vorgesehen (vier bis sieben Familien mit einem oder beiden Elternteilen). In einem Zeitraum von acht Wochen sind sechs Einheiten á 90 Minuten geplant. Die ersten vier Einheiten finden wöchentlich statt, die letzten zwei Termine in einem Abstand von zwei Wochen (42).

Das Training besteht konzeptionell aus einer Gesprächsrunde zum Austausch mit anschließendem Theorieteil. Methodisch beinhaltet das Konzept sowohl frontale als auch interaktive Vorträge und durch Arbeitsaufträge gesteuerte autodidaktische Phasen mit anschließender Plenumsdiskussion (42). An jedem Termin werden die Eltern mit einer Übung zur häuslichen Anwendung sowie einem Handout mit weiterführenden Informationen entlassen (42).

Eine Publikation des Manuals zum ISES! Gruppentraining befindet sich in Vorbereitung. Die thematischen Inhalte sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

*Tabelle 2: Inhalte des aktuellen Trainings nach Brandhorst, Lahres et al. (42)*

---

### **1. Termin**

- Ausführliche Vorstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Informationen über Suchtkriterien, typische Nutzungszeiten, Teufelskreismodell, Einflussfaktoren und häufige Komorbiditäten
- Übung für zu Hause: Ziele für das Training formulieren

### **2. Termin**

- Informationen über positive, negative, kurz- und langfristige Konsequenzen des Verhaltens des Kindes
- Erarbeitung von Ideen, um Einfluss zu nehmen (z. B. Vorbildfunktion bzgl. eigener Freizeitgestaltung und nicht-medialer Emotionsregulation, co-abhängiges Verhalten reduzieren)
- Wertschätzung von Kompetenzen des Kindes im Internet
- Informationen über Berufswunsch „Profi-Gamer“ oder „Influencer“
- Übung für zu Hause: 1: Empfehlungen für Konsequenzen im Handout bearbeiten (z. B. Einsatz zeitnaher, natürlicher, positiver, vorhersehbarer und verlässlicher Konsequenzen)
- Übung für zu Hause 2 (bis Termin 4): Lieblingsanwendung des eigenen Kindes wertschätzend im Dialog mit dem Kind kennenlernen

### **3. Termin**

- Gezielter Einsatz von positiven oder negativen Konsequenzen (praktische Umsetzung der erarbeiteten Theorie)
- Konflikte reduzieren durch Kennenlernen der verschiedenen Seiten einer Botschaft (Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun)

### **4. Termin**

- Bedürfnisse formulieren und Gefühle ausdrücken (Methode der gewaltfreien Kommunikation)
- Nonverbale Kommunikation hinterfragen (sicheres statt aggressives oder unsicheres Auftreten)
- Übung für zuhause: Gewaltfreie Kommunikation ausprobieren

### **5. Termin**

- Erarbeiten einer typischen Eskalationsspirale und Ausstiegsmöglichkeiten unter Einsatz der bisher gelernten Strategien (z.B. Kommunikation, Konsequenzen)
- Umgang mit aggressivem Verhalten und suizidalen Äußerungen
- Übung für zu Hause: Handout zu Stress und Entlastung für Eltern bearbeiten (z. B. akuter und chronischer Stress, Ideen für Stressreduktion, Anleitung zur Atemübung, Relevanz der Vorbildfunktion für die Stressregulation der Kinder)

### **6. Termin**

---

- Eltern-Kind-Beziehung stärken durch gemeinsame positive Zeit
- Ausdruck von Wertschätzung und positiver Zuneigung fördern
- Alternative Freizeitgestaltung beim Kind fördern
- Vorbildfunktion bzgl. vielfältiger und aktiver Freizeitgestaltung durch die Eltern

### **1.2.3 Der Zusammenhang des ISES! Gruppentrainings mit der elterlichen Belastung**

#### 1.2.3.1 Forschungsstand

Eltern, deren Kinder Anzeichen von abhängiger Internetnutzung zeigen, äußern sich bedrückt über den verminderten Zugang zu ihren Kindern, deren geringere Teilhabe am Familienleben und zeigen sich besorgt über die Zukunft ihrer Kinder (18). Angehörige betroffener Kinder leiden oftmals unter körperlichen und psychischen Problemen wie etwa Schlafstörungen. Sie erleben sich hilflos und ungenügend über die Erkrankung informiert (32). Viele beschreiben alle ihre bisherigen Bemühungen als frustriert (29).

Die Symptome einer kindlichen Internetnutzungsstörung sind wiederum mit einer psychischen Erkrankung der Eltern (36), insbesondere der Mütter (45, 46), assoziiert. Teixeira Filho et al. vermuten dafür als Ursache eine geringere Wahrnehmung der elterlichen Pflichten und geringere Betreuung des Kindes durch eine depressiv erkrankte Mutter, so wie eine verminderte soziale Kompetenz, was Auswirkungen auf das jeweilige Kind habe (47). Neben Depressionen (36) und Angststörungen (48) scheinen auch Suchterkrankungen (Alkoholabhängigkeit (49) oder eine Internetnutzungsstörung (34, 35)) eine Rolle zu spielen. In einigen Studien konnte allerdings kein Zusammenhang einer kindlichen Internetnutzungsstörung mit der elterlichen Ängstlichkeit (36) oder eine Depression (48) bzw. allgemein mit einer psychischen Erkrankung der Eltern(50) gefunden werden.

#### 1.2.3.2 Das ISES! Gruppentraining

Um die Eltern des ISES! Gruppentrainings in der für sie belastenden Situation zu unterstützen, werden sie über Suchtkriterien und den Teufelskreis der Sucht aufgeklärt. Sie lernen ihre Möglichkeiten der Einflussnahme kennen und Gefühle ebenso wie Bedürfnisse zu formulieren. Übungen im Umgang mit aggressivem

Verhalten und dem Einsetzen von Konsequenzen sollen den Eltern Sicherheit geben. Mit den Eltern werden alternative Freizeitgestaltungen zum eigenen Medienkonsum und Möglichkeiten der eigenen Stressreduktion besprochen.

#### 1.2.3.3 Perspektiven

Aussicht auf eine erfolgreiche Reduktion der psychischen Belastung der Eltern legen die Ergebnisse einer anderen deutschen Studie nahe: Das Programm Res@t-P von Hülquist et al. begleitet acht Wochen Eltern, deren Kinder aufgrund einer Computerspielstörung therapiert werden. Es konnte in einer Pilotstudie eine Reduktion des elterlichen Stresses (12) festgestellt werden.

### **1.2.4 Der Zusammenhang des ISES! Gruppentrainings mit der Eltern-Kind-Beziehung**

#### 1.2.4.1 Forschungsstand

Die Eltern-Kind-Beziehung ist ein wichtiger und gut untersuchter Elternfaktor, der Einfluss auf die Internetnutzungsstörung nehmen kann (13, 14, 51, 52).

Es zeigte sich eine Assoziation zwischen geringem Familienzusammenhalt bzw. verminderter –funktion (53) und schlechter Kommunikation (54) mit der abhängigen Nutzung von Computerspielen. Han et al. vermuten, dass Kinder und Jugendliche das schlechte Verhältnis mit ihren Eltern über Videospiele zu kompensieren versuchen (15). Familiäre Konflikte zwischen den Eltern oder mit dem Jugendlichen korrelieren positiv mit einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung beim Kind (21), einer Computerspielstörung (38, 54, 55, 56) und einer Internetnutzungsstörung (57).

In einer Reihe von Longitudinalstudien konnte die Eltern-Kind-Bindung (16) oder das elterliche (Erziehungs-)Verhalten (58, 59) ein „problematisches Internetnutzungsverhalten“ oder Computerspielstörung vorhersagen (60, 61). Eine gute Eltern-Kind-Beziehung und ein warmes Familienumfeld werden sowohl im Bereich abhängige Internetnutzung (60) als auch Gaming (62, 63) als protektive Faktoren angesehen.

In gleichem Maße hat eine bereits entwickelte Internetnutzungsstörung wiederum negativen Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung (54, 64, 65).

#### 1.2.4.2 Das ISES! Gruppentraining

Die Eltern-Kind-Beziehung soll im ISES! Gruppentraining durch Einheiten, die ein konstruktives Kommunikationsverhalten vermitteln, wertschätzende Dialoge sowie gemeinsam verbrachte Zeit fördern und deeskalatives Konfliktmanagement schulen, positiv gestärkt werden.

#### 1.2.4.3 Perspektiven

Liu et al., Han et al. und Lo et al. konnten durch Einbeziehung der Eltern in die Therapie der Kinder positive Effekte auf die familiäre Beziehung, Kommunikation (66, 67) und den Zusammenhalt (15) zwischen Eltern und Kindern feststellen.

### ***1.2.5 Der Zusammenhang des ISES! Gruppentrainings mit der problematischen Internetnutzung des Kindes***

#### 1.2.5.1 Forschungsstand

Die Restriktion der Internetnutzung der Kinder durch die Eltern wird kontrovers diskutiert (13). Es scheint allerdings Effekte durch das Lernen am Modell zu geben. So fanden Liu et al. heraus, dass festgesetzte Regeln wenig Einfluss auf das kindliche Computerspielverhalten oder die Internetnutzung hätten, wenn diese inkonsistent zum elterlichen Nutzungsverhalten seien (68). Dies gilt es durch die Eltern zu reflektieren.

Allerdings scheint nicht nur die Erziehung eine Rolle im Suchtverhalten zu spielen: In einer deutschen Studie von Lindenberg et al. wiesen rund 65% der untersuchten Jugendlichen mit einer Internetnutzungsstörung mindestens eine Komorbidität auf (69). Es werden affektive Störungen, Angststörungen (46) und Suizidvorstellungen mit der Internetnutzungsstörung assoziiert (70, 71). Depressionen, soziale Phobie, Aggressionen und besonders ADHS gelten als Risikofaktoren für selbige (72). Depressionen können ebenso im Verlauf der „Mediennutzung“ auftreten (73). Im Zusammenhang mit einer Computerspielstörung oder Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung finden sich Depressionen (19, 22), Zwangsstörungen (22), Ängste (22) und ADHS (22). Zusätzlich konnte bei vermehrtem Nutzen sozialer Medien eine Verbindung zu

verändertem Essverhalten und vermindertem Körperwertgefühl festgestellt werden (74).

Die Ergebnisse von Lee et al. lassen weiterhin schlussfolgern, dass eine ADHS-Erkrankung relevante negative Auswirkungen auf den Therapieerfolg bei einer Computerspielstörung hat und dringend mitbehandelt werden sollte (75).

#### 1.2.5.2 Das ISES! Gruppentraining

Im ISES! Gruppentraining werden die Eltern auf ihre Rolle als Vorbild und auf eventuell noch nicht diagnostizierte Komorbiditäten aufmerksam gemacht. Sie lernen die Suchtkrankheit kennen und wie sie mittels positiver und negativer Konsequenzen Einfluss üben und effektiv kommunizieren können. Die Bereiche Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung und Abbau elterlicher Belastung sollen ebenfalls zur Verbesserung der Symptome der Internetnutzungsstörung des Kindes beitragen (vgl. Kapitel 1.2.3 und 1.2.4).

#### 1.2.5.3 Perspektiven

In der Praxis wurde die Einbeziehung der Eltern zur Verbesserung der Suchtsymptomatik der Kinder bereits erprobt. Liu et al. konnten mit ihrem Interventionskonzept über die Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung positive Ergebnisse in der Internetnutzungsstörung der Kinder erzielen, die im dreimonatigen Follow-Up stabil waren (67).

Weitere Studien zeigen positive Effekte auf die Computerspielstörung der Kinder unter Einbeziehung der Eltern in die Therapie (15, 76).

In einem von Li et al. entwickelten Elternteraining erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine vierstündige Schulung mit Inhalten der Psychoedukation, Förderungen des gemeinsamen positiven Austausches, der elterlichen Nähe, Medienkontrolle und aktiven Zuhörens. Die Kinder (Durchschnittsalter: zehn Jahre) selbst nahmen nicht am Training oder der Befragung teil. Es ließen sich die Symptome einer „Gaming Disorder“ und die Dauer der wöchentlichen Spielzeit in der Interventionsgruppe über drei Monate reduzieren. Diese Beobachtungen zeigten sich in geringerem Ausmaß auch in der Kontrollgruppe (77).

### **1.3 Fragestellung**

In der Fragestellung soll nun der tatsächliche Einfluss des ISES! Gruppentrainings auf die beschriebenen Problemfelder Eltern-Kind-Beziehung, psychische Belastung der Eltern und Internetnutzung der Kinder untersucht werden (vgl. Kapitel 1.2.3.-1.2.5).

**Fragestellung:** Wie hilfreich erleben Eltern von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit von den Eltern als problematisch erlebter Nutzung von Computerspielen und bzw. oder Sozialen Medien das ISES! Gruppentraining in Bezug auf die eigene psychische Belastung, die Eltern-Kind-Beziehung und die erlebte Internetnutzungsstörungssymptomatik ihrer Kinder?

**Hypothese 1:** Die psychische Belastung der teilnehmenden Eltern wird im Verlauf des ISES! Gruppentrainings reduziert.

**Hypothese 2:** Die Eltern-Kind-Beziehung der teilnehmenden Eltern verbessert sich im Verlauf des ISES! Gruppentrainings.

**Hypothese 3:** Die Intensität der Internetnutzungsstörung bzw. die problematische Internetnutzung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nimmt nach Einschätzung der Eltern im Verlauf des ISES! Gruppentrainings ab.

## **2 Material und Methoden**

### **2.1 Messinstrumente**

#### **2.1.1 Sozialdaten**

Zur Einordnung der Stichprobe wurden zum ersten Messzeitpunkt folgende Sozialdaten bei den Eltern erhoben: Geschlecht, Alter, höchster Bildungsabschluss sowie Kulturzugehörigkeit. Die Fragen zu den Sozialdaten der Jugendlichen bezogen sich auf das Kind in der Familie mit dem aus Elternsicht stärksten Problem in Bezug auf die Internetnutzung und fragten Alter, Geschlecht, Schulform und Schulbesuche ab.

### **2.1.2 Items zu Problemverhalten, Behandlungsbereitschaft, Konflikten und der elterlichen Belastung**

Des Weiteren erhoben eine Vielzahl an Items Informationen über die Bereitschaft der Kinder zur Behandlung, die Einschätzung des Problemverhaltens des Kindes durch die Eltern und Konflikte in der Familie sowie die Belastung der Eltern:

1. „Für wie problematisch halten Sie das Internetnutzungsverhalten Ihres Kindes?“ (1=nicht problematisch, 10=sehr problematisch) (42)
2. „Für wie problematisch hält Ihr Kind sein eigenes Internetnutzungsverhalten?“ (1=nicht problematisch, 10=sehr problematisch) (42)
3. „Aktuelle Hilfe:“ Freitext
4. „Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation Ihres Kindes, für eine Veränderung des Problemverhaltens professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen?“ (1= gering, 10= sehr hoch) (42)
5. „Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation Ihres Kindes, sein Problemverhalten zu ändern?“ (1= gering, 10= sehr hoch) (42)
6. „Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation Ihres Kindes, sich mit Ihnen über sein Problemverhalten auseinanderzusetzen?“ (1= gering, 10= sehr hoch) (42)
7. „Haben Sie das Gefühl, dass die Lockdown-Situation die Internetnutzung Ihres Kindes verändert hat?“ (Die Nutzung wurde noch problematischer. / Die Nutzung wurde erstmals problematisch. / Die Nutzung wurde weniger problematisch. / Der Lockdown hat die Situation nicht verändert.) (42)
8. „Wie häufig gibt es über die Mediennutzung Streit in der Familie?“ (Weniger als wöchentlich / Etwa einmal pro Woche / Mehrmals pro Woche / Täglich /Mehrmals täglich)(42)
9. „Wie häufig kam es im Zusammenhang mit Streit um Mediennutzung zu aggressiven körperlichen Auseinandersetzungen mit Ihrem Kind?“ (1=nie, 5=sehr häufig)(42)

10. „Wie häufig sind Sie genervt von der Internetnutzung Ihres Kindes?“ (1=nie, 5=sehr häufig)

11. „Wie häufig fühlen Sie sich selbst durch die Internetnutzung Ihres Kindes belastet?“ (1=nie, 5=sehr oft)(42)

12. „Falls ja, wie sehr fühlen Sie sich selbst durch die Internetnutzung Ihres Kindes belastet?“ (leichte Belastung / mittlere Belastung / schwere Belastung)(42)

13. „Gibt es weitere Personen in Ihrem Haushalt mit Medienproblemen?“ (Nein / ja, ich selbst / Ja mein Partner/ meine Partnerin / Ja, eine andere erwachsene Person (z.B. Großeltern im Haushalt etc.) / Ja, Geschwister)

14. „Die Mediennutzung meines Kindes wird aktuell“... (nicht reguliert / wenig reguliert / mittelmäßig reguliert / stark reguliert)

### **2.1.3 Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS 21)**

Die elterliche Belastung wurde mit den lizenzfreien Depressions-Angst-Stress-Skalen in deutschsprachiger Kurzfassung (DASS 21) von Nilges & Essau gemessen. Mittels insgesamt 21 Fragen, welche sich jeweils auf die letzte Woche der zu testenden Person beziehen, werden pro Skala sieben Items zu Depression, Angst oder Stress erfasst (zum Beispiel Item 16: „Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.“) (78).

Es stehen vier Antwortmöglichkeiten von „Traf gar nicht auf mich zu“ (0 Punkte) bis „Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit“ (3 Punkte) zur Verfügung. Die Punkte werden für die Likert-Skalen getrennt aufsummiert. Der Cut-off-Wert für die Angst-Skala beträgt sechs, während dieser sowohl bei Depression als auch Stress bei zehn liegt. Ab dem Erreichen dieses Wertes ist von einem erhöhten Schweregrad für das jeweilige Merkmal auszugehen (78).

Mit einem Cronbachs Alpha von 0.88 für die Depressionsskala, 0.86 für die Stressskala und 0.76 für die Angstskala liegt die interne Konsistenz dieser Erhebungsinstrumente in einem akzeptablen bis hohen Bereich. Zur Kontrolle der Validität prüften die Autoren der Validierungsstudie unter anderem die

Korrelation mit dem BAI bzw. BDI (Beck Angstinventar bzw. Beck Depressionsinventar), welche im Falle der DASS als hoch berichtet wurde (z. B.  $r=0.76$  zwischen DASS-A und BAI). Im Vergleich mit weiteren Tests ähnlichen Inhaltes konnte zumeist ein  $r$  über 0.6 erzielt werden(78).

#### **2.1.4 Eltern-Kind-Inventar (EKI)**

Das Eltern-Kind-Inventar ist in Ermangelung eines für die vorliegende Zielgruppe passenden standardisierten deutschsprachigen Fragebogens bezüglich der Eltern-Kind-Beziehung von Dr. phil. Dipl.-Psych. Kay Uwe Petersen für die Evaluation des ISES! Gruppentraining entwickelt worden (42). Mit diesen Instrumenten ist es möglich, in drei Skalen sowohl die Fürsorge als auch die Empathie und die Kongruenz des Jugendlichen und des Elternteils selbst aus Elternsicht zu erfassen (42).

Das Inventar besteht aus 24 Items (z. B.: „Mein Kind freut sich, wenn es etwas für mich tun kann.“) Die Befragten können auf einer fünfstufigen Likert-Skala auswählen, inwieweit diese Aussagen zutreffen. Zur Auswertung werden die Werte der je vier Items zu einem Gesamtskalenwert aufsummiert, wobei beachtet werden muss, dass die jeweils zwei negativen Items (z. B. 19 und 22) umzupolen sind. Der Fragebogen ist bisher nicht normiert. Die interne Konsistenz, welche aus den in dieser Arbeit erhobenen Daten berechnet wurde, lag bei den Subskalen der kindlichen Fürsorge und der kindlichen Echtheit im akzeptablen bis guten Bereich (Cronbachs Alpha zwischen 0.71 und 0.80) (42). Nach dem Löschen des Items 12 auf Grund einer zu geringen Trennschärfe von 0.17 erzielte auch die Subskala der kindlichen Empathie ein Cronbachs Alpha zwischen 0.79 und 0.87 (42). Die Skalen der elterlichen Fürsorge, Echtheit und Empathie wiesen allesamt eine schlechte Reliabilität auf (Cronbachs Alpha  $< 0.6$ ) und werden daher in der vorliegenden Arbeit nicht weiter berücksichtigt.

#### **2.1.5 Elternbildfragebogen Elternversion (EBF-E)**

2010 veröffentlichten Tietze et al. den revidierten Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche (EBF-KJ) zur Erfassung der durch Kinder und Jugendliche subjektiv wahrgenommen Eltern-Kind-Beziehung (79). In Anlehnung wurde von denselben Testautoren nun der Fragebogen als Elternversion entwickelt. Es

handelt sich dabei um ein noch unveröffentlichtes Instrument, welches vom Ersteller aktuell validiert wird. Eine Nutzung dieses Fragebogens wurde vom publizierenden Verlag Hogrefe für das ISES! Projekt genehmigt.

In insgesamt 32 Items werden die Subskalen Kohäsion und Autonomie erfasst, welche die Ressourcen abbilden, ebenso wie die Subskalen Konflikte, unangemessene Bestrafung, Ablehnung oder Gleichgültigkeit, emotionale Vereinnahmung und Überprotektion, die als Risikofaktoren gedeutet werden. Der Gesamtwert des Fragebogens wird ermittelt, indem der Wert des Risikos von den Ressourcen subtrahiert wird. Wiederum steht den Befragten auf einer fünfstufigen Likert-Skala eine Häufigkeitsbewertung von Situationen in der Beziehung zu ihrem Kind (z. B. Ich habe mein Kind angeschrien) von nie (1 Punkt) bis immer (5 Punkte) zur Verfügung. Die Skala lebenspraktische Hilfe fließt nicht in den Gesamtwert mit ein, ebenso nicht die Items 4 und 31, welche - gemäß der Autorenempfehlung - durch ihre uneindeutige Skalen-Zuordenbarkeit nicht weiter ausgewertet wurden.

Da der Fragebogen noch nicht untersucht wurde, wurde eine Konsistenzanalyse durchgeführt. Diese ergab ein Cronbachs Alpha zwischen 0.28 (unangemessene Bestrafung) und 0.82 (Überprotektion) (42).

### **2.1.6 Compulsive Internet Use Scale Parent Version (CIUS-P)**

Die CIUS wurde in Anlehnung an die in der Suchtforschung etablierten Kriterien für Verhaltenssüchte als Instrument zur Erhebung der Schwere einer „zwanghaften Internetnutzung“ von Gert-Jan Meerkerk et al. entwickelt (80). In der vorliegenden Arbeit wird diese in der Elternversion und deutschen Übersetzung von Dr. phil. Dipl.-Psych. Kay Uwe Petersen (42) eingesetzt, da diese bereits in der Diagnostik der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Tübingen erprobt ist. Die deutsche Version wurde von Wartberg et al. validiert (81). Die Ausgabe der CIUS als Elternversion wird aktuell auf ihre psychometrischen Eigenschaften hin an der Universität Tübingen getestet (42). In den berücksichtigten Daten aus der hier vorliegenden Studie lässt sich eine hohe

interne Konsistenz der CIUS-P ermitteln (Cronbachs Alpha zwischen 0.82 und 0.84 (42)).

Der Fragebogen besteht aus 14 Items (z. B. „Wie häufig schläft Ihr Kind zu wenig wegen des Internets“). Im fünfstufigen Antwortformat können die Probanden die Häufigkeit der entsprechenden Situationen in den letzten 12 Monaten bewerten. Darüber hinaus werden die Dauer der Internetnutzung und die häufigste Aktivität im Internet als Freitext erfasst, welche allerdings jeweils nicht in die Summe des Gesamtwertes des Fragebogens einfließen.

### **2.1.7 Computerspielabhängigkeitsskala Elternversion (CSAS-FE)**

Als Instrument zur Verdachtsdiagnose der Internet Gaming Disorder nach DSM-5 wurde die CSAS in der Version für Erziehungspersonen von Rehbein et al. eingesetzt. In 18 Items (z. B. Wenn mein Kind nicht spielen kann, ist es gereizt und unzufrieden) mit je vier Antwortauswahlmöglichkeiten, bezogen auf das letzte Jahr, beurteilen die Eltern in der Summe die subjektive Symptombelastung ihrer Kinder durch elektronische, bildschirmgebundene Spiele (82). Die neun Kriterien der Internet Gaming Disorder (Gedankliche Vereinnahmung, Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, verhaltensbezogene Einengung, Fortsetzung trotz psychosozialer Probleme, Lügen bzw. Verheimlichen, dysfunktionale Gefühlsregulation, Gefährdung bzw. Verluste) werden mit je zwei Items repräsentiert und erlauben so eine Einteilung in unauffällige (0-1 Kriterien erfüllt), gefährdete (2-4 Kriterien erfüllt) und pathologische (>4 Kriterien erfüllt) Nutzerinnen und Nutzer. Die Autoren berichten von einer guten Reliabilität und Validität bezüglich der Fragebögen zur Selbstbeurteilung (82), sodass auch von guten Kennwerten in dieser Version ausgegangen werden kann. Das Cronbachs Alpha ergab einen Wert von mindestens 0.94.

## **2.2 Studiendesign**

### **2.2.1 Zielgruppe & Ein- und Ausschlusskriterien**

Die Studie adressierte Eltern, deren Kinder nach ihren Einschätzungen Problemen bei der Internetnutzung bzw. Symptome einer

Internetnutzungsstörung aufweisen („Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind Probleme im kontrollierten Umgang mit der Mediennutzung hat, die sich auf den Bereich Computerspiele oder Social Media beziehen?“) und an einem Elternteraining interessiert waren (42).

Explizit wurde das Training für die Themen Social Media und Computerspiele angeboten (42). Sollte die Problematik der Jugendlichen vor allem im Bereich Onlineglücksspiel oder Pornografienutzung liegen, war das Trainingsangebot für interessierte Eltern nicht geeignet. Dies wurde den Eltern bereits vor Anmeldung zum Training telefonisch kommuniziert, weshalb alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Einschlusskriterien in diesem Punkt erfüllten.

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollten zwischen 12 und 21 Jahre alt sein und im Trainingszeitraum bei ihren Eltern im Haushalt wohnen (42). Nicht verwandte Erziehende (Adoptiv- oder Pflegeeltern) wurden dabei ebenfalls unter dem Begriff (soziale) Eltern angesprochen, dies stellte kein Ausschlusskriterium dar. Sollten die Eltern getrennt leben, erhielt - bei Teilnahme des Elternteils, bei welchem das Kind im Haus lebt - zusätzlich auch der andere Elternteil die Möglichkeit zur Teilnahme an der Studie und dem Trainings.

Die Studie schloss sowohl unbehandelte Kinder und Jugendliche als auch Kinder und Jugendliche ein, welche sich zum Studienzeitpunkt bereits in einer Behandlung bezüglich der Internetnutzungsstörung befanden.

Ausreichende Deutschkenntnisse zum Verständnis der Trainingsinhalte und zum eigenständigen Ausfüllen der Fragebögen waren notwendig, sowie eine Zustimmung zu den Datenschutz- und Studienbedingungen durch die Eltern selbst und durch ihre Kinder (42). Desweiteren sollten die Eltern an mindestens vier der sechs Termine anwesend sein können (42).

### **2.3 Durchführung**

Das Gruppentraining fand an drei verschiedenen Standorten statt: In den Räumlichkeiten des Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen sowie in Kooperationseinrichtungen in der Hochschulambulanz für Kinder- und Jugendliche der Universität Heidelberg und

der Verhaltenstherapieambulanz der Universität Frankfurt a. M. (42). An jedem Standort wurde das Training von therapeutisch geschultem Personal geleitet, welches erfahren in der Arbeit mit Elterngruppen ist. Eine ausführliche Handreichung sowie eine dreistündige Schulung gewährleisteten einen standardisierten Ablauf (42).

Nach einem positiven Ethikvotum (Projekt Nummer 916/2020BO1) konnte mit der Rekrutierung begonnen werden. Die Eltern erhielten bei Anmeldung für sich und ihre Kinder eine Erklärung zur Einwilligung in die Datenschutz- und Studienbedingungen, die sie ihren Kindern vorlegen und anschließend an die Studienleitung zurückversenden sollten. Daraufhin erfolgte die Randomisierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Dabei wurde ein Elternpaar gemeinsam entweder der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen (42).

Die Kontrollgruppe erhielt zu Beginn die Fragebögen zum Ausfüllen, welche sie ebenfalls nach acht Wochen erneut als Link zu SoSci-Survey (83) online per E-Mail zugesandt bekamen. Die Eltern dieser Gruppe befanden sich in diesem Zeitraum in der Wartezeit ohne Intervention (vgl. Abbildung 1). Anschließend konnten sie das Training absolvieren (42).

Im Gegensatz dazu durften die Eltern der Interventionsgruppe direkt nach der ersten Befragung mit dem achtwöchigen Training starten. Die zweite Erhebung erfolgte direkt nach der achtwöchigen Intervention (42).

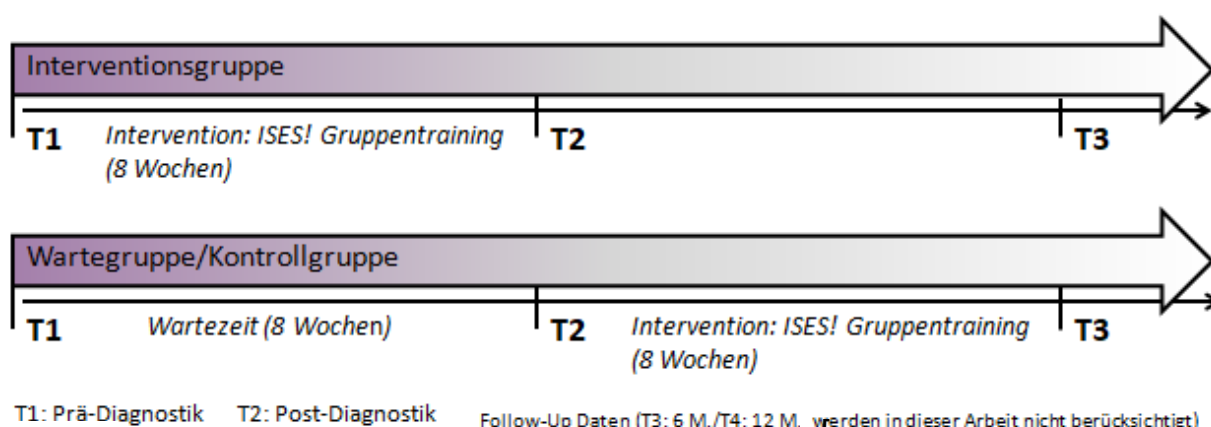


Abbildung 1: Studiendesign

Die erhobenen Prä- und Postdaten werden in der vorliegenden Arbeit ausgewertet und vorgestellt. Die Daten aus den Follow-Up-Befragungen nach sechs und 12

Monaten lagen zum Zeitpunkt der Erstellung noch nicht vollständig vor und werden nicht berücksichtigt.

Die Kinder und Jugendlichen wurden indirekt durch das Training adressiert und unterliefen keiner eigenen Intervention. Eine Befragung der mutmaßlich erkrankten Kinder und Jugendlichen bleibt in dieser Arbeit unberücksichtigt. Die Einordnung der Jugendlichen als von einer Internetnutzungsstörung betroffen und die Einschätzung der Symptomatik erfolgten ausschließlich durch die Eltern: Einerseits durch die Beantwortung der folgenden Frage mit „Ja“: „Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind Probleme im kontrollierten Umgang mit der Mediennutzung hat, die sich auf den Bereich Computerspiele oder Social Media beziehen?“ (vgl. Kapitel 2.2.1) und andererseits durch das Ausfüllen der Fragebögen CIUS-P und CSAS- FE (vgl. Kapitel 2.1).

## **2.4 Auswertung**

### **2.4.1 Statistik und Datenverarbeitung**

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Statistikprogramm *IBM SPSS Statistics 27*. Zur Erstellung von Abbildungen und Tabellen wurden Microsoft Office Excel und Microsoft Office Powerpoint 2007 verwendet.

### **2.4.2 Datenaufbereitung**

Die Fragebögen wurden, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, ausgewertet, um den Gesamtwert der Skalen zu erhalten. Dabei wurden gegebenenfalls Items umgepolt. Die Angaben der Elternteile bezüglich desselben Kindes wurden nicht gemittelt, da primär die Veränderung der Elternsicht auf das Verhalten des Kindes untersucht wird, welche von beiden Elternteilen unterschiedlich wahrgenommen werden kann. Bei ungenauen Zeitangaben in der CIUS und der CSAS wurden die Originaldaten gemittelt (z. B. 15 h-18 h = 16.5 h).

Mit fehlenden Items wurde folgendermaßen verfahren: Der gesamte Fragebogen wurde aus der Wertung genommen, wenn mehr als 1/3 der Items unbeantwortet geblieben waren. Dies kam in einem Fall in der Interventionsgruppe bei der CSAS und einmalig in der Kontrollgruppe bezüglich des CIUS-Fragebogens vor. Lag die Anzahl der unbeantworteten Items je Fragebogen unter 1/3, so wurden die

fehlenden Werte durch den jeweiligen Mittelwert des Probanden in dieser Skala ersetzt (42).

Anschließend wurden aufgrund teils auffälliger Varianzen statistische Ausreißer mittels einer Häufigkeitsanalyse identifiziert. Als statistische Ausreißer wurden Werte definiert, welche um mehr als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert abweichen (84) (auf ganze Zahlen gerundet). Bei den dadurch identifizierten statistischen Ausreißern wurde die betreffende Subskala sowie – falls vorhanden – der Gesamtwert des jeweiligen Fragebogens in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt. Die Angaben des Probanden in den anderen Fragebögen blieben davon unberührt.

In zwei Fällen lagen die Einverständniserklärungen der Jugendlichen zur Nutzung ihrer durch die Eltern angegebenen Daten nicht vor, weshalb in diesen Fällen die Werte der CIUS und der CSAS gelöscht wurden.

#### **2.4.3 Testgütebestimmung der nicht validierten Fragebögen**

Die Reliabilität der neuentwickelten Fragebögen wurde über die interne Konsistenz geprüft. Dabei wurde das Cronbachs Alpha der Subskalen des EKI, des Elternbildfragebogens in der Elternversion und die verwendeten Versionen der CIUS und der CSAS untersucht.

#### **2.4.4 Hypothesentestung**

Die Daten wurden mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf ihre Normalverteilung hin untersucht.

Bei Verletzung der Normalverteilung oder bei vorliegenden Nominal- bzw. Ordinalskalen wurden hierfür nicht parametrische Testverfahren verwendet (Mann-Whitney-U-Test) (42).

Zur Hypothesentestung wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung multivariat behandelt durchgeführt. Dabei wurde der Pillai-Spur-Test zur Auswertung herangezogen (42). Dieser gilt „als stärkster und robustester Test“ (85).

Bei Nicht-Intervallskalen wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test eingesetzt und die Veränderungen der Gruppen über die Zeit gesondert betrachtet (42).

Aufgrund der geringen Stichprobe wurde auf die Adjustierung in Bezug auf multiple Testung verzichtet. In der folgenden Auswertung sind die Ergebnisse unter dem erhöhten Risiko für eine Alphafehlerkumulierung zu betrachten.

#### **2.4.5 Deskriptive Auswertung**

Um die Stichprobe genauer beschreiben zu können, wurde eine deskriptive Auswertung der erhobenen demografischen Daten im Hinblick auf ihre Mittelwerte und Häufigkeiten vorgenommen. Ebenso wurde die Stichprobe auf signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe bezüglich ihrer Gruppenmerkmale mittels t-Test für unabhängige Stichproben (Ratioskalen und Intervallskalen) bzw.  $\chi^2$ -Test (Nominalskalen) oder Mann-Whitney-U-Test (Ordinalskalen) überprüft (42).

#### **2.5 Stichprobe**

Insgesamt erfolgten N=76 Anmeldungen zum ISES! Gruppentraining (42). Nach erfolgter Randomisierung befanden sich in der Interventionsgruppe n=43 und in der Kontrollgruppe n=33 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Durch Nichtteilnahmen an der Prä-Diagnostik reduzierte sich die Stichprobengröße der Interventionsgruppe auf n= 36 und in der Kontrollgruppe auf n=32. Die Rücklaufquote der Fragebögen in der Post-Diagnostik betrug rund 87%, weshalb eine Stichprobe von n=33 in der Interventionsgruppe und n=26 in der Kontrollgruppe final ausgewertet werden konnte (vgl. Abbildung 2) (42).

Ein Dropout aufgrund der Unterschreitung von mindestens vier Trainingsteilnahmen konnte unter den verbliebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit vollständig ausgefüllter Prä- und Post-Diagnostik nicht

verzeichnet werden (42).

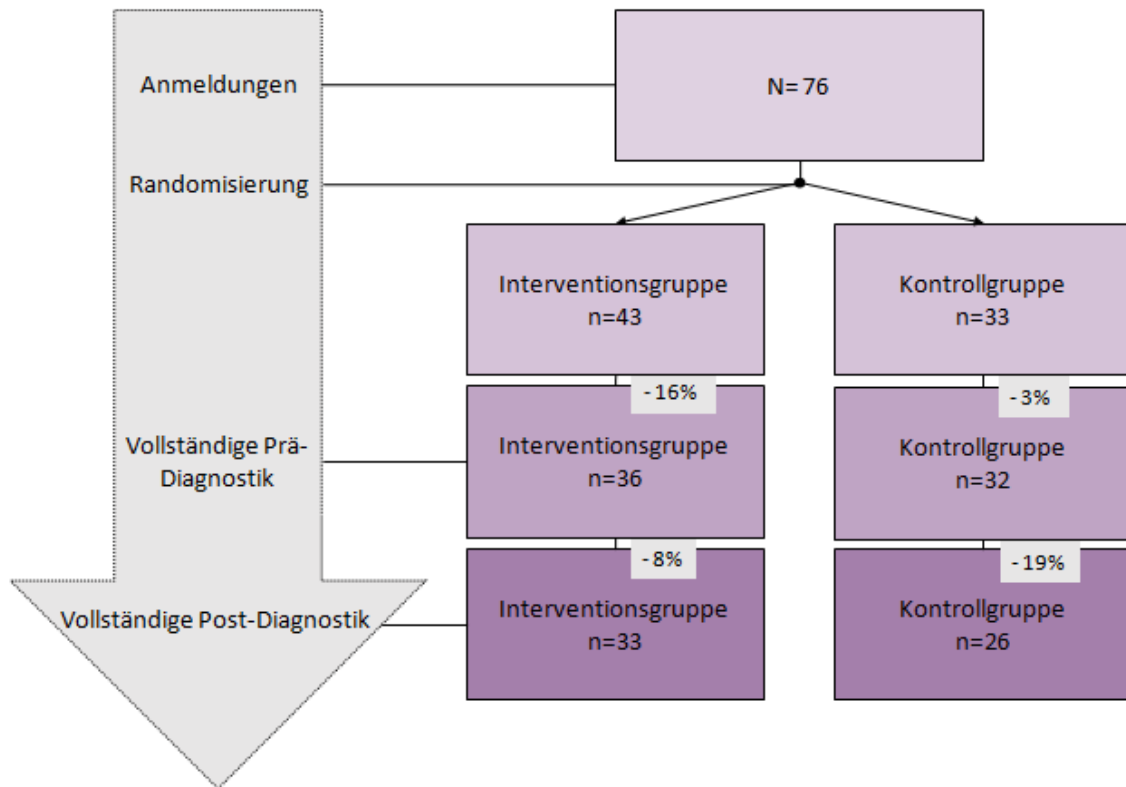


Abbildung 2: Rekrutierung und Randomisierung der Trainingsteilnehmerinnen und -teilnehmer im Flussdiagramm über den Zeitraum der Studiendauer

Von den 59 Personen hatten 39 Elternteile an einem Training in Tübingen, neun in Heidelberg und 11 in Frankfurt a. M. teilgenommen.

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug 50.26 Jahre (SD= 4.31, Altersspannen: 40-61 Jahre), während das Alter ihres Kindes im Schnitt bei 14.68 Jahren (SD= 2.10, Altersspanne: 12-20 Jahre) lag (42). Insgesamt nahmen 15 Paare gemeinsam am Training teil. Davon neun Paare als Teil der Interventionsgruppe und sechs in der Kontrollgruppe. Mit rund 92% (n=54) in Deutschland geborenen bzw. 93% (n=55) sich der deutschen oder europäischen Kultur zugehörig fühlenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist von einer überwiegend deutschen bzw. europäischen Stichprobe auszugehen (42).

Die soziodemografischen Daten der Stichprobe sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe (42)

Soziodemographische Daten Eltern	Stichprobe	IG	KG
	N (%)	n (%)	n (%)
Mütter	36 (61.0%)	19 (57.5%)	17 (65.3%)
Väter	23 (39.0%)	14 (42.4%)	9 (34.6%)
Teilnahme mit dem Partner	30 (50.9%)	18 (54.6%)	12 (46.2%)
Personen, die sicher der europäischen Kultur zugehörig fühlen	55 (93.2%)	32 (97.0%)	23 (88.5%)
Schulabschluss: Fachhochschul- oder Hochschulreife	52 (88.1%)	28 (84.8%)	24 (92.3%)

Anmerkung: IG= Interventionsgruppe, KG= Kontrollgruppe

Unter den 44 unterschiedlichen Kindern und Jugendlichen der teilnehmenden Eltern befanden sich sechs Mädchen (rund 14%) (42). Bei 15 Kinder nahmen beide Elternteile teil und bei 29 ein Elternteil.

Die soziodemografischen Daten der Kinder und Jugendlichen sowie Angaben der Eltern über die Mediennutzung sind in Tabelle 4 zu finden.

Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Kinder und Jugendlichen und Angaben zur Mediennutzung (42)

Soziodemographische Daten Kinder	Stichprobe	IG	KG
	N (%)	n (%)	n (%)
Schulform:*			
Gymnasium	24 (54.5%)	14 (58.3%)	10 (50.0%)
Realschule	5 (11.4%)	2 (8.3%)	3 (15.0%)
Sonstige (z. B. Gemeinschaftsschule, Walddorfschule)	12 (27.3%)	6 (25.0%)	6 (30.0%)
Schulbesuch:*			
Regelmäßig	32 (72.7%)	17 (70.8%)	15 (75.0%)
Unregelmässig	5 (11.4%)	2 (8.3%)	3 (15.0%)
Verweigerung	4 (9.1%)	3 (12.5%)	1 (5.0%)
Weitere Personen aus dem Haushalt mit "Medienproblemen":**			
Keine	39 (66.1%)	18 (54.5%)	21 (80.8)
Geschwister	13 (22.0%)	11 (33.3%)	2 (7.7%)
Elternteil selbst	5 (8.5%)	4 (12.1%)	1 (3.8%)
Partner	2 (3.4%)	0 (0%)	2 (7.7%)

Sonstige (z. B. Großmutter)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Regulation der Nutzung:***			
Nicht reguliert	10 (16.9%)	6 (18.2%)	4 (15.4%)
Wenig reguliert	19 (32.2%)	6 (18.2%)	13 (50.0%)
Mäßig reguliert	23 (39.0%)	14 (42.4%)	9 (34.6%)
Stark reguliert	7 (11.9%)	7 (21.2%)	0 (0.0%)
Art der Mediennutzung:			
Gaming	29 (49.2%)	15 (45.5%)	14 (53.8%)
Social Media (incl. YouTube)	14 (23.7%)	7 (21.2%)	7 (26.9%)
Beides	10 (16.9%)	8 (24.2%)	2 (7.7%)

Anmerkung: IG= Interventionsgruppe, KG= Kontrollgruppe, \*Die Daten beider Elternteile, die dasselbe Kind betreffen, wurden gemittelt; Die Kontroll- und die Interventionsgruppe wurden bezüglich der Gruppenmerkmalen auf Gleichheit getestet. Dabei wurden folgende Unterschiede signifikant: \*\*Ein  $\chi^2$ -Test zwischen den Gruppen und weiteren Personen mit Medienproblemen im Haushalt ergab einen signifikanten Unterschied:  $\chi^2(3)=9.57$   $p=0.023$ . \*\*\*Ein Mann-Whitney-U-Test ergab einen signifikanten Unterschied in der Nutzungsregulation zwischen den Gruppen:  $U=300.00$ ,  $Z=-2.08$ ,  $p=0.038$ .; „Art der Mediennutzung“ entstammt der Angaben in der CIUS-P (Compulsive Internet Use Scale – Elternversion)

Im Schnitt betrug die Internetnutzungszeit werktags 6.08 Stunden (SD=3.6) in der Interventionsgruppe und 6.52 Stunden (SD=2.63) in der Kontrollgruppe und an Wochenenden 8.49 Stunden (SD=3.56) in der Interventionsgruppe und 10.08 Stunden (SD=3.47) in der Kontrollgruppe.

Fast die Hälfte der Kinder und Jugendlichen beschäftigt sich im überwiegenden Teil dieser Zeit mit Gaming (M=49.2%, n=29). Rund 24% (n=14) nutzten vor allem soziale Medien wie YouTube oder TicTok. (vgl. Tabelle 4). Die bevorzugten Anwendungen seien Minecraft und Fortnite (42).

Die problematische Nutzung des Internets verschärfte sich bei rund 71% der Fälle (n=42) während der Lockdown Situation. Bei rund 24% (n=14) trat sie erstmals auf. Drei Elternteile (rund 5%) gaben an, dass sich die Nutzung in dieser Phase nicht verändert habe. In keinem Fall kam es zur Verbesserung (42).

Zum Zeitpunkt der Erhebung (Prä-Diagnostik) gaben 15 Eltern (rund 25%) an, dass ihr Kind aktuell in Kontakt (z. B. Beratung, Erstgespräch oder Behandlung) zu einer Psychologin oder einem Psychologen beziehungsweise einer Psychiaterin oder einem Psychiater steht, rund 14% (n=8) der Eltern hätten sich anderweitig Hilfe (z. B. bei der Familienhilfe oder dem Jugendamt) geholt und 61% (n=36) hätten zu diesem Zeitpunkt keine weitere Hilfe in Anspruch genommen (42).

### 3 Ergebnisse

Die Studie wurde vor der Fertigstellung der vorliegenden Dissertationsschrift bereits im International Journal of Environmental Research and Public Health unter der Erstautorenschaft der Projektleiterin Dr. Isabel Brandhorst publiziert (42). Die Publikation wurde vom Team der Autorinnen und Autoren mit meiner Beteiligung erstellt (Datenauswertung und Verfassen von Textabschnitten) und nutzte den Methoden- und Ergebnisteil meiner Dissertationsschrift als Basis. Die Überschneidungen der Dissertationsschrift mit dem publizierten Artikel werden nicht im Detail kenntlich gemacht.

#### 3.1 Hauptergebnisse

##### 3.1.1 Elterliche Belastung

**Hypothese 1:** „Die psychische Belastung der teilnehmenden Eltern wird im Verlauf des ISES! Gruppentrainings reduziert.“

Als Messinstrument der elterlichen Belastung diente vor allem die DASS 21 mit ihren Subskalen. Es wurden neben der Gesamtstichprobe die Subgruppen der Mütter und Väter untersucht sowie die diagnostischen Untergruppen der CSAS-FE (unauffälliges, gefährdetes und pathologisches Internetspielverhalten).

In der Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte sich bei der Untergruppe der Väter im Mittel ein signifikanter Anstieg der DASS-Gesamtwerte ebenso wie in der Subskala für Depression (vgl. Abbildung 3). Für die Unterskalen Angst und Stress ließen sich keine Veränderungen bei den Vätern feststellen (42). Die Untergruppe der Mütter zeigte weder im Summenwert der DASS noch in den Subskalen einen signifikanten Effekt (42).

Bei Betrachtung der Eltern gemeinsam wird die statistische Signifikanz beim Anstieg des Depressionsscores knapp verfehlt ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 3.33$ ,  $p = 0.073$ ,  $\eta_p^2 = 0.06$ ). Die Subskalen Stress und Angst so wie der Gesamtwert der DASS zeigen keine signifikanten Veränderungen (42). Die Werte sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Belastung der Eltern vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)
<b>DASS: Gesamtwert</b>						
Beide Elternteile	IG (n=27)	13.0 (9.10)	13.85 (11.14)	0.03	1.63	0.207
	KG (n=23)	9.65 (6.46)	7.91 (6.32)			
Mütter	IG (n=15)	13.53 (9.34)	12.53 (7.70)	0.00	0.03	0.874
	KG (n=15)	9.27 (6.19)	8.67 (6.77)			
Väter	IG (n=12)	12.33 (9.15)	15.50 (14.58)	0.20	4.44	0.049*
	KG (n=8)	10.38 (7.31)	6.50 (5.53)			

**DASS: Depressionsskala**

Beide Elternteile	IG (n=31)	4.61 (4.67)	5.48 (5.71)	0.06	3.33	0.073
	KG (n=24)	3.71 (3.47)	2.54 (3.32)			
Mütter	IG (n=17)	4.41 (4.85)	4.47 (4.78)	0.01	0.35	0.558
	KG (n=16)	3.69 (2.87)	2.82 (2.99)			
Väter	IG (n=14)	4.86 (4.61)	6.71 (6.64)	0.23	5.83	0.025*
	KG (n=8)	3.75 (4.68)	2.00 (4.07)			

**DASS: Angstskaala**

Beide Elternteile	IG (n=31)	2.00 (2.07)	2.16 (2.99)	0.00	0.01	0.909
	KG (n=24)	1.04 (1.40)	1.13 (1.48)			
Mütter	IG (n=18)	2.50 (2.38)	1.56 (1.65)	0.07	2.29	0.140
	KG (n=15)	0.93 (1.49)	1.07 (1.22)			
Väter	IG (n=13)	1.31 (1.32)	3.00 (4.14)	0.09	2.02	0.171
	KG (n=9)	1.22 (1.30)	1.22 (1.92)			

### DASS: Stressskala

Beide Elternteile	IG (n=33)	8.79 (5.35)	8.67 (5.25)	0.01	0.06	0.800
	KG (n=26)	6.23 (4.35)	5.85 (4.71)			
Mütter	IG (n=19)	9.05 (5.40)	8.42 (4.51)	0.01	0.23	0.634
	KG (n=17)	6.12 (4.69)	6.18 (4.85)			
Väter	IG (n=14)	8.43 (5.46)	9.00 (6.28)	0.06	1.41	0.249
	KG (n=9)	6.44 (3.88)	5.22 (4.63)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; DASS: Depression, Anxiety, and Stress Scale; Cut-off-Wert der Subskala Depression: 10; Cut-off-Wert der Subskala Angst: 6; Cut-off-Wert der Subskala Stress:10, \* $p \leq 0.05$

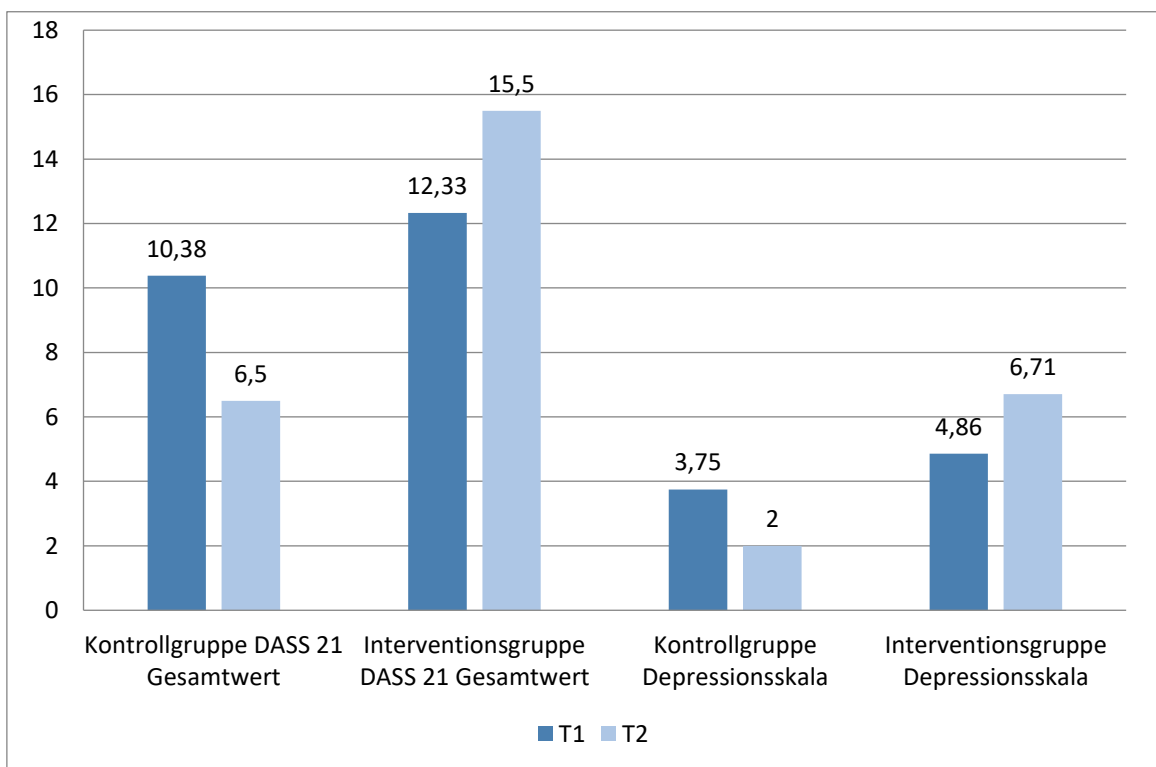


Abbildung 3: Mittlere DASS 21 Gesamtwerte (Depressions-Angst-Stress-Skalen) und die Mittelwerte der Subskala Depression für die Subgruppe der Väter zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2

Die meisten Eltern berichteten vor dem Training, dass sie sich durch die Situation häufig oder sehr häufig (rund 85% / n=50) und schwer (rund 64% / n=38) (42) belastet fühlten. Im Vergleich der Geschlechter gaben rund 67% (n=24) der Mütter und rund 61% der Väter (n=14) eine schwere Belastung an. Dennoch blieben sowohl die gemischtgeschlechtliche Elternstichprobe wie auch die

Untergruppen der Mütter und Väter im Durchschnitt unter den Cut-Offs der Subskalen der DASS 21 (vgl. Tabelle 5) (42).

In der Gegenüberstellung der Stressskalenmittelwerte der Eltern, deren Kinder auf Basis der CSAS-FE in diagnostische Untergruppen nach DSM-5 eingeteilt werden konnten (0-1 Kriterium nach DSM-5 erfüllt = Unauffälliges Internetspielverhalten; 2-4 Kriterien nach DSM-5 erfüllt = Gefährdetes Internetspielverhalten; >4 Kriterien nach DSM-5 erfüllt = Pathologisches Internetspielverhalten), ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Eltern von unauffälligen ( $M=4.79$ ,  $SD=2.72$ ) und gefährdeten Gamerinnen und Gamern ( $M=8.33$ ,  $SD=4.67$ ;  $t(28.10)=-2.69$ ,  $p=0.012$ ) und zwischen den Eltern von pathologischen ( $M=8.42$ ,  $SD=2.72$ ) und unauffälligen Gamerinnen und Gamern ( $t(34.47)=2.54$ ,  $p=0.016$ ) ausmachen. In den mittleren Stresswerten der Eltern von pathologischen und gefährdeten Gamerinnen und Gamern zueinander war kein signifikanter Unterschied festzustellen ( $t(40)=-0.05$ ,  $p=0.961$ ). Die mittleren Stresswerte der Eltern, welche der DASS 21 entstammen, sind in der Abbildung 4 zum Vergleich dargestellt (42).

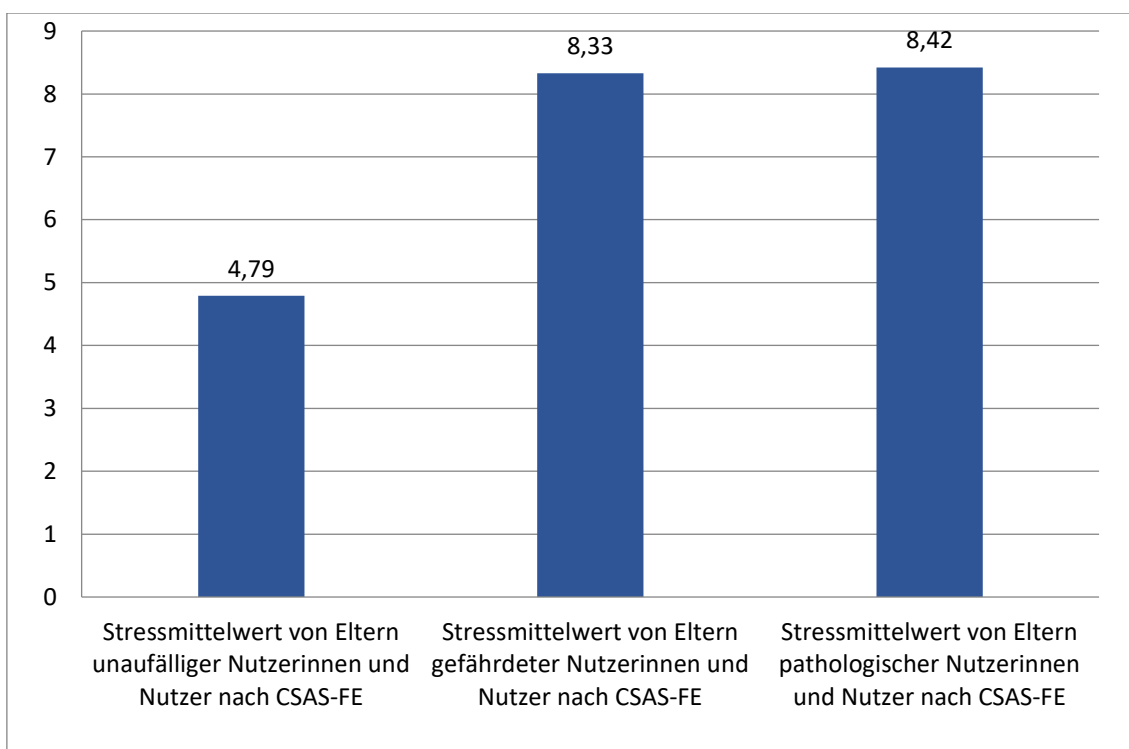


Abbildung 4: Mittlere Stresswerte in der DASS 21 (Depressions- Angst - Stressskalen) der Eltern von unauffälligen (<2 Kriterien nach DSM-5 erfüllt), gefährdeten (2-4 Kriterien nach DSM-5 erfüllt)

und pathologischen (>4 Kriterien nach DSM-5 erfüllt) Nutzerinnen und Nutzern von Computerspielen in der Einteilung nach Angaben in der CSAS-FE

In der Frage, wie häufig die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von der Internetnutzung ihres Kindes genervt seien (1=nie / 5=sehr häufig), zeigte sich ebenfalls ein Absinken der anfangs hohen Mittelwerte vor allem bei der Interventionsgruppe (vgl. Abbildung 5). Dieser Effekt erwies sich als statistisch signifikant in der gemischten Elterngruppe. In den Subgruppen wurde die Signifikanz knapp verfehlt (vgl. Tabelle 6) (42).

Tabelle 6: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Antworten der Eltern bei der Frage „Wie häufig sind Sie genervt von der Internetnutzung Ihres Kindes?“ (1=nie / 5=sehr häufig), vor und nach dem ISES! Gruppentraining

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)
<b>„Wie häufig sind Sie genervt von der Internetnutzung Ihres Kindes?“</b>						
Eltern gesamt	IG (n=33)	4.70 (0.53)	4.12 (0.93)	0.11	7.25	0.009*
	KG (n=26)	4.62 (0.70)	4.58 (0.64)			
Mütter	IG (n=19)	4.79 (0.42)	4.21 (0.98)	0.10	3.83	0.059
	KG (n=17)	4.76 (0.44)	4.71 (0.47)			
Väter	IG (n=14)	4.57 (0.65)	4.00 (0.88)	0.14	3.29	0.084
	KG (n=9)	4.33 (1.00)	4.33 (0.87)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; \* $p \leq 0.05$

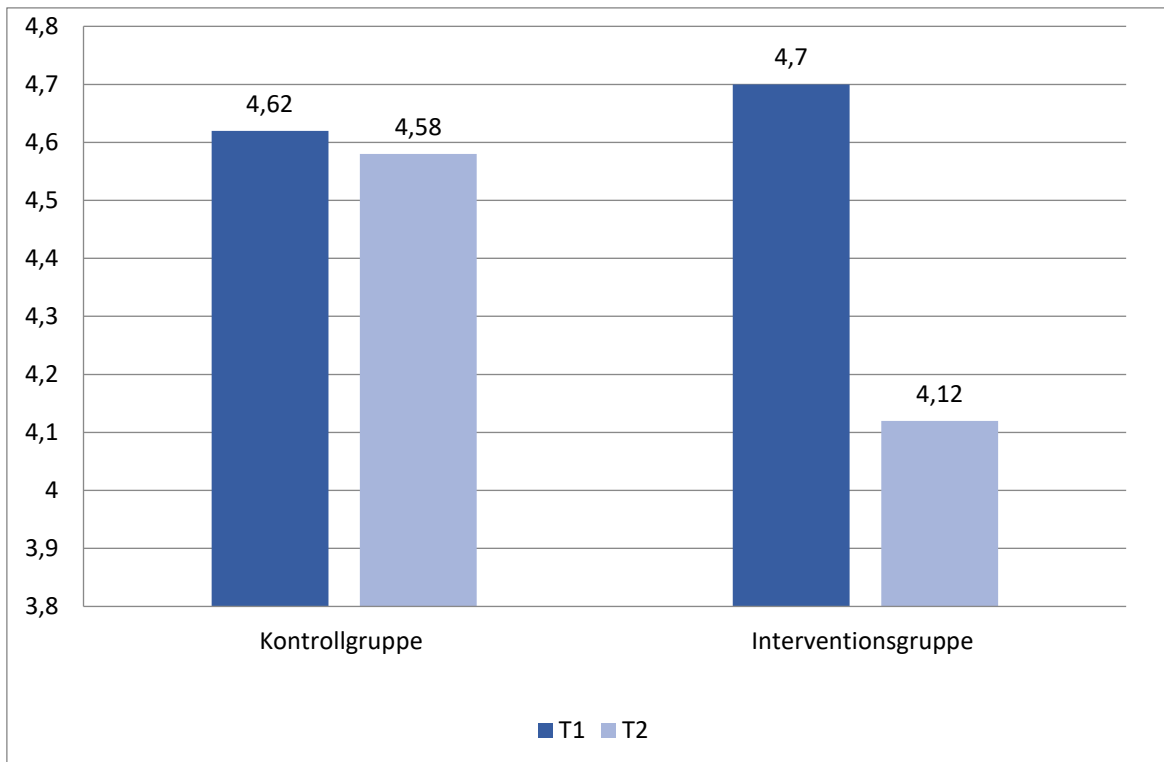


Abbildung 5: Mittelwerte der Antworten der Eltern auf die Frage „Wie häufig sind Sie genervt von der Internetnutzung Ihres Kindes?“ (1=nie / 5=sehr häufig), zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2

### 3.1.2 Eltern-Kind-Beziehung

**Hypothese 2:** „Die Eltern-Kind-Beziehung der teilnehmenden Eltern verbessert sich im Verlauf des ISES! Gruppentrainings.“

Zur Untersuchung der Eltern-Kind-Beziehung wurden vor allem das Eltern-Kind-Inventar und der Elternbildfragebogen in der Elternversion verwendet.

Neben der Gesamtstichprobe wurden zudem die Subgruppen der Mütter und Väter betrachtet, gleichfalls wie in Teilen die Subgruppe der Gamerinnen und Gamer (Kinder und Jugendliche, deren Internetnutzung über 50% aus dem Spielen von Videospiele besteht) und der Social Media Nutzerinnen und Nutzern (über 50% der Zeit im Internet wird auf sozialen Netzwerken verbracht). Die Informationen der Internetnutzung beruhen auf den Angaben in der CIUS-P.

Die im EKI gemessenen Mittelwerte in der Skala kindliche Empathie stiegen nach dem ISES! Gruppentraining an. Für die gemischte Elternstichprobe wurde hierbei knapp die Signifikanz verfehlt (vgl. Tabelle 7). Für die anderen Skalen konnten keine signifikanten Interventionseffekte gefunden werden (42).

Auch die Subgruppe der Mütter verfehlte die Signifikanz bezüglich der kindlichen Empathie knapp. Für die Skala kindliche Echtheit zeigte sich ein signifikanter Effekt unter den Müttern (vgl. Abbildung 6). Keine signifikanten Veränderungen waren für die Mütter in der dritten Skala fürsorglicher Aktivitäten zu finden. In der Auswertung der Väter ließen sich keine signifikant messbareren Unterschiede finden (42). Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt.

*Tabelle 7: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Mittelwerte des Eltern-Kind-Inventar vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)*

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	$p(F)$
<b>EKI</b>						
kindliche Empathie – Elternsicht	IG (n=32)	2.32 (0.88)	2.63 (0.93)	0.06	3.29	0.075
	KG (n=26)	2.37 (1.10)	2.38 (0.83)			
kindliche Empathie – Muttersicht	IG (n=19)	2.30 (0.91)	2.72 (1.02)	0.09	3.49	0.070
	KG (n=17)	2.37 (1.11)	2.39 (0.84)			
kindliche Empathie – Vatersicht	IG (n= 13)	2.36 (0.88)	2.49 (0.79)	0.02	0.31	0.585
	KG (n=9)	2.37 (1.16)	2.37 (0.84)			
kindliche Echtheit – Elternsicht	IG (n= 33)	2.83 (0.90)	2.92 (0.94)	0.04	2.36	0.130
	KG (n=26)	2.86 (0.88)	2.72 (0.95)			
kindliches Echtheit – Muttersicht	IG (n=19)	2.84 (0.94)	3.11 (0.99)	0.14	5.48	0.025*
	KG (n=17)	2.90 (1.04)	2.71 (1.04)			
kindliche Echtheit – Vatersicht	IG (n=14)	2.82 (0.87)	2.68 (0.82)	0.02	0.31	0.583
	KG (n=9)	2.78 (0.51)	2.75 (0.81)			
kindliche Fürsorge – Elternsicht	IG (n=33)	2.27 (0.76)	2.50 (0.97)	0.00	0.14	0.713
	KG (n=26)	2.10 (0.80)	2.39 (0.74)			

kindliche Fürsorge – Muttersicht	IG (n=19)	2.29 (0.91)	2.61 (1.03)	0.00	0.00	0.970
	KG (n=17)	2.04 (0.56)	2.35 (0.64)			
kindliche Fürsorge – Vatersicht	IG (n=14)	2.23 (0.54)	2.36 (0.89)	0.01	0.21	0.651
	KG (n=9)	2.19 (1.16)	2.47 (0.93)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; EKI: Eltern-Kind-Inventar; \* $p \leq 0.05$

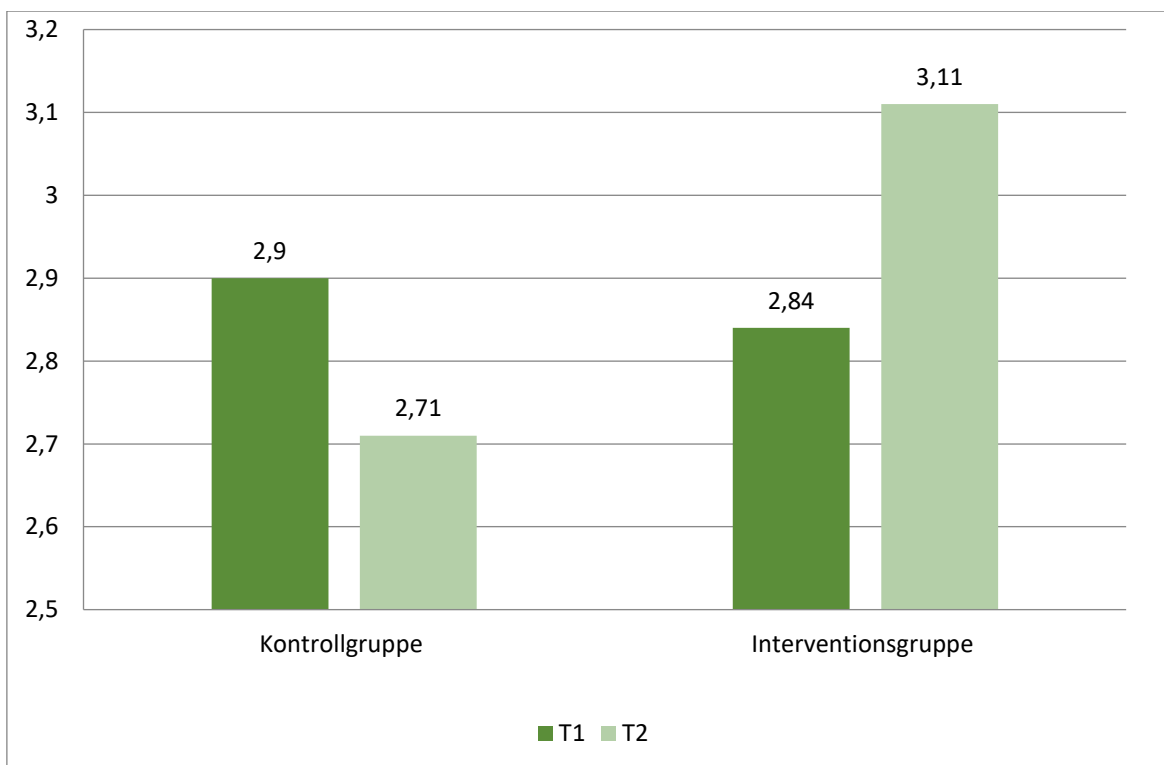


Abbildung 6: Durch die Mütter angegebene Mittelwerte in der Skala kindliche Echtheit des EKI (Eltern-Kind-Inventar) zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2

Die Analyse des EBF-E zeigte einen signifikanten Anstieg der Mittelwerte in der Risikoskala Emotionale Vereinnahmung (vgl. Abbildung 7). Für die weiteren Subskalen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden (42).

Ebenfalls in der Risikoskala Emotionale Vereinnahmung ließ sich eine signifikante Veränderung für die Subgruppe der Mütter finden, welche in Abbildung 7 dargestellt ist. Die Ressourcenskala Kohäsion und Hilfe zeigten einen Anstieg auf deskriptiver Ebene, verfehlten eine signifikante Interaktion im Betrachtungsbereich der Mütter knapp. In den übrigen Subskalen (Autonomie, Konflikte, unangemessene Bestrafung, Ablehnung oder Gleichgültigkeit,

Überprotektion) konnten keine signifikanten Veränderungen für die Mütter beobachtet werden.

Die Väter zeigten im gesamten EBF-E keine signifikanten Effekte. Die mittleren Werte für die Subskala Autonomie und der Summenskala Ressourcen fielen im Falle der Väter aus der Interventionsgruppe ab, während gleichzeitig die Mittelwerte der Kontrollgruppe anstiegen. Diese Beobachtung zeigte sich als nicht signifikant (42). Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 einzusehen.

*Tabelle 8: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Mittelwerte des Elternbildfragebogens in der Elternversion vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)*

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)
<b>EBF-E</b>						
Emotionale Vereinnahmung – Elternsicht	IG (n=32)	1.34 (0.50)	1.46 (0.54)	0.10	5.90	0.018*
	KG (n=25)	1.08 (0.50)	0.95 (0.58)			
Emotionale Vereinnahmung - Muttersicht	IG (n=18)	1.47 (0.46)	1.65 (0.56)	0.17	6.71	0.014*
	KG (n=16)	1.23 (0.52)	1.08 (0.64)			
Emotionale Vereinnahmung - Vatersicht	IG (n=14)	1.16 (0.51)	1.21 (0.40)	0.03	0.57	0.458
	KG (n=9)	0.81 (0.33)	0.72 (0.40)			
Kohäsion - Elternsicht	IG (n=33)	2.95 (0.56)	2.98 (0.58)	0.01	0.71	0.400
	KG (n= 26)	2.88 (0.63)	2.82 (0.55)			
Kohäsion – Muttersicht	IG (n=19)	2.99 (0.54)	3.06 (0.59)	0.08	2.94	0.096
	KG (n=17)	3.08 (0.50)	2.93 (0.50)			
Kohäsion - Vatersicht	IG (n= 14)	2.89 (0.59)	2.86 (0.57)	0.06	1.26	0.274
	KG (n=9)	2.49 (0.71)	2.62 (0.63)			

Hilfen - Elternsicht	IG (n=33)	1.11 (0.50)	1.11 (0.50)	0.04	2.17	0.150
	KG (n=25)	0.93 (0.45)	0.76 (0.42)			
Hilfen – Muttersicht	IG (n=19)	1.11 (0.50)	1.18 (0.55)	0.09	3.28	0.079
	KG (n=16)	0.94 (0.51)	0.72 (0.44)			
Hilfen - Vatersicht	IG (n=14)	1.11 (0.52)	1.02 (0.41)	0.00	0.00	0.970
	KG (n=9)	0.92 (0.35)	0.83 (0.42)			
Autonomie - Elternsicht	IG (n=32)	2.52 (0.47)	2.41 (0.52)	0.03	1.68	0.200
	KG (n=25)	2.59 (0.41)	2.60 (0.45)			
Autonomie - Muttersicht	IG (n=19)	2.45 (0.49)	2.33 (0.53)	0.02	0.56	0.460
	KG (n=16)	2.61 (0.43)	2.58 (0.51)			
Autonomie - Vatersicht	IG (n=13)	2.62 (0.43)	2.52 (0.52)	0.06	1.34	0.063
	KG (n=9)	2.56 (0.39)	2.64 (0.33)			
Konflikte - Elternsicht	IG (n=33)	2.36 (0.57)	2.30 (0.55)	0.04	2.44	0.120
	KG (n=25)	2.15 (0.55)	2.22 (0.65)			
Konflikte - Muttersicht	IG (n=19)	2.37 (0.653)	2.32 (0.59)	0.02	0.51	0.479
	KG (n=16)	2.19 (0.57)	2.22 (0.66)			
Konflikte – Vatersicht	IG (n=14)	2.36 (0.46)	2.27 (0.51)	0.11	2.70	0.115
	KG (n=9)	2.08 (0.53)	2.22 (0.67)			
Unangemessene Bestrafung - Elternsicht	IG (n=32)	0.34 (0.35)	0.36 (0.32)	0.00	0.01	0.940
	KG (n=26)	0.28 (0.31)	0.31 (0.34)			

Unangemessene Bestrafung - Muttersicht	IG (n=19)	0.33 (0.35)	0.35 (0.34)	0.01	0.43	0.518
	KG (n=17)	0.33 (0.35)	0.29 (0.33)			
Unangemessene Bestrafung - Vatersicht	IG (n=13)	0.36 (0.37)	0.38 (0.30)	0.06	1.30	0.270
	KG (n=9)	0.19 (0.18)	0.33 (0.37)			
Ablehnung und Gleichgültigkeit – Elternsicht	IG (n=32)	0.27 (0.36)	0.27 (0.35)	0.01	0.30	0.590
	KG (n=25)	0.22 (0.28)	0.19 (0,28)			
Ablehnung und Gleichgültigkeit – Muttersicht	IG (n=19)	0.30 (0.41)	0.26 (0.28)	0.01	0.19	0.668
	KG (n=17)	0.18 (0.23)	0.18 (0.26)			
Ablehnung und Gleichgültigkeit - Vatersicht	IG (n=13)	0.21 (0.29)	0.29 (0.44)	0.12	2.64	0.121
	KG (n=8)	0.31 (0.37)	0.22 (0.34)			
Überprotektion - Elternsicht	IG (n= 32)	1.77 (0.75)	1.96 (0.86)	0.03	1.89	0.170
	KG (n=26)	1.88 (0.80)	1.91 (0.92)			
Überprotektion – Muttersicht	IG (n=18)	1.83 (0.66)	2.07 (0.81)	0.02	0.02	0.442
	KG (n=17)	2.04 (0.87)	2.16 (0.90)			
Überprotektion - Vatersicht	IG (n=14)	1.68 (0.87)	1.82 (0.94)	0.09	1.98	0.174
	KG (n=9)	1.58 (0.59)	1.44 (0.80)			
Ressourcen gesamt – Elternsicht	IG (n=33)	2.71 (0.39)	2.67 (0.41)	0.00	0.02	0.890
	KG (n=26)	2.72 (0.41)	2.69 (0.39)			
Ressourcen - gesamt Muttersicht	IG (n=19)	2.72 (0.39)	2.70 (0.37)	0.02	0.71	0.405
	KG (n=17)	2.82 (0.38)	2.71 (0.45)			

Ressourcen gesamt - Vatersicht	IG (n=14)	2.70 (0.40)	2.63 (0.40)	0.17	4.21	0.053
	KG (n=9)	2.52 (0.40)	2.63 (0.2.6)			
Risiko gesamt – Elternsicht	IG (n=33)	1.24 (0.32)	1.30 (0.31)	0.03	1.55	0.220
	KG (n=26)	1.15 (0.31)	1.14 (0.37)			
Risiko gesamt – Muttersicht	IG (n=19)	1.29 (0.31)	1.34 (0.26)	0.02	0.77	0.387
	KG (n=17)	1.22 (0.33)	1.21 (0.37)			
Risiko gesamt- Vatersicht	IG (n=14)	1.17 (0.33)	1.23 (0.36)	0.04	0.76	0.390
	KG (n=9)	1.02 (0.25)	1.02 (0.34)			
EBF-E Gesamtwert – Elternsicht	IG (n=28)	1.54 (0.51)	1.46 (0.50)	0.01	0.17	0.690
	KG (n=22)	1.69 (0.46)	1.66 (0.54)			
EBF-E Gesamtwert – Muttersicht	IG (n=17)	1.40 (0.60)	1.31 (0.52)	0.00	0.00	1.000
	KG (n=14)	1.74 (0.46)	1.65 (0.64)			
EBF-E Gesamtwert - Vatersicht	IG (n=11)	1.74 (0.26)	1.70 (0.36)	0.06	1.16	0.297
	KG (n=8)	1.61 (0.48)	1.69 (0.32)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; EBF-E: Elternbildfragebogen-Elternversion; \* $p \leq 0.05$

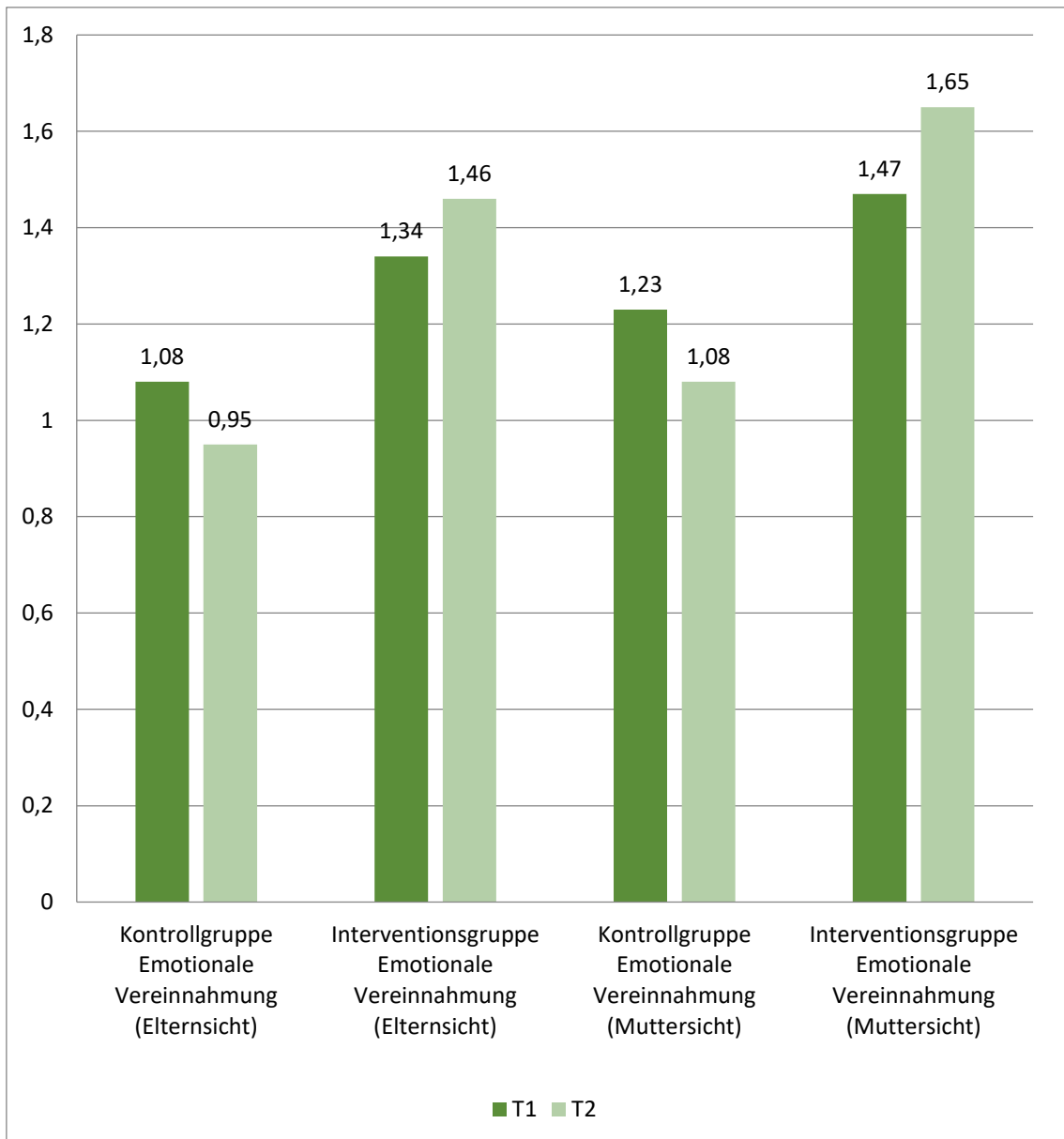


Abbildung 7: Mittelwerte in der Subskala Emotionale Vereinnahmung des EBF-FE (Elternbildfragebogen – Elternversion) für die Untergruppen der Mütter und beide Elternteile zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2

In den freien Fragen gaben acht Eltern (rund 14%) in der Prä-Befragung an, dass es häufig oder sehr häufig zu aggressiven körperlichen Auseinandersetzungen beim Streitthema Mediennutzung kam (42).

Die Veränderungen in der von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern angegebenen Häufigkeit von allen Streitigkeiten über die Mediennutzung in der Familie wurden mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ermittelt. In der Interventionsgruppe senkten sich die Medianwerte der Streithäufigkeit signifikant

( $z=-3.01$ ,  $p=0.003$ ; Prä:  $M=3.79$ , Post:  $M=3.00$ ), wohingegen sie in der Kontrollgruppe keine signifikante Veränderung aufwiesen ( $z=-0.73$ ,  $p=0,47$ ; Prä:  $M=3.19$ , Post:  $M=3.08$ ). Die Veränderung der Mittelwerte ist in Abbildung 8 dargestellt (42).

In der Subgruppe der Mütter aus der Interventionsgruppe zeigte sich ebenfalls eine statistische Signifikanz ( $z=-2.75$ ,  $p=0.005$ ; Prä:  $M=3.58$ , Post:  $M=2.63$ ) sowie auch in der Interventionsgruppe bei Eltern mit Kindern und Jugendlichen, die voranging Computer spielten ( $z=-2.87$ ,  $p=0.003$ ; Prä:  $M=4.13$ , Post:  $M=2.80$ ). Dagegen verringerte sich die angegebene Häufigkeit der Konflikte nicht signifikant in der Subgruppe der Väter ( $z=-1.41$ ;  $p = 0.203$ ; Prä:  $M=4.07$ , Post:  $M=3.50$ ) und bei Eltern mit übermäßig auf Social Media fokussierten Kindern und Jugendlichen ( $z=-1.39$ ,  $p=0.219$ ; Prä:  $M=3.43$ , Post:  $M=2.71$ ). In der Kontrollgruppe war in jeglicher Subgruppe kein signifikanter Unterschied festzustellen (42).

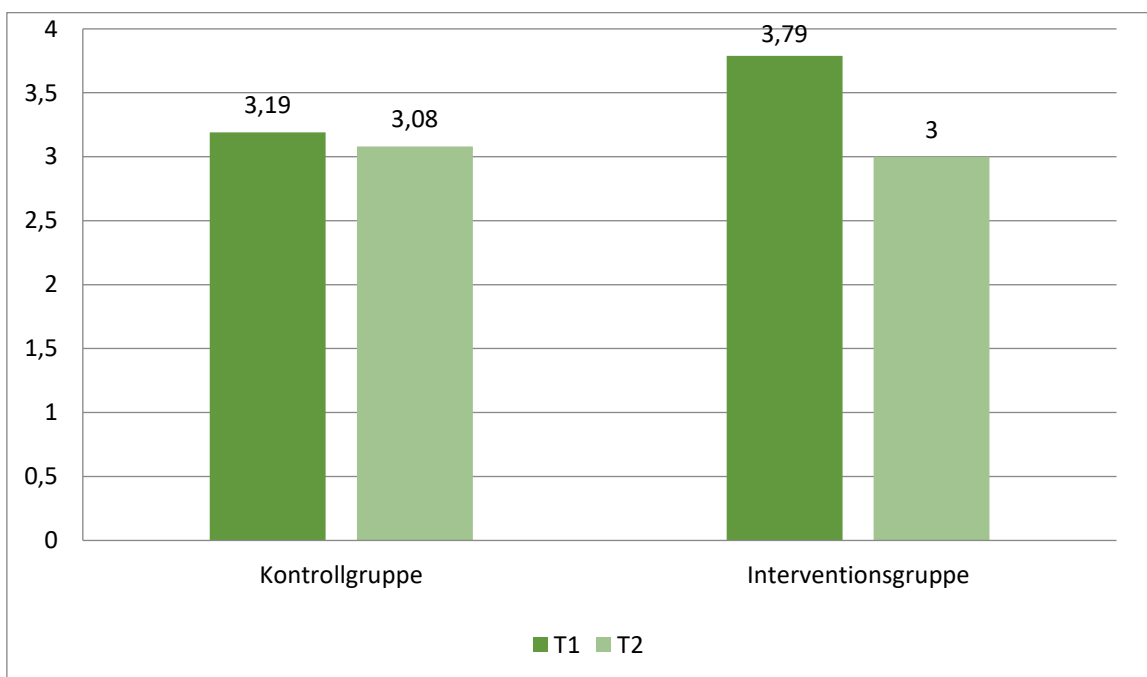


Abbildung 8: Mittelwerte der Antworten der Eltern auf die Frage „Wie häufig gibt es über die Mediennutzung Streit in der Familie?“ (1=Weniger als wöchentlich / 5=Mehrmals täglich) zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2

### **3.1.3 Internetnutzungsstörung**

**Hypothese 3:** „Die Intensität der Internetnutzungsstörung bzw. die problematische Internetnutzung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nimmt nach Einschätzung der Eltern im Verlauf des ISES! Gruppentrainings ab.“

Rund 41% der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (n=24) erfüllten der CSAS aus Elternsicht zufolge die DSM-5 Diagnosekriterien (mind. fünf von neun Kriterien) einer Internet Gaming Disorder (42). Weitere rund 31% (n=18) können nach dieser Vorgehensweise als gefährdet bzw. Risikokonsumentinnen und Risikokonsumenten eingestuft werden (zwei bis vier Kriterien erfüllt) (42) und rund 24% (n=14) erfüllten höchstens ein Kriterium und galten als unauffällig.

Die Eltern ordneten die Medienproblematik ihres Kindes in der Prä-Befragung im Schnitt hoch ein (M=8.86, SD=1.20; 1=nicht problematisch /10=sehr problematisch), wohin gegen selbige vermuteten, dass ihr Kind die eigene Mediennutzung deutlich weniger problematisch wahrnimmt (M=3.53, SD=2.25; 1=nicht problematisch / 10=sehr problematisch) (42).

Analysierte man die Varianzen multivariat, so lassen sich signifikant niedrigere mittlere Gesamtwerte in der CIUS-P der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach dem ISES! Gruppentraining feststellen (vgl. Tabelle 9, Abbildung 9). Eine Signifikanz konnte nicht für die CSAS-FE gefunden werden. Bei Betrachtung der Subgruppe Risikokonsumentinnen und Risikokonsumenten (zwei bis vier Kriterien des DSM-5 erfüllt) zeigte sich in der CSAS-FE ein signifikanter Interventionseffekt (vgl. Abbildung 10). Für die Subgruppen der pathologischen Konsumentinnen und Konsumenten (mehr als fünf Kriterien des DSM-5 erfüllt) und der unauffälligen Nutzerinnen und Nutzern wurden die Effekte nicht signifikant (42). In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Prä–Post-Analyse für die CIUS-P und die CSAS-FE dargestellt.

Tabelle 9: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Symptomatik der Jugendlichen (Elternsicht) vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)
<b>CIUS-P</b>						
CIUS-P Gesamtwert	IG (n=30)	41.57 (7.96)	38.40 (7.98)	0.08	4.22	0.045*
	KG (n=24)	40.50 (6.57)	40.54 (6.06)			
<b>CSAS-FE</b>						
CSAS-FE Gesamtwert	IG (n=29)	36.79 (9.06)	33.28 (11.85)	0.02	0.92	0.342
	KG (n=23)	33.91 (8.95)	32.57 (10.36)			
CSAS-FE Untergruppe: 0-1 Kriterien erfüllt	IG (n=7)	27.14 (5.08)	26.14 (8.92)	0.01	0.05	0.823
	KG (n=5)	21.80 (3.27)	20.20 (2.17)			
CSAS-FE Untergruppe: 2-4 Kriterien erfüllt	IG (n=9)	33.00 (3.67)	25.56 (3.84)	0.39	10.33	0.005*
	KG (n=9)	32.00 (5.29)	33.89 (8.13)			
CSAS-FE Untergruppe: ≥ 5 Kriterien erfüllt	IG (n=13)	44.62 (6.19)	42.46 (10.60)	0.01	0.27	0.611
	KG (n=9)	42.56 (10.60)	38.11 (9.73)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; CIUS-P=Compulsive Internet Use Scale - Elternversion; CSAS-FE=Computer Game Addiction Scale - Elternversion; \* p≤.05

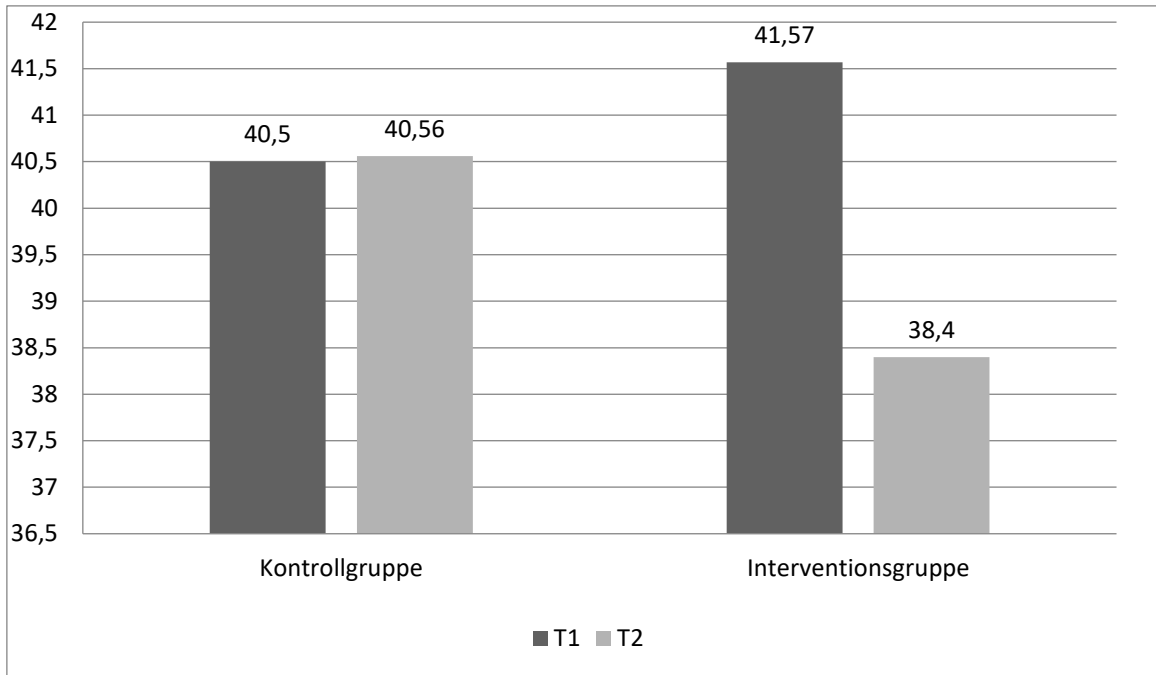


Abbildung 9: Mittlere CIUS-P Gesamtwerte (Compulsive Internet Use Scale - Elternversion) zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2

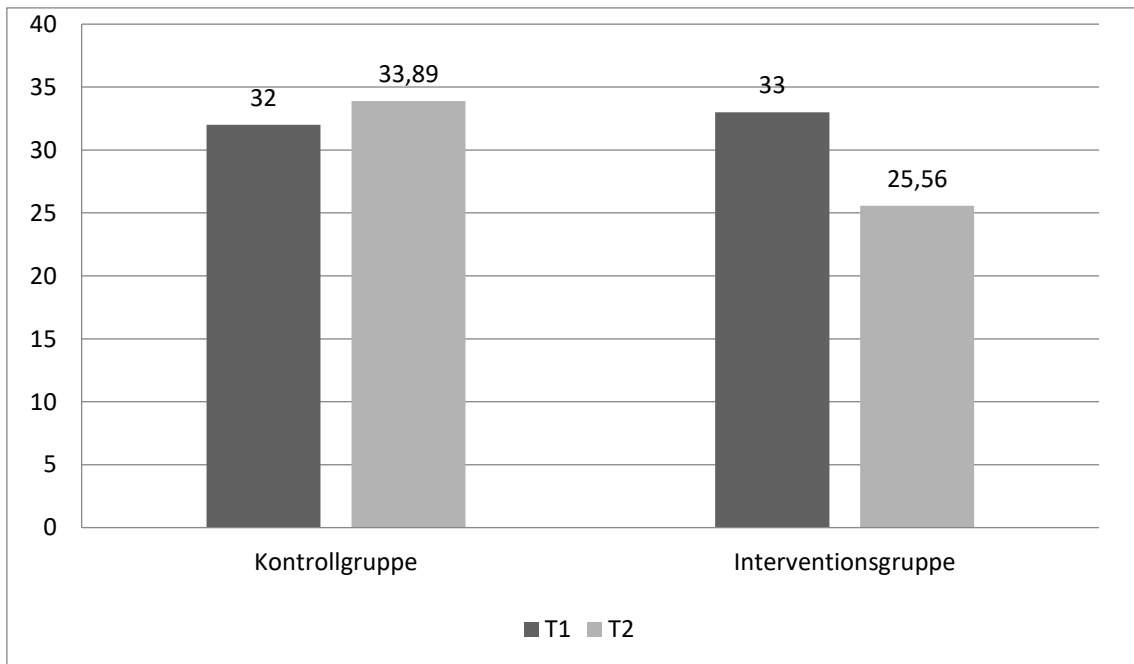


Abbildung 10: Mittelwerte der CSAS-FE (Computer Game Addiction Scale – Elternversion) von Eltern gefährdeter Computerspiel-Nutzerinnen und Nutzern (2-4 Kriterien in der DSM-5 erfüllt) zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T2

## 3.2 Nebenbefunde

### 3.2.1 Zentrumseffekte

Im Zuge der Datenauswertung wurden die drei Zentren Tübingen, Heidelberg und Frankfurt a. M. separat untersucht.

In den DASS 21 ließ sich lediglich in der Heidelberger Stichprobe eine signifikante Veränderung der Mittelwerte im Fragebogen für Depression finden, wobei es neben dem leichten Anstieg in der Interventionsgruppe Heidelberg (n=4) von  $M=2.25$  ( $SD=2.06$ ) auf  $M=3.00$  ( $SD=2.71$ ) zu einem starken Abfall der Mittelwerte in der Kontrollgruppe Heidelberg (n=5) von  $M=3.40$  ( $SD=2.07$ ) auf  $M=0.40$  ( $SD=0.89$ ) kam ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 10.54$ ,  $p = 0.014$ ,  $\eta_p^2 = 0.60$ ). Ähnliches ließ sich in der Frankfurter Stichprobe in Bezug auf die Depressionsskala beobachten. Hierbei verfehlte der Effekt die Signifikanz knapp ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 3.76$ ,  $p = 0.084$ ,  $\eta_p^2 = 0.30$ ). Für Tübingen konnte keine signifikante Veränderung festgestellt werden. In den übrigen Fragebögen der DASS 21 zeigten sich für alle Zentren ebenso keine signifikanten Effekte. Die Frage, wie häufig die Eltern von der Internetnutzung ihres Kindes gestresst seien, verzeichnete nur am Standort Tübingen signifikant niedrigere Mittelwerte ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 6.18$ ,  $p = 0.018$ ,  $\eta_p^2 = 0.14$ ).

Im Eltern-Kind-Inventar zur Eltern-Kind-Beziehung konnte lediglich in der Heidelberger Stichprobe zur Skala kindliche Empathie ein Anstieg der Mittelwerte registriert werden, welcher die Signifikanz knapp verfehlte ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 0.52$ ,  $p = 0.052$ ,  $\eta_p^2 = 0.44$ ). Die im EBF-E gemessenen Mittelwerte der Skalen blieben für fast alle Standorte unauffällig. Eine statistische Signifikanz wurde lediglich im Zentrum Tübingen für die sinkenden Mittelwerte der Skala Konflikte ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 5.72$ ,  $p = 0.022$ ,  $\eta_p^2 = 0.13$ ) und die steigenden Mittelwerte der Skala emotionale Vereinnahmung ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 5.26$ ,  $p = 0.028$ ,  $\eta_p^2 = 0.12$ ) ermittelt. Zusätzlich zu den Fragebögen wurde auch für die Zentren getrennt die angegebene Häufigkeit von allen Streitigkeiten über die Mediennutzung in der Familie ausgewertet. In Tübingen reduzierten sich die Mediane der Streithäufigkeit sowohl in der Interventionsgruppe ( $z = -2.17$ ,  $p = 0.035$ ; Prä:

M=3.77, Post: M=3.05) als auch in der Kontrollgruppe ( $z=-2.33$ ,  $p=0.039$ ; Prä: M=3.24, Post: M=2.82) signifikant. In den beiden Standorten Heidelberg und Frankfurt a. M. ließen sich sowohl in Interventions- als auch in der Kontrollgruppe keine signifikanten Veränderungen nach der Intervention bzw. Wartezeit feststellen.

In der CIUS-P wurden solitär in Frankfurt a. M. sinkende Mittelwerte in der Interventionsgruppe gemessen, welche die statistische Signifikanz knapp verfehlten ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 3.89$ ,  $p = 0.080$ ,  $\eta_p^2 = 0.30$ ). Sonst blieben die Werte der Zentren statistisch unauffällig. In der CSAS-FE waren nur am Standort Heidelberg die Mittelwerte signifikant niedriger ( $F_{\text{time} \times \text{group}} = 6.28$ ,  $p = 0.046$ ,  $\eta_p^2 = 0.51$ ). Sowohl in der CIUS-P also auch in der CSAS-FE waren die Mittelwerte in Tübingen zu Beginn der Messung höher (CIUS: M=42.76, SD=7.01; CSAS: M=36.15, SD=9.47) als die in Heidelberg (CIUS: M=37.00, SD=6.63; CSAS: M=34.63, SD=9.52) oder Frankfurt a. M. (CIUS: M=37.64, SD=6.85; CSAS: M=34.10, SD=7.70). In einem t-Test für unabhängige Stichproben zeigte sich hierbei ein signifikanter Unterschied in den Ausgangsmittelwerten der CIUS-P bezüglich Tübingen und Heidelberg ( $t(43)=-2.13$ ,  $p=0.039$ ) und Tübingen und Frankfurt ( $t(46)=-2.14$ ,  $p=0.038$ ).

Alle Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen.

### **3.2.2 Behandlungsbereitschaft**

Die Frage, wie wichtig es ihnen wäre, dass sich ihr Kind mit ihnen über sein Problemverhalten auseinandersetzt (1=nicht wichtig / 10=sehr wichtig), beantworteten die Eltern im Durchschnitt mit 9.05 (SD=1.51). Ebenso hohe Mittelwerte erzielten die meisten Eltern in der Frage nach der Wichtigkeit, dass ihr Kind sein Problemverhalten verändert (M=9.69, SD=0.68) oder professionelle Hilfe für diese Veränderung in Anspruch nimmt (M=8.22, SD=2.28) (42).

Es zeigten sich signifikante Interventionseffekte bezüglich der Fragen, ob die Eltern schätzten, dass ihr Kind motiviert wäre, mit Ihnen das Problemverhalten zu besprechen und ob es motiviert wäre, das Problemverhalten zu verändern.

Für die Frage, ob ihr Kind motiviert wäre, professionelle Hilfe zu suchen, ließ sich kein signifikanter Effekt feststellen (42). Die Veränderung der Behandlungsbereitschaft des Kindes aus Elternsicht ist in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Behandlungsbereitschaft der Jugendlichen (Elternsicht) vor und nach dem ISES! Gruppentraining (42)

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)
<b>„Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation Ihres Kindes, sich mit Ihnen über sein Problemverhalten auseinanderzusetzen?“</b>						
Einzelfrage: Motivation über das Problem zu sprechen	IG (n=33)	3.00 (2.18)	3.33 (2.50)	0.08	4.83	0.032*
	KG (n=26)	3.92 (2.61)	2.85 (1.98)			
<b>„Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation Ihres Kindes, sein Problemverhalten zu ändern?“</b>						
Einzelfrage: Motivation das Problemverhalten zu ändern	IG (n=33)	2.94 (1.95)	3.39 (2.46)	0.08	4.68	0.035*
	KG (n=26)	3.58 (2.42)	2.77 (1.61)			
<b>„Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation Ihres Kindes, für eine Veränderung des Problemverhaltens professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen?“</b>						
Einzelfrage: Motivation professionelle Hilfe zu suchen	IG (n=33)	2.48 (1.99)	3.12 (2.91)	0.03	1.97	0.166
	KG (n=26)	4.15 (3.04)	3.96 (3.23)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; Alle drei Fragen jeweils mit 10 Antwortmöglichkeiten, 1=gering, 10=sehr hoch; \* p<.05

## 4 Diskussion

### 4.1 Elterliche Belastung

Der Stress von Eltern mit symptombelasteten Kindern (nach CSAS-FE) war deutlich erhöht im Vergleich zu Familien mit im CSAS-FE unauffälligen Kindern. Insgesamt fühlten sich die Eltern stark und häufig belastet. Dies ist vereinbar

mit Berichten aus dem klinischen Alltag (32) und der aktuellen Suchtforschung (29).

In der vorliegenden Studie kam es zu keiner relevanten Veränderung des Stressess oder der Angst und zu keinem Abfall des Depressionsscores. Auf Basis der Erkenntnisse aus Familieninterventionen für Angehörige einer substanzgebundenen Sucht wäre eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens zum Beispiel in Bezug auf Depressionen (86, 87), Wut (86, 87), Anspannung (87) und Erschöpfung (87) zu erwarten gewesen. Eék et al. beispielsweise konnten mit ihrem internetbasierten CRAFT- Programm für Angehörige behandlungsresistenter alkoholkranker Menschen den Depressionsscore signifikant senken, während die übrigen Skalen der DASS als tendenziell sinkend berichtet werden konnten. Allerdings verlor sich in diesem Fall der signifikante Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Wartegruppe im 12- und 24-Wochen-Follow-Up (88). In einer nicht-kontrollierten Studie zum Thema „Problematic Gaming“, welche zusätzlich zur Therapie der Kinder auch deren Eltern mit einbezog, konnte eine Stressreduktion bei den Eltern festgestellt werden (12).

Eventuell spielen andere konstante Stressoren und Ängste im Falle der vorliegenden Studie eine Rolle, die das ISES! Gruppentraining nicht adressiert z. B. beruflicher Stress und Zukunftsangst während der Covid-19 Pandemie.

Allerdings bleibt die Stichprobe im Schnitt unter den klinisch relevanten Cut-off Werten für Angst, Depression und Stress. In der von Lam mit der DASS untersuchten Stichprobe aus 1098 Eltern-Kind-Paaren aus Hongkong fanden sich unter den Eltern mit internetabhängigen Jugendlichen 6% mit dem Risiko für eine mäßig bis starke Depression, 4% mit Angstzuständen und 8% mit mäßig bis starken Stresserscheinungen (36). Eine Assoziation mit der Internetnutzungsstörung ihrer Kinder zeigte sich allerdings nur bei der elterlichen Depression (36). Konträr dazu fanden Wartberg et al. keinen Zusammenhang zwischen Depressionen der Eltern und einer Computerspielstörung beim Kinde, hingegen sei allerdings die elterliche Angst (hier gemessen mit der Generalized Anxiety Disorder Scale-2) mit der Computerspielstörung assoziiert (48).

Die Depressionsscores stiegen für die Väter, hingegen nicht für die Mütter, an. Ein Erklärungsansatz wäre, dass das ISES! Gruppentraining mit dem Informationsangebot und Übungen zu einer vermehrten gedanklichen Beschäftigung der Väter mit der Problematik geführt hat. Ähnliches konnte in einer aus Korea stammenden Studie von Lee et al., in der Heranwachsende ihren Smartphonekonsum über einen Zeitraum von zwei Wochen dokumentieren und mit den Eltern reflektieren sollten, beobachtet werden. Nach der Anwendung stieg die Sorge beider Elternteile aus der Gruppe der 46 hochrisikobehafteten Jugendlichen an (89). Je nach Rollenverteilung innerhalb der Familie könnten die Mütter in der vorliegenden Studie von vorneherein im Alltag bereits stärker mit den Ausmaßen der mutmaßlichen Sucht konfrontiert worden sein. Inwieweit für diese Theorie das vorausgesetzte, konservative Rollenbild auf unsere Stichprobe zutrifft, bleibt unklar. Desweiteren muss hinterfragt werden, ob Veränderungen auf den drei Skalen, die im subklinischen Bereich liegen, verglichen werden können.

Dennoch berichteten die Eltern nach dem ISES! Gruppentraining, sie fühlten sich durch die Internetnutzung ihrer Kinder weniger gestört. Dies kann daran liegen, dass der Auslöser (das Mediennutzungsverhalten des Kindes) durch den Erfolg des Trainings wegfällt oder dass die Eltern durch Unterrichtseinheiten wie „Wertschätzung eines Problems“ und dem Kommunikationstraining einen anderen Umgang gelernt haben. In der Empirie berichteten einige Eltern im Training, dass es ihnen allein durch den Austausch mit anderen Betroffenen besser ginge oder sie im Vergleich mit besonders schweren Schicksalen ihre familiäre Situation mehr wertschätzten bzw. zuversichtlicher gestimmt waren. Dass dieses Ergebnis in der Gruppe der Mütter und der Gruppe der Väter die Signifikanz knapp verfehlte, lässt sich eventuell auf den kleinen Stichprobenumfang zurückführen.

Es lässt sich feststellen, dass durch eine Einzelfrage Anzeichen identifiziert werden können, die auf eine Reduktion der Elternbelastung durch das ISES! Gruppentraining hindeuten. In der DASS 21 ließ sich dafür kein Anhalt finden. Die väterliche Belastung erfuhr einen Anstieg.

## 4.2 Eltern-Kind-Beziehung

Das Einfühlungsvermögen des Kindes in seine Eltern und die Authentizität des Kindes gegenüber seinen Eltern stieg aus Elternsicht jeweils für die Mütter und die Gesamtstichprobe an, was für eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung spricht. Ebenso verspürten Mütter eine verstärkte Verbindung zu ihrem Kind und mehr Hilfe vom selbigen. Die emotionale Vereinnahmung der Mütter stieg nach dem ISES! Gruppentraining an. Im EBF-E ist diese Skala bei den Risikoskalen hinterlegt, da sie eine Parentifizierung abbildet. Im Falle der vorliegenden Studie kann die Entwicklung allerdings positiv gesehen werden, indem sie von einer Bereitschaft des Kindes zeugt, sich auf die bestehende Problematik und Ärgernisse in der Familie einzulassen (Zum Beispiel Item 25: „Ich habe mit meinem Kind meine Sorgen besprochen“). Aus diesem Grund wurden der Gesamtwert des EBF-E sowie der Risikosummenwert nicht weiter bewertet.

Allerdings waren nur die kindliche Echtheit (aus Muttersicht) und die emotionale Vereinnahmung (Sicht beider Elternteile und Muttersicht) signifikant. In weiteren Skalen des EBF-E zeigten sich keine Veränderungen, wobei zum Beispiel die Mittelwerte für unangemessene Bestrafung schon zum Prä-Messzeitpunkt auf sehr geringem Niveau waren, sodass eine weitere Verbesserung marginal ausfallen würde (vgl. Tabelle 8). Für die Väter ließ sich keine positive Entwicklung in der Eltern-Kind-Beziehung feststellen. Die Ursache für die sinkenden Mittelwerte in der Skala zur Autonomie und der Ressourcensumme ist unklar. Eventuell sahen sich die Väter nach dem Training angehalten, ihr Kind strenger zu reglementieren.

Die Ergebnisse erweitern die bestehenden, bisher rar gestreuten Befunde aus China, Korea und den USA. So konnte in einer Studie von Han et al., die viermal pro Woche für eine Stunde am Tag den Familien gemeinsame Zeit verordnete, eine Steigerung der Familienkohäsion festgestellt werden (15), während Liu et al. in ihrer Studie durch eine Multifamilientherapie die Beziehung und Kommunikation der Jugendlichen zu ihren Eltern verbessern konnten (67). Die vorliegende Studie folgt der Aufforderung von Brandhorst et al., die Subskalen der Beziehungsfragebögen ebenfalls zu berichten, um ein detailreicheres

Verständnis über die Familienfaktoren der Internetnutzungsstörung zu erlangen (13).

Das ISES! Gruppentraining konnte die Häufigkeit von Streitigkeiten reduzieren, was für einen Erfolg der im Training enthaltenen Einheiten zur Deeskalation und Kommunikation spricht. Auffällig ist, dass sich die Streithäufigkeit wiederum nur für die Mütter und nicht die Väter verringert. Warum ein Unterschied in den Geschlechtern eine Rolle in den berichteten Befunden spielt, kann nicht abschließend geklärt werden. Es kann erneut vermutet werden, dass dies die Auswirkung einer unterschiedlichen Rollenverteilung der Elternteile innerhalb der Familie ist. In der Bedeutung der elterlichen Geschlechter für die Internetnutzungsstörung ihres Kindes finden sich in der Literatur heterogene Ansichten. So sei laut Kim et al. die paternale Kommunikation nicht assoziiert mit der Computerspielstörung der Kinder, die Entfremdung vom Vater allerdings schon (90). Die Vater-Kind-Beziehung sei Li et al. zur Folge ein stärkerer Mediator für die Computerspielstörung als die mütterliche Beziehung (91). Shek et al. hingegen kamen zur Schlussfolgerung, dass sowohl gute Vater-Kind- als auch gute Mutter-Kind-Beziehungen eine geringere Internetnutzungsstörung vorhersagen, wohingegen eine väterliche Verhaltenskontrolle einen positiven Effekt und eine mütterliche psychische Kontrolle einen negativen Effekt auf die Sucht des Kindes hätten (60). Eine Vernachlässigung durch den Vater in Kombination mit einem autoritären Erziehungsverhalten der Mutter zeigte nach Lukavská et al. eine Assoziation mit starker „problematischer Internetnutzung“ (61). Viele weitere Autoren beschäftigen sich mit dem geschlechterabhängigen Unterschied der Eltern-Kind-Beziehung und einer Internetnutzungsstörung ohne einheitliches Ergebnis (58, 64, 92, 93, 94).

Zusätzlich wird nur bei der Gruppe der Eltern von Gamerinnen und Gamern und nicht in der Gruppe der Social Media Nutzerinnen und Nutzern eine verringerte Konflikthäufigkeit verzeichnet. Dies zeigt sich inkonsistent zu den Ergebnissen der Meta-Analyse von Zhu et al., wonach die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung stärker mit der Eltern-Kind-Beziehung assoziiert sei als „exzessive Internetnutzung“ (95). Somit wäre gerade in diesem Feld eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen wünschenswert

gewesen. Die Aussagekraft der hier vorliegenden Studie wird abgeschwächt, da die Einteilung in die Nutzersubgruppen nicht völlig eindeutig möglich war (vgl. Kapitel 4.5).

Nicht eruierbar ist, ob Streitigkeiten im Verlauf resigniert vermieden wurden, um den Frieden in der Familie herzustellen, ob das Problem auf sachlicher Ebene durch gute Kommunikation geklärt werden konnte, oder ob es weniger Anlässe zu Streitigkeiten gab. In der Forschungsliteratur finden sich Hinweise, dass die Häufigkeit von Streit eng mit dem Eindruck der Eltern hinsichtlich der Internetnutzungsstörung verbunden sei, unabhängig davon, ob ein pathologisches Verhalten messbar sei. Dies belastete die Familie (18). Die Abnahme von Streitigkeiten, eventuell als Folge einer Verbesserung im Familienklima oder einer veränderten Suchtwahrnehmung, kann also durchaus Erfolg des ISES! Gruppentraining gesehen werden. Dies steht im Einklang mit der Angabe der Eltern, sich durch das Spielverhalten weniger gestört zu fühlen.

Final kann gesagt werden, dass die Mutter-Kind-Beziehung eine Verbesserung erfährt, aber keine Verbesserung der Vater-Kind-Beziehung durch das ISES! Gruppentraining festzustellen war. Familienkonflikte konnten reduziert werden.

### **4.3 Internetnutzungsstörung**

Rund 24% der Kinder erfüllten nach der CSAS aus Elternsicht weniger als zwei Kriterien einer Internet Gaming Disorder. Zugleich schätzten Eltern im Schnitt die Mediennutzung als deutlich problematischer ein als ihre Kinder ihre eigene Mediennutzung (dem Ermessen der Eltern nach). Mit Blick in die aktuelle Studienlage finden sich einerseits Belege, dass die Sicht der Eltern mit der ihrer Kinder zum Thema Internet Gaming Disorder weitestgehend übereinstimmt (96), andererseits zeigte sich, dass die Perspektive auf ein „exzessives Mediennutzungsverhalten“ von Beteiligten (CIUS, Eltern und Kinder) unterschiedlich sein kann (18). In einer klinischen Stichprobe aus dem Rhein-Neckar-Kreis (97) und einer Schweizer Studie (76) zeigte sich eine deutliche Abweichung zwischen den Angaben der Eltern und der Selbstausskunft ihrer Kinder über ihre Computerspielstörung.

Aus den mittleren Werten in der CIUS-P zwischen 41.57 (Interventionsgruppe) und 40.50 (Kontrollgruppe) lässt sich ableiten, dass die Stichprobe nach der Wahrnehmung der Eltern stark symptombelastet ist. Im Vergleich mit der deutschen Normalbevölkerung überschreiten die Kinder und Jugendlichen der teilnehmenden Eltern damit massiv die Mittelwerte in den Altersgruppen 14-17 (M=14.17) und 18-24 (M=11.80). 99.93% der Jugendlichen zwischen 14 und 17 erreichten in der Selbstauskunft niedrigere CIUS-Summenwerte als 40 (98). Zum einen kann daraus geschlossen werden, dass die untersuchte Stichprobe hervorstechend klinisch belastet sein könnte, zum anderen darf nicht außer Acht gelassen werden, dass wie beschrieben, die Sicht der Eltern von der Selbstauskunft der Betroffenen abweichen kann und es zur Überschätzung des tatsächlichen klinischen Bildes gekommen sein könnte. Hierbei kam es bereits bei der Anmeldung zur Selektion, denn das Trainingsangebot wurde vermutlich vermehrt von aufmerksamen Eltern angenommen, welche die Symptome ihrer Kinder als sehr präsent und problematisch empfanden.

Die Ergebnisse des CIUS-P zeigen, dass sich die Schwere der Internetnutzungsstörung in der vorliegenden Stichprobe aus Sicht der Eltern reduzieren ließ. Dies deckt sich mit Erkenntnissen vorheriger Studien, welche Elternfaktoren mit in die Therapie der Kinder einbeziehen und ebenfalls die Symptombelastung einer Internetnutzungsstörung verringern konnten (67, 99). Dem entgegen steht die Analyse von González-Bueso et al., die in ihrer Studie zwar den positiven Effekt einer Psychoedukation der Eltern im Hinblick auf die Adhärenz von Jugendlichen weiter an einer Therapie teilzunehmen zeigten, allerdings keinen Profit für die eigentliche Suchtsymptomatik erzielten (100). Chang et al. konnten in ihrer Meta-Analyse keinen Einfluss auf die Behandlung der Kinder durch eine Einbeziehung der Eltern finden (2).

Im Fall der Computerspielstörung profitierten nur die Risikonutzerinnen und Risikonutzer vom ISES! Gruppentraining, während sich kein Effekt für unauffällige oder pathologische Nutzerinnen und Nutzer zeigte. Mit diesem Befund lässt sich das Training zu den Frühinterventionen wie Escapade (101) und Game Over Intervention (77) einordnen.

Auf die Frage, ob die Eltern das Gefühl hätten, dass die Lockdown-Situation die Internetnutzung Ihres Kindes verändert habe, gaben in den meisten Fällen die Eltern an, dass sich die Situation während des Lockdowns verschärft habe. Dies steht im Einklang mit den aktuellen Erkenntnissen der Forschung, wonach nicht nur die Prävalenz einer Internetnutzungsstörung im Vergleich vor und während der Covid-19-Pandemie über das Doppelte hinaus stieg, sondern auch die Symptomschwere zunahm (1). Eine andere mögliche Erklärung wäre, dass die Beobachtung der Eltern durch die Entwicklung der Kinder erklärbar sein könnte und die Kinder über den Zeitraum der Pandemie in ein Alter kamen, in dem das Thema Medien relevanter für sie wurde.

Das ISES! Gruppentraining kann aus Sicht der Eltern die Symptombelastung für eine Internetnutzungsstörung reduzieren und vorbeugend auf eine Computerspielstörung wirken. Damit bietet es eine Alternative für besorgte Eltern, deren Kinder nicht direkt adressierbar sind.

#### **4.4 Zentrumseffekte**

*Psychische Belastung der Eltern:* Zwischen den Standorten wurden einige Unterschiede festgestellt. So schienen an den Zentren Heidelberg und Frankfurt a. M. die Werte der Interventionsgruppen für Depression zu steigen. Allerdings fiel bei den Kontrollgruppen der Depressionswert stark, was die Hauptursache für diesen Effekt sein könnte. Ursächlich dafür könnte sein, dass die Kontrollgruppe erleichtert war, zu einem hilfreichen Training angemeldet zu sein und sich bis zum Trainingsbeginn weniger mit ihren Sorgen beschäftigte. Alleine in Tübingen fühlten sich die Trainingsteilnehmerinnen und -teilnehmer weniger gestresst, was an der Zusammensetzung der Stichprobe oder Besonderheiten im Training liegen könnte.

*Eltern-Kind-Beziehung:* Wie in Kapitel 4.2 beschrieben, kann die Skala emotionale Vereinnahmung statt als Risikoskala der Parentifizierung auch positiv als Skala für den authentischen Dialog zwischen Eltern und Kind gesehen werden. Im Training werden die Eltern motiviert, ihre Sorgen bezüglich des kindlichen Verhaltens mit ihrem Kind zu besprechen. Nur in Tübingen konnte eine signifikant erhöhte emotionale Vereinnahmung beschrieben werden. Die

Streithäufigkeit sank in der Tübinger Stichprobe für Interventions- und Kontrollgruppe, weshalb nicht eindeutig zu klären ist, ob die Familien aufgrund des anstehenden Trainings Streitigkeiten seltener austrugen und auf den Effekt des Trainings auf die Streitursache warteten, ob sie entspannter gegenüber Streitthemen waren, weil sie baldige Unterstützung erwarteten, oder ob tatsächlich auch das Training einen Anteil an der gesunkenen Streithäufigkeit hatte. Die Einzelfrage zur Streithäufigkeit wurde mit dem Wilcoxon-Rangsummentest ausgewertet. Allerdings nahm auch die multivariat ausgewertete Konflikthäufigkeit für die Tübinger Interventionsgruppe ab, was dem Training zumindest einen Teilerfolg in diesem Bereich zusprechen kann.

*Internetnutzungsstörung:* In der CIUS-P, dem Messinstrument für die Internetnutzungsstörung, fanden sich nur in Frankfurt a. M. leichte Anzeichen auf eine Verbesserung der Symptome, die die Signifikanz knapp verfehlten und nur in Heidelberg waren verbesserte Werte in der CSAS-FE zu messen. Interessanterweise hatten sowohl der Standort Heidelberg als auch der Standort Frankfurt a. M. zu Beginn bereits deutlich niedrigere Ausgangsmittelwerte als Tübingen in der CIUS-P zu verzeichnen. In einer Metaanalyse von Zhu et al. konnte zusammenfassend festgestellt werden, dass eine Intervention für Internetnutzungsstörungen bei Jugendlichen auf Basis der Eltern-Kind-Beziehung vor allem dann einen protektiven Erfolg erzielen konnte, wenn noch keine schwerwiegenden Symptome der Erkrankung vorlagen (95). Ob dies im Besonderen auch auf die Computerspielstörung zutrifft und warum nicht in beiden externen Zentren jeweils signifikante Verbesserungen messbar waren, bleibt offen. Eventuell spielt die Stichprobengröße hier eine Rolle.

Für die Unterschiede an den Zentren existieren verschiedene Erklärungsansätze:

Die niedrigeren Ausgangsmittelwerte in der Skala zur Internetnutzungsstörung legen nahe, dass sich die Stichproben der drei Zentren voneinander unterschieden. Eventuell fühlten sich durch das Training in den verschiedenen Städten unterschiedlich eingestellte Menschengruppen angesprochen, welche schließlich mit den Trainingsinhalten unterschiedlich umgingen. Möglicherweise

unterschieden sie sich in anderen sozialen bzw. gesellschaftlichen Punkten, die mit den Fragen zur Einordnung der Stichprobe nicht erfasst wurden.

Desweiteren bringt neben jeder Trainerin und jedem Trainer jedes Gruppenmitglied seine eigenen persönlichen Erfahrungen und Sorgen zum Austausch mit, sodass eine uniforme Trainingsstunde nicht möglich ist. Eventuell gab es trotz Manual an den unterschiedlichen Standorten unterschiedliche Schwerpunkte im ISES! Gruppentraining.

Zu beachten ist, dass die Stichproben in den anderen Standorten sehr gering (n zwischen zwei und sieben) waren. Dies schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse bezüglich der Standorte Heidelberg und Frankfurt a. M. sehr ein.

#### **4.5 Behandlungsbereitschaft**

Aus den Angaben der Eltern ist ersichtlich, dass diese ihren Kindern nach dem ISES! Gruppentrainings mehr Motivation zusprechen, ihr Problemverhalten zu ändern und mit den Eltern zu besprechen. Hingegen gab es keine Veränderung in der Einstellung des Kindes, professionelle Hilfen für diese Problematik zu suchen. Es deutete sich in vergangenen Interventionen bereits an, dass das Involvieren der Eltern die Kinder und Jugendlichen motivieren kann, die bereits begonnene Therapie aufrecht zu erhalten (100). So ist es denkbar, dass durch das Einbeziehen von Angehörigen nach dem Erfolg im Bereich der substanzbezogenen Süchte (102) auch die Kinder und Jugendlichen mit einer problematischen Mediennutzung durch ein Elternttraining zum Beginnen einer Therapie motiviert werden können. Im Fall der vorliegenden Studie konnte erreicht werden, dass die Eltern den Eindruck erhielten, mit ihrem Kind besser über die Problematik sprechen zu können und eine erhöhte Veränderungsbereitschaft wahrnahmen. Warum der letzte Schritt zu professionellen Hilfen nicht ebenfalls eine gesteigerte Handlungsmotivation zeigt, ist unklar. Zum einen könnte die Familie bereits Unterstützung erhalten, zum anderen könnten immer noch alte Vorurteile bezüglich psychiatrischer Behandlung bestehen oder das Kind noch ungenügend Problemeinsicht aufbringt. Eventuell stellte auch das Wort „suchen“ in der Frage zur Bereitschaft für professionelle Hilfe eine Hürde dar und die Motivation eines 12 bis 20 Jahre

alten Kindes, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen wäre höher, bereits angebotene Hilfe anzunehmen statt eigenständig zu suchen.

Es zeigt sich dennoch, dass das ISES! Gruppentraining eine Veränderungsbereitschaft anstoßen kann. Ob diese aufrecht erhalten oder sogar gesteigert wird, werden die Follow-Up-Daten zeigen.

#### **4.6 Stärken und Limitationen**

Sicherlich als eine Stärke des Trainings kann angesehen werden, dass es in der Interventionsgruppe zu keinem Drop Out kam. Dies deutet darauf hin, dass die Eltern zufrieden mit den Trainingsinhalten waren und sie für sinnvoll erachteten. Eine direkte Befragung der Eltern ist zwar erfolgt, aber bisweilen noch nicht ausgewertet.

Für die Studie spricht ihr multizentrisches Design mit Randomisierung und Kontrollgruppe, ebenso wie die getrennte Auswertung der Mütter und Väter und aller Subskalen. Allerdings rekrutierten die Zentren sehr ungleich, weshalb ein Vergleich der Stichproben aus unterschiedlichen Zentren eingeschränkt ist.

Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer fühlen sich der deutschen bzw. der europäischen Kultur zugehörig. Dies ist bei der Einordnung der Ergebnisse zu beachten, da Fachkreise kulturelle Unterschiede in Zusammenhang mit der Internetnutzungsstörung diskutieren (95). Durch die homogene Stichprobe lässt sich eine gute Aussage über die Wirksamkeit des Programmes im europäischen Kulturkreis treffen, allerdings liegt die Schwäche darin, dass die Ergebnisse nicht für betroffene Eltern aus beispielsweise der asiatischen Kultur verallgemeinert werden können.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie ihre Kinder kamen überwiegend aus einem Milieu hoher Bildung. Es bleibt offen, ob das Training ähnliche Effekte in einer Gruppe aus Probandinnen und Probanden aus bildungsferneren Verhältnissen erzielt.

In unserem Training wurden nur sechs Mädchen von den Eltern als Problemfälle genannt, was einen geringen Anteil aller Kinder ausmacht. Dafür scheinen mehrere Erklärungsansätze realistisch: Einerseits assoziieren die

angesprochenen Eltern möglicherweise das konzipierte Training stärker mit einer Internet Gaming Disorder, welche statistisch mehr Jungen betrifft, während sich Mädchen eher auf problematische Weise auf Social Media fokussieren (103, 104). Andererseits bleibt eine Internetnutzungsstörung bei Mädchen vermutlich häufiger unerkannt, da die vorrangige Nutzung sozialer Medien im Alltag dem Umfeld weniger als problematisch präsent ist (105, 106). Desweiteren scheinen bei weiblichen Betroffenen eher die Patientin selbst (103) oder die Therapeutin beziehungsweise der Therapeut zuweisend zu einer suchtspezifischen Therapie zu sein (106), während es im männlichen Falle die Angehörigen - zum Beispiel die Eltern - sind (103, 106). Zudem liegt der Onset einer Internetnutzungsstörung bei Frauen im Schnitt bei 21 Jahren (unterdessen Jungen mit durchschnittlich 13 Jahren erkranken) (103) und befindet sich damit am Rande unserer Einschlusskriterien (vgl. Kapitel 2.2.1.). Aktuell ist aufgrund der geringen Anzahl an weiblichen Kindern und Jugendlichen in dieser Studie keine Aussage für diese Gruppe möglich.

Da die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung mit keinem Fragebogen abgefragt wurde, kann im Rahmen dieser Auswertung keine Aussage dazu getroffen werden, ob die Gruppe, welche in der CSAS unauffällig war, tatsächlich jene der Social Media Nutzerinnen und Nutzer ist. Ebenso können die Auswirkungen des ISES! Gruppentrainings auf Nutzerinnen und Nutzern sozialer Netzwerke bzw. Betroffene einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung nicht geprüft werden. Die Art der Mediennutzung wurde anhand der Freitextantworten zugeordnet. Die Videoplattform YouTube wurde, basierend auf der allgemein gängigen Meinung, dem Social Media Bereich zugeordnet (107). Sollte das Kind dort allerdings vor allem Let's Plays oder ähnlichen Gamer Content konsumieren, ist es fraglich, ob diese Kategorie eindeutig ist.

In die Studie eingeschlossen wurden sowohl Eltern, deren Kinder bereits eine Behandlung erfuhren, als auch Eltern, deren Kinder noch keine professionelle Hilfe hatten. Die Einordnung, welche Hilfen die Familie in Anspruch nahm und welche Therapie bei dem betroffenen Kind oder Jugendlichen erfolgte, war nicht klar vorzunehmen, da die betreffende Frage mit Freitext auszufüllen war und sich so viele Antworten einer genaueren Differenzierung entzogen. Daher können die

Ergebnisse der Studie nicht unter dem Gesichtspunkt der bereits laufenden Therapie der Kinder untersucht werden.

Eine Limitation ist die Erfassung des kindlichen Verhaltens ausschließlich durch die Berücksichtigung der Elternsicht. Es ist nicht klar abgrenzbar, ob sich die gemessenen Werte tatsächlich verbessern oder sich nur die Wahrnehmung der Eltern ändert.

Einschränkend ist auch die bisher ausstehende Follow-Up-Diagnostik, um die Stabilität der erzielten Veränderungen beurteilen zu können, insbesondere im Hinblick auf das Eintreten von Langzeiteffekten über den Beobachtungszeitraum von acht Wochen hinaus.

In der Auswertung stellt die fehlende Bonferroni-Korrektur eine Limitation da, welche bei Bewertung der signifikanten Ergebnisse berücksichtigt werden muss, da es durch das Hypothesen generierende Vorgehen zur Alphafehlerkumulierung gekommen sein könnte.

Methodisch limitierend ist, dass die Fragebögen CSAS-FE und CIUS-P jeweils mit ihren Items einen Zeitraum von einem Jahr abfragen, weshalb die Ergebnisse in der Post-Befragung nach acht Wochen noch nicht voll aussagekräftig sind. Weitere Eigenschaften, wie die Motivation zu Veränderung, wurden nur mit Einzelfragen aufgezeichnet, welche ebenfalls als Limitation zu nennen sind. Desweiteren wurden einige Fragebögen (zum Beispiel der EBF-E oder das EKI) nicht in deutscher Sprache validiert (vgl. Kapitel 2.1.).

#### **4.7 Perspektiven**

Die Teilnehmerzahl überschritt die angesetzten 50 Personen, dennoch wäre ein größerer Stichprobenumfang für zukünftige Studien wünschenswert, um Subgruppen untersuchen zu können. Vor allem sollten hierbei an den externen Zentren mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Studie rekrutiert werden. Ebenfalls sollte eine sensiblere Erfassung und Einteilung der Subgruppen in die jeweiligen Nutzungstypen erfolgen und die bestehende Behandlung des Kindes gezielter abgefragt werden. Unter diesem Gesichtspunkt wäre es interessant, das Training in einem klinischen Setting durchzuführen und eine differenzierte

Auswerte mit Einbeziehung der bereits laufenden Therapie vorzunehmen. Eine vermehrte Rekrutierung von Eltern mit betroffenen Mädchen und jungen Frauen so wie die Erfassung der Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung würde das Bild vervollständigen.

Methodisch sollte die Wahl der Fragebögen für zukünftige Studien verfeinert werden. So sollte zum Beispiel der abgefragte Zeitraum von zwölf Monaten der CIUS und der CSAS angepasst werden. Weiterhin wären Fragebögen vorzuziehen, die eine andere Art der elterlichen Belastung erfassen, um ein differenzierteres Bild zu erhalten. Zum Beispiel könnte die Hilflosigkeit der Eltern eingehender betrachtet werden. Da in der Motivation der Kinder und Jugendlichen zur Veränderung ein Unterschied erkenntlich wurde, könnte in zukünftigen Studien diese mit etablierten Tests erfasst werden (z. B. mit der Internetbezogenen Version des Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (iSOCRA-TES-D) (108, 109)).

Im Training selbst könnten an die jeweilige Zielgruppe angepasst mehr praktische Übungen in Form eines interaktiven Rollenspiels oder einer Simulation eingebaut werden, um Personen zu adressieren, die Schwierigkeiten haben, theoretische Kommunikationshilfen in realen Situationen spontan umzusetzen oder in abstrakten Modellen zu denken. Innerhalb einer fremden Gruppe ist dies durch die persönliche Schamgrenze oder Hemmung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschränkt und sollte gegen Ende des achtwöchigen Trainings in Erwägung gezogen werden. Weiterhin wünschten sich in den Rückmeldungen viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr Raum in den Trainingseinheiten, um alle geplanten Inhalte zufriedenstellend zu besprechen. Um die einzelnen Trainingssitzungen nicht weiter zu verlängern, könnte erwogen werden, das Training um eine weitere Sitzung zu ergänzen und die Inhalte auf mehr Zeiteinheiten zu verteilen. Ein weiterer Vorteil hiervon wäre, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr Zeit hätten, die Übungen zu Hause umzusetzen, was ebenfalls gelegentlich im Training bemängelt wurde. Zu beachten sind bei dieser Planung die begrenzten Ressourcen auf therapeutischer Seite. Inhaltlich wäre es denkbar, die Eltern am ersten Termin zu einer fortlaufenden Dokumentation ihrer eigenen Internet- oder Medienaktivität

anzuregen (vergleichbar mit den Ansätzen von Hülquist et al. (12)), um sie verstärkt auf ihre Vorbildfunktion und Mechanismen der persönlichen Stressreduktion aufmerksam zu machen. In der letzten Sitzung des Trainings werden üblicherweise alternative Freizeitgestaltungen besprochen. Dieses Thema könnte man um die Ergebnisse des Nutzungsprotokolls ergänzen. Eventuell trägt der Eindruck durch das Selbstmonitoring zu mehr Motivation bei der Umsetzung der Vorsätze bei. In diesem Zuge sollte das elterliche Nutzungsverhalten ebenfalls mittels eines Fragebogens gemessen werden, um für zukünftige Auswertungen Rückschlüsse auf das kindliche Nutzungsverhalten und die eigene Stressbelastung ziehen zu können.

Die Auswertung der Follow-Up-Daten und der Befragung der Jugendlichen selbst steht noch aus. Als nächsten Schritt werden bereits ein Manual für die Implementierung in die Praxis erstellt, welches in den nächsten Jahren im Kohlhammer Verlag erscheinen soll, und ein Online-Training erprobt (51).

Schlussfolgerung: In der Auswertung ohne Follow-Up-Daten hat sich bereits gezeigt, dass das ISES! Gruppentraining in dieser Form Eltern von Jugendlichen mit den erlebten Symptomen einer Internetnutzungsstörung und erlebter beginnender Computerspielstörung unterstützen kann und ebenfalls positive Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung, Familienkonflikte und die Veränderungsmotivation der betroffenen Kinder und Jugendlichen hat. Aus diesem Grund kann das Training in der Praxis eingesetzt werden. Eventuell ist es notwendig, einzelne Inhalte wie beschrieben an entsprechende Zielgruppen anzupassen. Für Langzeiteffekte kann ohne weitere Auswertung keine Aussage getroffen werden.

## 5 Zusammenfassung

*Einführung:* Die Computerspielstörung und Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung als Teilbereich der Internetnutzungsstörung haben einen Leidensdruck für betroffene Jugendlichen und deren Eltern zur Folge. Da Familienfaktoren (z. B. die Eltern-Kind-Beziehung) beim kindlichen Suchtverhalten relevant sind, wurde ein Training entwickelt, welches Eltern von Jugendlichen mit problematischer Internetnutzung adressiert. In sechs Einheiten wurde Psychoedukation betrieben sowie Kommunikation, Erziehung und Stressreduktion thematisiert.

*Fragestellung:* Wie hilfreich erleben Eltern von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit von den Eltern als problematisch erlebter Nutzung von Computerspielen und bzw. oder Sozialen Medien das ISES! Gruppentraining in Bezug auf die eigene psychische Belastung, die Eltern-Kind-Beziehung und die erlebte Internetnutzungsstörungssymptomatik ihrer Kinder?

*Material und Methoden:* Zur Erörterung der Fragestellung wurde eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie mit Wartegruppensdesign durchgeführt. Als Fragebögen wurden die DASS 21, das EKI, der EBF-E, der CIUS-P und der CSAS-FE verwendet. An den Standorten Heidelberg, Frankfurt a. M. und Tübingen nahmen insgesamt 59 Eltern von Jugendlichen (Alter 12-20) mit aus Elternsicht auffälliger Internetnutzung teil.

*Ergebnisse:* Eltern gefährdeter oder pathologischer Gamerinnen und Gamer hatten höhere mittlere Stresswerte. Nur die Subgruppe der Väter zeigte einen signifikanten Mittelwert-Anstieg des DASS-Gesamtwerts und der Subskala Depression. Die Eltern fühlten sich nach der Intervention signifikant geringer durch die kindliche Internetnutzung gestört. Im EKI wurde der Anstieg der Mittelwerte für die kindliche Echtheit für die Mütter sowie im EBF-E die emotionale Vereinnahmung für die Mütter und die gemischte Elternstichprobe signifikant. Die Werte für Streithäufigkeit verringerten sich in der Interventionsgruppe für die Gesamtelterngruppe und die Mütter. Der mittlere Gesamtwert für die CIUS-P sank signifikant in der Interventionsgruppe. In der CSAS-FE zeigten sich signifikant niedrige Mittelwerte nur in der Subgruppe der Risikonutzerinnen und -nutzer.

*Diskussion:* Der Anstieg des Gesamt- sowie des Depressionsscores der Väter zeigt eventuell, dass die vermehrte Auseinandersetzung mit dem Thema die Väter zum Reflektieren anregte, wohingegen die Mütter bereits im Alltag mit der Problematik mehr konfrontiert sein könnten. Dass beide Elternteile berichteten, sich durch die Internutzung des Kindes weniger gestört zu fühlen, kann als Entlastung gesehen werden. Die Mutter-Kind-Beziehung kann als verbessert angesehen werden, da Mütter ihr Kind als authentischer erlebten und eine vermehrte Offenheit gegenüber ihren Sorgen verspürten. Warum sich die Streithäufigkeit nur in den Angaben der Mütter verringert, ist unklar. Studien legen nahe, dass Mütter und Väter unterschiedliche Rollen beim Einfluss auf die Internetnutzungsstörung einnehmen. In der Interventionsgruppe ließ sich die erlebte Schwere der Internetnutzungsstörung reduzieren. Durch die Reduktion der Computerspielstörung nur in der Gruppe des Risikokonsums (zwei bis vier Diagnosekriterien erfüllt), eignet sich das Training eher als Präventionsprogramm, weniger als Interventionsprogramm. Neben der Stärke einer randomisierten kontrollierten Studie ohne Drop-Out sind als Limitationen der geringe Anteil an Eltern mit betroffenen Mädchen, die überwiegend europäische Stichprobe aus einer Schicht hoher Bildung und die fehlende Abfrage der Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung zu nennen. Desweiteren beruhen alle Messungen auf der Elternsicht. Perspektivisch steht die Auswertung der Follow-Up-Daten und die Veröffentlichung des Manuals aus, sowie die Erprobung eines Online-Trainings.

*Schlussfolgerung:* Generell ist festzustellen, dass das ISES! Gruppentraining helfen kann, die Symptome einer jugendlichen Internetnutzungsstörung und beginnender Computerspielstörung aus Sicht der Eltern zu reduzieren, die mütterliche Beziehung zum Kind zu stärken und Familienkonflikte zu verringern sowie zu einer Veränderungsmotivation mit unklarer Behandlungsbereitschaft führen kann. Das Training kann in dieser Form in der Praxis erprobt werden. Die geplante Anpassung beschränkt sich auf die zielgruppenspezifische Modifikation einzelner Elemente. Für eine finale Aussage sollten die Follow-Up-Daten beachtet werden.

## 6 Literaturverzeichnis

1. Neumann I, Lindenberg K. Internetnutzungsstörungen unter deutschen Jugendlichen vor und während der COVID-19-Pandemie. *Kindheit und Entwicklung*. 2022;31(4):193-9. doi:10.1026/0942-5403/a000390
2. Chang CH, Chang YC, Yang L, Tzang RF. The Comparative Efficacy of Treatments for Children and Young Adults with Internet Addiction/Internet Gaming Disorder: An Updated Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5). doi:10.3390/ijerph19052612
3. Gjonjeska B, Potenza MN, Jones J, Corazza O, Hall N, Sales CMD, et al. Problematic use of the internet during the COVID-19 pandemic: Good practices and mental health recommendations. *Compr Psychiatry*. 2022;112:1-8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152279>
4. Rumpf H-J, Batra A, Bischof A, Hoch E, Lindenberg K, Mann K, et al. Vereinheitlichung der Bezeichnungen für Verhaltenssuchte. *Sucht*. 2021;67(4):181-5. doi:10.1024/0939-5911/a000720
5. Paschke K, Holtmann M, Melchers P, Klein M, Schimansky G, Kromer T, et al. [Media-associated disorders in childhood and adolescence: Evidence paper of the joint addiction commission of the German societies and professional associations of child and adolescent psychiatry and psychotherapy]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2020;48(4):303-17. doi:10.1024/1422-4917/a000735
6. Pan YC, Chiu YC, Lin YH. Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020;118:612-22. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.08.013
7. Meerkerk G-J, Eijnden R, Garretsen H. Predicting Compulsive Internet Use: It's All about Sex! *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2006;9:95-103. doi:10.1089/cpb.2006.9.95
8. Caplan S. Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Comput Hum Behav*. 2002;18:553-75. doi:10.1016/S0747-5632(02)00004-3
9. Kaess M, Klar J, Kindler J, Parzer P, Brunner R, Carli V, et al. Excessive and pathological Internet use - Risk-behavior or psychopathology? *Addict Behav*. 2021;123:107045. doi:10.1016/j.addbeh.2021.107045
10. Rumpf H-J, Arnaud N, Batra A, Bischof A, Bischof G, Brand M, et al. Memorandum Internetbezogene Störungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). *Sucht*. 2016;62(3):167-72. doi:10.1024/0939-5911/a000425
11. Wartberg L, Aden A, Thomsen M, Thomasius R. [Relationships between family interactions and pathological internet use in adolescents: an review]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2015;43(1):9-17. doi:10.1024/1422-4917/a000328

12. Hülquist J, Fangerau N, Thomasius R, Paschke K. Resource-Strengthening Training for Parents of Adolescents with Problematic Gaming (Res@t-P): A Clinical Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9495):1-16. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph19159495>
13. Brandhorst I, Renner T, Barth GM. [Parental factors in internet and computer game addiction in adolescence: An overview]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2021;50(1):37-50. doi:10.1024/1422-4917/a000817
14. Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *J Behav Addict*. 2017;6(3):321-33. doi:10.1556/2006.6.2017.035
15. Han DH, Kim SM, Lee YS, Renshaw PF. The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2012;202(2):126-31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2012.02.011>
16. Zhu J, Zhang W, Yu C, Bao Z. Early adolescent Internet game addiction in context: How parents, school, and peers impact youth. *Comput Hum Behav*. 2015;50:159-68. doi:10.1016/j.chb.2015.03.079
17. Rehbein F, Kleimann M, Mößle T. Exzessives Computerspielen und Computerspielabhängigkeit im Jugendalter: Ergebnisse einer deutschlandweiten Repräsentativbefragung. *Die Psychiatrie*. 2009;6:140-6. doi:10.1055/s-0038-1669653
18. Kammerl R, Hirschhäuser L, Rosenkranz M, Schwinge C, Hein S, Wartberg L, et al. EXIF-Exzessive Internetnutzung in Familien – Zusammenhänge zwischen der exzessiven Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und dem (medien)erzieherischen Handeln in den Familien.: Lengerich: Pabst Science; 2012.
19. Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. Internet gaming disorder and problematic social media use in a representative sample of German adolescents: Prevalence estimates, comorbid depressive symptoms and related psychosocial aspects. *Comput Hum Behav*. 2020;103:31-6. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.09.014>
20. Paschke K, Austermann MI, Simon-Kutscher K, Thomasius R. Adolescent gaming and social media usage before and during the COVID-19 pandemic. *Sucht*. 2021;67(1):13-22. doi:<https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000694>
21. Bilgin M, Şahin İ, Togay A. Social Media Addiction in Adolescents and Parent-Adolescent Relationship. *Education and Science*. 2020;45(202):263-81. doi:10.15390/EB.2020.8202
22. Andreassen CS, Billieux J, Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z, Mazzoni E, et al. The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav*. 2016;30(2):252-62. doi:10.1037/adb0000160

23. Rehbein F, Kliem S, Baier D, Mößle T, Petry NM. Prevalence of Internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*. 2015;110(5):842-51. doi:10.1111/add.12849
24. Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. The Prevalence and Psychosocial Correlates of Internet Gaming Disorder. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(25):419-24. doi:10.3238/arztebl.2017.0419
25. Rumpf HJ, Achab S, Billieux J, Bowden-Jones H, Carragher N, Demetrovics Z, et al. Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *J Behav Addict*. 2018;7(3):556-61. doi:10.1556/2006.7.2018.59
26. World Health Organization. ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. [zitiert am 13.06.2023]. Abrufbar unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> 2018 [
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. [Zitiert am 13.06.2023] [
28. Petersen KU, Thomasius R, Schelb Y, Spieles H, Trautmann S, Thiel R, et al. *Beratungs-und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland*. 1 ed: Hamburg, HH: Pabst Science Publishers; 2010.
29. Bonnaire C, Liddle HA, Har A, Nielsen P, Phan O. Why and how to include parents in the treatment of adolescents presenting Internet gaming disorder? *J Behav Addict*. 2019;8(2):201-12. doi:10.1556/2006.8.2019.27
30. Lindenberg K, Holtmann M. Einzug der Computerspielstörung als Verhaltenssucht in die ICD-11. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2022;50(1):1-7. doi:10.1024/1422-4917/a000837
31. Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. Maladaptive Coping Styles in Adolescents with Internet Gaming Disorder Symptoms. *Int J Ment Health Addiction*. 2017;16(4):905-16. doi:10.1007/s11469-017-9756-9
32. El Kasmi J, Peukert P, Schlipf S, Barth G, Batra A. Training Angehöriger von Computerspiel- und Internetabhängigen. *Sucht*. 2011;57(1):39-44. doi:10.1024/0939-5911.a000090
33. Paschke K, Austermann MI, Thomasius R. Assessing ICD-11 gaming disorder in adolescent gamers by parental ratings: Development and validation of the Gaming Disorder Scale for Parents (GADIS-P). *J Behav Addict*. 2021;10(1):159-68. doi:10.1556/2006.2020.00105
34. Lam LT, Wong EM. Stress moderates the relationship between problematic Internet use by parents and problematic Internet use by adolescents. *J Adolesc Health*. 2015;56(3):300-6. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.263
35. Chemnad K, Alshakhsi S, Al-Harahsheh S, Abdelmoneium AO, Al-Khalaf MS, Baghdady A, et al. Is it Contagious? Does Parents' Internet Addiction

- Impact Their Adolescents' Internet Addiction? *Soc Sci Comput Rev.* 2022;1(1):1-21. doi:10.1177/08944393221117408
36. Lam LT. Parental mental health and Internet Addiction in adolescents. *Addict Behav.* 2015;42:20-3. doi:10.1016/j.addbeh.2014.10.033
37. Chiu S, Lee J-Z, Huang D-H. Video Game Addiction in Children and Teenagers in Taiwan. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2004;7(5):571-81. doi:10.1089/cpb.2004.7.571
38. Bonnaire C, Phan O. Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Res.* 2017;255:104-10. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.030
39. Peukert P, Sieslack S, Barth G, Batra A. [Internet- and computer game addiction: phenomenology, comorbidity, etiology, diagnostics and therapeutic implications for the addicts and their relatives]. *Psychiatr Prax.* 2010;37(5):219-24. doi:10.1055/s-0030-1248442
40. Zajac K, Ginley M, Chang R, Petry N. Treatments for Internet Gaming Disorder and Internet Addiction: A Systematic Review. *Psychol Addict Behav.* 2017;31(8):979–94. doi:10.1037/adb0000315
41. Zhang X, Zhang J, Zhang K, Ren J, Lu X, Wang T, et al. Effects of different interventions on internet addiction: A meta-analysis of random controlled trials. *J Affect Disord.* 313:56-71. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.013>
42. Brandhorst I, Lahres P, Hanke S, Batra A, Renner T, Barth G, et al. Randomized Controlled Evaluation of a Group-Based Training for Parents of Adolescents with Gaming Disorder or Social Network Use Disorder. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;20(1):1-15. doi:10.3390/ijerph20010272
43. Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse.* 1998;10(3):291-308. doi:10.1016/s0899-3289(99)00003-6
44. Brandhorst I, Petersen KU, Hanke S, Batra A, Renner T, Barth GM. Training for Parents of Adolescents with Gaming Disorder. *Sucht.* 2022;68(6):335-43. doi:<https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000790>
45. Choi D-W, Chun S-Y, Lee SA, Han K-T, Park E-C. The association between parental depression and adolescent's Internet addiction in South Korea. *Ann Gen Psychiatry.* 2018;17(15):1-7. doi:10.1186/s12991-018-0187-1
46. Sakamoto S, Miyawaki D, Goto A, Hirai K, Hama H, Kadono S, et al. Associations between Internet Addiction, Psychiatric Comorbidity, and Maternal Depression and Anxiety in Clinically Referred Children and Adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2022;18:2421-30. doi:10.2147/ndt.S383160
47. Teixeira Filho A, Xavier de Almeida A. Associations Between Internet Addiction, Psychiatric Comorbidity, and Maternal Depression and Anxiety: Potential Underlying Mechanisms [Letter]. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2023;19:689-91. doi:10.2147/ndt.S405413

48. Wartberg L, Kriston L, Kramer M, Schwedler A, Lincoln TM, Kammerl R. Internet gaming disorder in early adolescence: Associations with parental and adolescent mental health. *Eur Psychiatry*. 2017;43:14-8. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.12.013
49. Jang MH, Ji ES. Gender differences in associations between parental problem drinking and early adolescents' Internet addiction. *J Spec Pediatr Nurs*. 2012;17(4):288-300. doi:10.1111/j.1744-6155.2012.00344.x
50. Rikkers W, Lawrence D, Hafekost J, Zubrick SR. Internet use and electronic gaming by children and adolescents with emotional and behavioural problems in Australia - results from the second Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMC Public Health*. 2016;16(399):1-16. doi:10.1186/s12889-016-3058-1
51. Hanke S, Brecht L, Petersen K, Barth GM, Renner T, Batra A, et al. Vorbereitung eines Onlinetrainings für Eltern von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Internetnutzungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*. 2022;31(4):220-8. doi:10.1026/0942-5403/a000393
52. Wang W, Li D, Li X, Wang Y, Sun W, Zhao L, et al. Parent-adolescent relationship and adolescent internet addiction: A moderated mediation model. *Addict Behav*. 2018;84:171-7. doi:10.1016/j.addbeh.2018.04.015
53. Lyu SO. Developmental Process of Internet Gaming Disorder among South Korean Adolescents: Effects of Family Environment and Recreation Experience. *J Child Fam Stud*. 2017;26(6):1527-35. doi:10.1007/s10826-017-0686-8
54. Seok HJ, Lee JM, Park C-Y, Park JY. Understanding internet gaming addiction among South Korean adolescents through photovoice. *Child Youth Serv Rev*. 2018;94:35-42. doi:<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.09.009>
55. Wang P, Gan X, Li H, Jin X. Parental marital conflict and internet gaming disorder among Chinese adolescents: The multiple mediating roles of deviant peer affiliation and teacher-student relationship. *PLoS One*. 2023;18(1):1-15. doi:10.1371/journal.pone.0280302
56. Yuh J. Aggression, social environment, and Internet gaming addiction among Korean adolescents. *Soc Personal Psychol Compass*. 2018;46(1):127-38. doi:<https://doi.org/10.2224/sbp.6664>
57. Zhang H, Spinrad TL, Eisenberg N, Luo Y, Wang Z. Young adults' internet addiction: Prediction by the interaction of parental marital conflict and respiratory sinus arrhythmia. *Int J Psychophysiol*. 2017;120:148-56. doi:10.1016/j.ijpsycho.2017.08.002
58. Tóth-Király I, Morin AJS, Hietajärvi L, Salmela-Aro K. Longitudinal Trajectories, Social and Individual Antecedents, and Outcomes of Problematic Internet Use Among Late Adolescents. *Child Dev*. 2021;92(4):1-21. doi:10.1111/cdev.13525
59. Chen Y-L, Chen S-H, Gau SS-F. ADHD and autistic traits, family function, parenting style, and social adjustment for Internet addiction among

- children and adolescents in Taiwan: A longitudinal study. *Res Dev Disabil.* 2015;39:20-31. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.025>
60. Shek DTL, Zhu X, Dou D. Influence of Family Processes on Internet Addiction Among Late Adolescents in Hong Kong. *Front Psychiatry.* 2019;10(113):1-17. doi:10.3389/fpsy.2019.00113
61. Lukavská K, Vacek J, Gabrhelik R. The effects of parental control and warmth on problematic internet use in adolescents: A prospective cohort study. *J Behav Addict.* 2020;9(3):664-75. doi:10.1556/2006.2020.00068
62. Choo H, Sim T, Liao AKF, Gentile DA, Khoo A. Parental influences on pathological symptoms of video-gaming among children and adolescents: A prospective study. *J Child Fam Stud.* 24:1429-41. doi:10.1007/s10826-014-9949-9
63. Liao AK, Choo H, Li D, Gentile DA, Sim T, Khoo A. Pathological video-gaming among youth: A prospective study examining dynamic protective factors. *Addict Res Theory.* 2015;23(4):301-8. doi:10.3109/16066359.2014.987759
64. Da Charlie CW, HyeKyung C, Khoo A. Role of Parental Relationships in Pathological Gaming. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2011;30:1230-6. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.238>
65. Gentile DA, Choo H, Liao A, Sim T, Li D, Fung D, et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics.* 2011;127(2):319-29. doi:10.1542/peds.2010-1353
66. Lo CKM, Yu L, Cho YW, Chan KL. A Qualitative Study of Practitioners' Views on Family Involvement in Treatment Process of Adolescent Internet Addiction. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;18(1):1-12. doi:10.3390/ijerph18010086
67. Liu Q-X, Fang X-Y, Yan N, Zhou Z-K, Yuan X-J, Lan J, et al. Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addict Behav.* 2015;42:1-8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.021>
68. Liu Q-X, Fang X-Y, Deng L-Y, Zhang J-T. Parent-adolescent communication, parental Internet use and Internet-specific norms and pathological Internet use among Chinese adolescents. *Comput Hum Behav.* 2012;28(4):1269-75. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.02.010>
69. Lindenberg K, Szasz-Janocha C, Schoenmaekers S, Wehrmann U, Vonderlin E. An analysis of integrated health care for Internet Use Disorders in adolescents and adults. *J Behav Addict.* 2017;6(4):579-92. doi:10.1556/2006.6.2017.065
70. Kim K, Ryu E, Chon MY, Yeun EJ, Choi SY, Seo JS, et al. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(2):185-92. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.005

71. Pan PY, Yeh CB. Internet Addiction among Adolescents May Predict Self-Harm/Suicidal Behavior: A Prospective Study. *J Pediatr*. 2018;197:262-7. doi:10.1016/j.jpeds.2018.01.046
72. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(10):937-43. doi:10.1001/archpediatrics.2009.159
73. Bickham DS, Hswen Y, Rich M. Media use and depression: exposure, household rules, and symptoms among young adolescents in the USA. *Int J Public Health*. 2015;60(2):147-55. doi:10.1007/s00038-014-0647-6
74. Tiggemann M, Slater A. NetTweens: The Internet and Body Image Concerns in Preteenage Girls. *J Early Adolesc*. 2014;34(5):606-20. doi:10.1177/0272431613501083
75. Lee J, Bae S, Kim BN, Han DH. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity on longitudinal course in Internet gaming disorder: a 3-year clinical cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021;62(9):1110-9. doi:10.1111/jcpp.13380
76. Nielsen P, Christensen M, Henderson C, Liddle HA, Croquette-Krokar M, Favez N, et al. Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial. *J Behav Addict*. 2021;10(2):234-43. doi:<https://doi.org/10.1556/2006.2021.00022>
77. Li AY-I, Chau C-I, Cheng C. Development and Validation of a Parent-Based Program for Preventing Gaming Disorder: The Game Over Intervention. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(11):1-15. doi:10.3390/ijerph16111984
78. Nilges P, Essau C. [Depression, anxiety and stress scales: DASS--A screening procedure not only for pain patients]. *Schmerz*. 2015;29(6):649-57. doi:10.1007/s00482-015-0019-z
79. Titze K, Wiefel A, Assheuer J, Biermann M, Führer D, Riezler B, et al. Der Elternbildfragebogen für Kinder- und Jugendliche (EBF-KJ). Ergebnisse zur Reliabilität und Validität. *Diagnostica*. 2010;56(2):68-81. doi:10.1026/0012-1924/a000002
80. Meerkerk G-J, Van Den Eijnden RJJM, Vermulst AA, Garretsen HFL. The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychol Behav*. 2009;12(1):1-6. doi:10.1089/cpb.2008.0181
81. Wartberg L, Petersen K-U, Kammerl R, Rosenkranz M, Thomasius R. Psychometric validation of a German version of the compulsive Internet use scale. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014;17(2):99-103. doi:10.1089/cyber.2012.0689
82. Rehbein F, Baier D, Kleimann M, Mößle T. Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS): ein Verfahren zur Erfassung der Internet Gaming Disorder nach DSM 5. 1 ed: Hogrefe; 2015.
83. SoSci survey (version 3.1. 06)[computer software] [Internet]. 2019 [cited 31.10.2022]. Available from: <https://www.sosicisurvey.de>.

84. Jones PR. A note on detecting statistical outliers in psychophysical data. *Atten Percept Psychophys*. 2019;81(5):1189-96. doi:10.3758/s13414-019-01726-3
85. Bühl A. SPSS 18 (ehemals PASW) - Einführung in die moderne Datenanalyse. 12 ed. München: Pearson Studium; 2010.
86. Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(5):688-97. doi:10.1037//0022-006x.67.5.688
87. Kirby KC, Marlowe DB, Festinger DS, Garvey KA, LaMonaca V. Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999;56(1):85-96. doi:[https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00022-8](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00022-8)
88. Eék N, Romberg K, Siljeholm O, Johansson M, Andreasson S, Lundgren T, et al. Efficacy of an Internet-Based Community Reinforcement and Family Training Program to Increase Treatment Engagement for AUD and to Improve Psychiatric Health for CSOs: A Randomized Controlled Trial. *Alcohol and Alcohol*. 2020;55(2):187-95. doi:10.1093/alcalc/agz095
89. Lee H, Seo MJ, Choi TY. The Effect of Home-based Daily Journal Writing in Korean Adolescents with Smartphone Addiction. *jkms*. 2016;31(5):764-9. doi:10.3346/jkms.2016.31.5.764
90. Kim K, Kim K. Internet Game Addiction, Parental Attachment, and Parenting of Adolescents in South Korea. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2015;24(6):366-71. doi:10.1080/1067828x.2013.872063
91. Li X, Ding Y, Bai X, Liu L. Associations between parental mediation and adolescents' internet addiction: The role of parent-child relationship and adolescents' grades. *Front Psychol*. 2022;13:1-14. doi:10.3389/fpsyg.2022.1061631
92. Su B, Yu C, Zhang W, Su Q, Zhu J, Jiang Y. Father-Child Longitudinal Relationship: Parental Monitoring and Internet Gaming Disorder in Chinese Adolescents. *Front Psychol*. 2018;9(95):1-11. doi:10.3389/fpsyg.2018.00095
93. Liu QX, Fang XY, Zhou ZK, Zhang JT, Deng LY. Perceived parent-adolescent relationship, perceived parental online behaviors and pathological internet use among adolescents: gender-specific differences. *PLoS One*. 2013;8(9):1-8. doi:10.1371/journal.pone.0075642
94. Xu J, Shen L-x, Yan C-h, Hu H, Yang F, Wang L, et al. Parent-adolescent interaction and risk of adolescent internet addiction: a population-based study in Shanghai. *BMC Psychiatry*. 2014;14(112):1-11. doi:10.1186/1471-244X-14-112
95. Zhu Y, Deng L, Wan K. The association between parent-child relationship and problematic internet use among English- and Chinese-

- language studies: A meta-analysis. *Front Psychol.* 2022;13:1-26.  
doi:10.3389/fpsyg.2022.885819
96. Wartberg L, Zieglmeier M, Kammerl R. Accordance of Adolescent and Parental Ratings of Internet Gaming Disorder and Their Associations with Psychosocial Aspects. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2019;22(4):264-70.  
doi:10.1089/cyber.2018.0456
97. Szász-Janocha C, Vonderlin E, Lindenberg K. Treatment outcomes of a CBT-based group intervention for adolescents with Internet use disorders. *J Behav Addict.* 2020;9(4):978-89. doi:10.1556/2006.2020.00089
98. Gürtler D, Rumpf H-J, Bischof A, Kastirke N, Meerkerk G-J, John U, et al. Psychometrische Eigenschaften und Normierung der deutschen Version der Compulsive Internet Use Scale (CIUS). *Diagnostica.* 2014;61(4):210-21.
99. Du Y-s, Jiang W, Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44(2):129-34.  
doi:10.3109/00048670903282725.
100. González-Bueso V, Santamaría JJ, Fernández D, Merino L, Montero E, Jiménez-Murcia S, et al. Internet Gaming Disorder in Adolescents: Personality, Psychopathology and Evaluation of a Psychological Intervention Combined With Parent Psychoeducation. *Front Psychol.* 2018;9(787):1-15.  
doi:10.3389/fpsyg.2018.00787
101. Thormann J, Tietze K. ESCapade: Interventionsprogramm für Familien und Kinder mit problematischer Mediennutzung. In: Rietmann S, Sawatzki M, Berg M, editors. *Beratung und Digitalisierung: Zwischen Euphorie und Skepsis.* Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019. p. 341-52.
102. Meyers RJ, Miller WR, Smith JE, Tonigan JS. A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(5):1182-5. doi:  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1182>
103. Müller KW, Wölfling K, Brand M, Koch A, Missel P, Scholz D, et al. Internetbezogene Störungen bei weiblichen Betroffenen: Nosologische Besonderheiten und deren Effekte auf die Inanspruchnahme von Hilfen (IBSfemme). Mainz; 2019. Report No.: ZMVI1-2517FSB804.
104. Scherer L, Mader L, Wölfling K, Beutel ME, Dieris-Hirche J, Müller KW. [Undiagnosed Internet-Related Disorder in the Psychotherapeutic Care System: Prevalence and Gender-Specific Characteristics]. *Psychiatr Prax.* 2021;48(8):423-9. doi:10.1055/a-1364-8396
105. Herrmann M, Stortz C, Perissinotto C. Problematische Internetnutzung in der Schweiz Erkenntnisse und Empfehlungen der Expert\*innengruppe "Onlinesucht" Synthesebericht 2018-2020. Zürich / Lausanne; 2020.
106. Scherer L., Müller K.W., L. M. Internetbezogene Störungen bei Frauen – ein unerkanntes Gesundheitsproblem? *SuchtMagazin* 2020;2(46):36-40.

107. Kaplan A, Haenlein M. Users of the World, Unite! The Challenges and Opportunities of Social Media. Bus Horiz. 2010;53:59-68. doi:10.1016/j.bushor.2009.09.003
108. Wildt Bt. Entwicklung und Evaluation eines Online-Ambulanz-Service zur Diagnostik und Beratung von Internetsüchtigen (OASIS). Bochum; 2018.
109. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). APA. 1997;10(2):81-9. doi:<https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>

## **7 Erklärung zum Eigenanteil**

Die Arbeit wurde in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung unter Betreuung von Prof. Dr. Anil Batra durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Isabel Brandhorst, Forschungsgruppenleitung, Dipl.-Psych. Sara Hanke, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dr. phil. Dipl.-Psych. Kay Uwe Petersen, stellvertretende Forschungsgruppenleitung.

Ein ISES! Gruppentraining wurde von Frau Isabel Brandhorst in Zusammenarbeit mit mir durchgeführt, weitere Gruppentrainings fanden an der Universität Tübingen unter der Leitung von Frau Isabel Brandhorst, Frau Sara Hanke und Herr Kay Uwe Petersen statt. Die Gruppentrainings in Heidelberg und Frankfurt a. M. wurden von an den dortigen Zentren angestellten Mitarbeitern übernommen.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Anleitung durch Herrn Kay Uwe Petersen durch mich.

Tabellen und Abbildungen wurden von mir mit der angegebenen Software erstellt. Abbildung 2: „Rekrutierung und Randomisierung der Trainingsteilnehmerinnen und -teilnehmer im Flussdiagramm über den Zeitraum der Studiendauer“ basiert auf der Vorlage von Frau Isabel Brandhorst und Tabelle 2: „Inhalte des aktuellen Trainings nach Brandhorst, Lahres et al.“ wurde von Frau Brandhorst erstellt und von mir in der deutschen Übersetzung in die Dissertation aufgenommen.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 21.10.2023

## **8 Veröffentlichungen**

Teile der vorliegenden Dissertationsschrift wurden bereits in der folgenden Publikation veröffentlicht:

Brandhorst I, Lahres P, Hanke S, et al. Randomized Controlled Evaluation of a Group-Based Training for Parents of Adolescents with Gaming Disorder or Social Network Use Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. Dec 24 2022;20(1)doi:10.3390/ijerph20010272

## **Danksagung**

Zu aller erst möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Anil Batra bedanken, der mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit unter seiner Leitung durchzuführen.

Des Weiteren möchte ich Herrn Dr. Kay Uwe Petersen danken, der mir stets mit Rat und Tat motivierend zur Seite stand, sei es bei der Themenstellung, der Statistik oder dem Schreibkonzept. Ich danke ihm für sein offenes Ohr, die vielen geistreichen Lösungsvorschläge und die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens.

Ich möchte mich bei Frau Dr. Isabel Brandhorst bedanken, für die Einführung in die Arbeit der Forschungsgruppe, das entgegengebrachte Vertrauen und hilfreiche Feedback während der Gruppentrainings und den vielen wertvollen Ratschlägen und praktischen Hilfen bei meiner Mitarbeit am Paper.

Meinen besonderen Dank an meine Forschungsgruppe für die herzliche Aufnahme im Team und die freundliche, unterstützende und stets konstruktive Arbeitsatmosphäre.

Danke auch an Johannes Rohrberg für seine Unterstützung im Hintergrund, sein kritisches Auge und die Zeit, die er in das Lektorat gesteckt hat und Lea Fundel, die mir jederzeit moralisch Bestand geleistet hat.

## Anhang

*Tabelle Anhang 1: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Belastung der Eltern vor und nach dem ISES! Gruppentraining getrennt nach den Zentren Tübingen, Heidelberg und Frankfurt*

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)
<b>DASS: Gesamtwert</b>						
Tübingen	IG (n=16)	11.69 (8.69)	13.81 (10.33)	0.01	0.22	0.646
	KG (n=15)	8.53 (6.56)	9.47 (6.90)			
Heidelberg	IG (n=4)	9.25 (3.10)	6.75 (2.99)	0.22	2.00	0.200
	KG (n=5)	10.80 (6.65)	4.00 (1.87)			
Frankfurt	IG (n=7)	18.14 (10.98)	18.00 (14.58)	0.17	1.61	0.240
	KG (n=3)	13.33 (6.03)	6.67 (16.43)			

### DASS: Depressionsskala

Tübingen	IG (n=20)	4.65 (4.79)	5.70 (5.92)	0.01	0.43	0.519
	KG (n=15)	3.27 (3.75)	3.27 (3.92)			
Heidelberg	IG (n=4)	2.25 (2.06)	3.00 (2.71)	0.60	10.54	0.014*
	KG (n=5)	3.40 (2.07)	0.40 (0.89)			
Frankfurt	IG (n=7)	5.86 (5.34)	6.29 (6.58)	0.30	3.76	0.084
	KG (n=4)	5.75 (3.78)	2.50 (1.29)			

### DASS: Angstskala

Tübingen	IG (n=20)	1.90 (2.27)	2.25 (3.01)	0.00	0.01	0.921
	KG (n=16)	0.81 (1.28)	1.25 (1.57)			
Heidelberg	IG (n=4)	0.50 (1.00)	0.00 (0.00)	0.07	0.55	0.482
	KG (n=5)	1.80 (1.92)	0.60 (0.55)			
Frankfurt	IG (n=7)	3.14 (1.22)	3.14 (3.44)	0.00	0.02	0.877
	KG (n=3)	1.00 (1.00)	1.33 (2.30)			

**DASS: Stressskala**

Tübingen	IG (n=22)	9.09 (5.55)	9.59 (5.23)	0.00	0.02	0.885
	KG (n=17)	5.82 (4.60)	6.53 (4.69)			
Heidelberg	IG (n=4)	6.50 (2.65)	3.75 (1.26)	0.00	0.01	0.934
	KG (n=5)	5.60 (3.85)	3.00 (1.59)			
Frankfurt	IG (n=7)	8.14 (6.09)	8.57 (5.59)	0.10	1.03	0.336
	KG (n=4)	8.75 (3.86)	6.50 (6.86)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; DASS: Depression, Anxiety, and Stress Scale; Cut-off-Wert der Subskala Depression: 10; Cut-off-Wert der Subskala Angst: 6; Cut-off-Wert der Subskala Stress:10, \*p≤0.05

*Tabelle Anhang 2: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Antworten der Eltern bei der Frage „Wie häufig sind Sie genervt von der Internetnutzung Ihres Kindes?“ (1=nie / 5=sehr häufig), vor und nach dem ISES! Gruppentraining getrennt nach den Zentren Tübingen, Heidelberg und Frankfurt*

	T1	T2	time x group		
	M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)

**„Wie häufig sind Sie genervt von der Internetnutzung Ihres Kindes?“**

Tübingen	IG (n=22)	4.73 (0.55)	4.14 (0.83)	0.14	6.18	0.18*
	KG (n=17)	4.65 (0.79)	4.59 (0.71)			
Heidelberg	IG (n=4)	5.00 (0.00)	4.50 (1.00)	0.30	3.00	0.127
	KG (n=5)	4.20 (0.45)	4.60 (0.55)			
Frankfurt	IG (n=7)	4.43 (0.54)	3.86 (1.22)	0.00	0.01	0.919
	KG (n=4)	5.00 (0.00)	4.50 (0.58)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; \*p≤0.05

*Tabelle Anhang 3: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Mittelwerte des Eltern-Kind-Inventar vor und nach dem ISES! Gruppentraining getrennt nach den Zentren Tübingen, Heidelberg und Frankfurt*

	T1	T2	time x group		
	M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)

**EKI**

	IG (n=21)	2.22 (0.88)	2.41 (0.82)	0.01	1.77	0.676
--	-----------	-------------	-------------	------	------	-------

kindliche Empathie – Tübingen	KG (n=17)	2.20 (0.98)	2.31 (0.77)			
kindliche Empathie – Heidelberg	IG (n=4)	1.83 (0.64)	2.92 (1.10)	0.44	5.46	0.052
	KG (n=5)	2.53 (1.54)	2.40 (1.23)			
kindliche Empathie – Frankfurt	IG (n= 7)	2.90 (0.81)	3.10 (1.05)	0.15	1.64	0.233
	KG (n=4)	2.92 (1.10)	2.67 (0.61)			
kindliche Echtheit – Tübingen	IG (n= 22)	2.70 (0.95)	2.85 (0.93)	0.02	0.76	0.389
	KG (n=17)	2.74 (0.69)	2.74 (0.78)			
kindliches Echtheit – Heidelberg	IG (n=4)	3.25 (0.74)	3.31 (1.05)	0.07	0.52	0.494
	KG (n=5)	2.65 (1.38)	2.40 (1.50)			
kindliche Echtheit – Frankfurt	IG (n=7)	3.00 (0.82)	2.93 (0.98)	0.15	1.63	0.233
	KG (n=4)	3.63 (0.63)	3.06 (0.99)			
kindliche Fürsorge – Tübingen	IG (n=22)	2.11 (0.72)	2.40 (0.98)	0.00	0.00	0.966
	KG (n=17)	2.19 (0.86)	2.49 (0.80)			
kindliche Fürsorge – Heidelberg	IG (n=4)	2.13 (0.25)	2.63 (0.97)	0.02	0.11	0.746
	KG (n=5)	1.95 (0.78)	1.30 (0.70)			
kindliche Fürsorge – Frankfurt	IG (n=7)	2.82 (0.90)	2.75 (1.03)	0.21	2.46	0.152
	KG (n=4)	1.88 (0.66)	2.13 (0.52)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; EKI: Eltern-Kind-Inventar, \* $p \leq 0.05$

*Tabelle Anhang 4: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Mittelwerte des Elternbildfragebogens in der Elternversion vor und nach dem ISES! Gruppentraining getrennt nach den Zentren Tübingen, Heidelberg und Frankfurt*

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)
<b>EBF-E</b>						
Emotionale Vereinnahmung – Tübingen	IG (n=22)	1.28 (0.53)	1.45 (0.54)	0.12	5.26	0.028*
	KG (n=17)	1.10 (0.46)	1.03 (0.54)			
Emotionale Vereinnahmung – Heidelberg	IG (n=3)	1.58 (0.29)	1.50 (0.87)	0.10	0.64	0.453
	KG (n=5)	0.95 (0.65)	0.45 (0.54)			
Emotionale Vereinnahmung – Frankfurt	IG (n=7)	1.39 (0.78)	1.46 (0.63)	0.07	0.60	0.463
	KG (n=3)	0.17 (0.63)	1.33 (0.52)			
Kohäsion – Tübingen	IG (n=22)	2.91 (0.57)	2.90 (0.56)	0.02	0.74	0.395
	KG (n= 17)	2.80 (0.65)	2.68 (0.49)			
Kohäsion – Heidelberg	IG (n=4)	3.20 (0.59)	3.25 (0.68)	0.06	0.48	0.513
	KG (n=5)	3.00 (0.75)	3.24 (0.74)			
Kohäsion – Frankfurt	IG (n= 7)	2.19 (0.53)	3.06 (0.63)	0.21	2.43	0.153
	KG (n=4)	3.05 (0.50)	2.90 (0.35)			
Hilfen – Tübingen	IG (n=22)	1.06 (0.72)	1.14 (0.49)	0.03	1.19	0.283
	KG (n=17)	0.90 (0.35)	0.81 (0.43)			
Hilfen – Heidelberg	IG (n=4)	1.13 (0.15)	0.00 (0.14)	0.01	0.09	0.771
	KG (n=5)	0.90 (0.49)	0.60 (0.29)			
Hilfen – Frankfurt	IG (n=7)	1.25 (0.58)	1.18 (0.64)	0.11	1.00	0.347
	KG (n=3)	1.17 (0.95)	0.75 (0.66)			

Autonomie – Tübingen	IG (n=21)	2.54 (0.50)	2.43 (0.57)	0.02	0.52	0.476
	KG (n=16)	2.58 (0.44)	2.56 (0.48)			
Autonomie – Heidelberg	IG (n=4)	2.56 (0.38)	2.50 (0.35)	0.03	0.23	0.644
	KG (n=5)	2.60 (0.38)	2.65 (0.34)			
Autonomie – Frankfurt	IG (n=7)	2.43 (0.48)	2.29 (0.51)	0.17	1.83	0.210
	KG (n=4)	2.63 (0.43)	2.69 (0.52)			
Konflikte – Tübingen	IG (n=22)	2.42 (0.51)	2.30 (0.55)	0.13	5.72	0.022*
	KG (n=17)	2.26 (0.56)	2.40 (0.59)			
Konflikte – Heidelberg	IG (n=4)	2.19 (0.43)	2.19 (0.32)	0.09	0.67	0.439
	KG (n=5)	2.85 (0.38)	1.85 (0.68)			
Konflikte – Frankfurt	IG (n=7)	2.29 (0.82)	2.36 (0.69)	0.04	2.30	0.598
	KG (n=3)	2.00 (0.66)	2.17 (0.52)			
Unangemessene Bestrafung – Tübingen	IG (n=22)	0.39 (0.37)	0.36 (0.29)	0.02	0.56	0.459
	KG (n=17)	0.35 (0.32)	0.39 (0.36)			
Unangemessene Bestrafung – Heidelberg	IG (n=4)	0.42 (0.42)	0.58 (0.57)	0.10	0.78	0.407
	KG (n=5)	0.07 (0.25)	0.13 (0.18)			
Unangemessene Bestrafung – Frankfurt	IG (n=6)	0.11 (0.17)	0.22 (0.12)	0.28	3.14	0.115
	KG (n=4)	0.25 (0.32)	0.17 (0.33)			
Ablehnung und Gleichgültigkeit – Tübingen	IG (n=21)	0.32 (0.40)	0.31 (0.34)	0.00	0.08	0.830
	KG (n=16)	0.27 (0.30)	0.23 (0.30)			
Ablehnung und Gleichgültigkeit – Heidelberg	IG (n=4)	0.13 (0.25)	0.13 (0.25)	0.10	0.78	0.407
	KG (n=5)	0.15 (0.34)	0.00 (0.00)			

Ablehnung und Gleichgültigkeit – Frankfurt	IG (n=7)	0.21 (0.28)	0.25 (0.46)	0.01	0.13	0.732
	KG (n=4)	0.13 (0.14)	0.25 (0.35)			
Überprotektion – Tübingen	IG (n=21)	1.70 (0.75)	1.93 (0.93)	0.06	2.46	0.125
	KG (n=17)	1.88 (0.75)	1.85 (0.92)			
Überprotektion – Heidelberg	IG (n=4)	2.13 (0.97)	2.06 (1.03)	0.01	0.04	0.840
	KG (n=5)	1.85 (1.21)	1.75 (1.10)			
Überprotektion – Frankfurt	IG (n=7)	1.75 (0.69)	2.00 (0.65)	0.07	0.69	0.429
	KG (n=4)	1.94 (0.63)	2.38 (0.78)			
Ressourcen gesamt – Tübingen	IG (n=22)	2.69 (0.42)	2.63 (0.44)	0.00	0.52	0.822
	KG (n=17)	2.66 (0.42)	2.58 (0.36)			
Ressourcen - gesamt Heidelberg	IG (n=4)	2.88 (0.42)	2.88 (0.24)	0.07	0.49	0.509
	KG (n=5)	2.80 (0.46)	1.95 (0.48)			
Ressourcen gesamt- Frankfurt	IG (n=7)	2.67 (0.28)	2.67 (0.38)	0.01	0.08	0.784
	KG (n=4)	2.84 (0.35)	2.79 (0.29)			
Risiko gesamt– Tübingen	IG (n=22)	1.24 (0.32)	1.29 (0.28)	0.01	0.36	0.552
	KG (n=17)	1.19 (0.30)	1.20 (0.33)			
Risiko gesamt– Heidleberg	IG (n=4)	1.33 (0.20)	1.33 (0.34)	0.16	1.37	0.280
	KG (n=5)	0.97 (0.22)	0.80 (0.20)			
Risiko gesamt – Frankfurt	IG (n=7)	1.17 (0.40)	1.30 (0.42)	0.00	0.03	0.877
	KG (n=4)	1.21 (0.45)	1.36 (0.44)			
EBF-E Gesamtwert – Tübingen	IG (n=19)	1.53 (0.57)	1.44 (0.53)	0.00	0.10	0.754
	KG (n=15)	1.63 (0.44)	1.50 (0.51)			

EBF-E Gesamtwert – Heidelberg	IG (n=3)	1.33 (0.51)	1.38 (0.52)	0.09	0.61	0.463
	KG (n=5)	1.83 (0.54)	2.15 (0.48)			
EBF-E Gesamtwert – Frankfurt	IG (n=6)	1.67 (0.33)	1.58 (0.44)	0.01	0.08	0.794
	KG (n=2)	1.84 (0.58)	1.67 (0.00)			

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; EBF-E: Elternbildfragebogen-Elternversion, \* $p \leq 0.05$

*Tabelle Anhang 5: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung in Bezug auf die Symptomatik der Jugendlichen (Elternsicht) vor und nach dem ISES! Gruppentraining getrennt nach den Zentren Tübingen, Heidelberg und Frankfurt*

		T1	T2	time x group		
		M (SD)	M (SD)	$\eta_p^2$	F	p(F)
<b>CIUS-P</b>						
CIUS-P – Tübingen	IG (n=20)	43.35 (7.37)	39.20 (7.44)	0.04	1.50	0.229
	KG (n=16)	42.19 (6.91)	40.50 (6.45)			
CIUS-P – Heidelberg	IG (n=3)	39.00 (10.82)	39.33 (11.68)	0.18	1.07	0.349
	KG (n=4)	36.50 (3.87)	41.00 (6.33)			
CIUS-P – Frankfurt	IG (n=7)	37.57 (7.91)	35.71 (8.73)	0.30	3.89	0.080
	KG (n=4)	37.75 (5.56)	40.25 (5.74)			
<b>CSAS-FE</b>						
CSAS-FE – Tübingen	IG (n=19)	39.05 (8.14)	35.32 (11.50)	0.01	0.27	0.609
	KG (n=15)	32.47 (10.02)	30.40 (10.95)			
CSAS-FE – Heidelberg	IG (n=4)	33.50 (12.07)	27.00 (16.63)	0.51	6.28	0.046*
	KG (n=4)	35.75 (7.89)	39.00 (11.58)			
CSAS-FE – Frankfurt	IG (n=6)	31.83 (8.73)	31.00 (9.53)	0.11	0.94	0.361

	KG (n=4)	37.50 (5.00)	34.25 (3.30)			
--	----------	-----------------	-----------------	--	--	--

Anmerkung: IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; CIUS-P=Compulsive Internet Use Scale - Elternversion; CSAS-FE=Computer Game Addiction Scale - Elternversion; \* p≤.05