

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. Peter Falkai

Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei  
Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in  
stationärer Behandlung

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Julia Christine Kunkel  
aus München

2020

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. Peter Falkai

# Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in stationärer Behandlung

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Julia Christine Kunkel  
aus München  
2020

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatlerin: PD Dr. Rebecca Schennach

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Joest Martinius  
Prof. Dr. Oliver Pogarell

Mitbetreuung durch die  
promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. Ulrich Voderholzer  
Dr. med. Silke Naab

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündl. Prüfung: 20.02.2020

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	4
1 Einleitung.....	11
2 Theoretischer Hintergrund .....	12
2.1 Epidemiologie .....	12
2.1.1 Prävalenz psychischer Krankheiten .....	12
2.1.1.1 Schwierigkeiten der Erhebung der Prävalenz .....	12
2.1.1.2 Internationale Studien.....	13
2.1.1.3 Nationale Studien .....	14
2.1.1.3.1 Bella Studie .....	14
2.1.1.3.2 Frühere Metaanalysen.....	15
2.1.2 Persistenz psychischer Krankheiten .....	16
2.1.3 Verlauf psychischer Krankheiten zwischen Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter .....	16
2.1.4 Inanspruchnahme einer Behandlung .....	17
2.2 Biopsychosoziales Modell.....	18
2.3 Risiko- und Schutzfaktoren .....	20
2.3.1 Epidemiologie von Risikofaktoren .....	20
2.3.2 Definition von Risiko- und Schutzfaktor.....	20
2.3.2.1 Definition des Begriffs Risikofaktor .....	21
2.3.2.2 Definition des Begriffs Schutzfaktor .....	21
2.3.2.3 Eigenschaften von Risiko- und Schutzfaktoren.....	21
2.3.3 Risikoforschung .....	22
2.3.4 Einteilung der Risiko- und Schutzfaktoren .....	22
2.3.4.1 Biologische Risikofaktoren.....	23
2.3.4.2 Psychosoziale Risikofaktoren .....	24
2.3.4.2.1 Individuelle psychosoziale Risikofaktoren.....	24
2.3.4.2.2 Familiäre psychosoziale Risikofaktoren.....	24

Erziehung.....	24
Elterliche Psychopathologie .....	25
Familiäre Struktur.....	25
2.3.4.2.3 Umweltbezogene psychosoziale Risikofaktoren .....	26
Belastungen durch Lebensereignisse.....	26
Außerfamiliäre Lebensumwelt.....	27
Medien .....	28
Alkohol und Drogen.....	29
2.3.4.3 Resilienz.....	30
3 Fragestellung.....	32
4 Methoden.....	33
4.1 Untersuchungsdesign .....	33
4.2 Studienpopulation.....	33
4.2.1 Alter- und Geschlechtsverteilung .....	33
4.2.2 Behandlungsdiagnose .....	34
4.2.3 Nationalität .....	35
4.2.4 Wohnsituation.....	35
4.2.5 Schulart .....	36
4.3 Messinstrumente .....	36
4.3.1 Allgemeine Daten, Migration und Wohnsituation.....	38
4.3.2 Fragebogen zur emotionalen Scheidungsverarbeitung (Stary, Arnold und Reisel 1986) .....	38
4.3.3 Positive Familienanamnese .....	38
4.3.4 Medienkonsum .....	38
4.3.5 Mobbing.....	39
4.3.6 Schule .....	40
4.3.7 Resilienz.....	40
4.3.8 Erziehung .....	41
4.3.9 Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum.....	41
4.3.10 Lebensereignisse .....	42

4.3.11	Traumatische Erfahrungen in der Kindheit.....	42
4.3.12	Therapieoutcome.....	43
4.4	Datenanalyse.....	43
5	Ergebnisse.....	44
5.1	Ergebnisse der einzelnen Faktoren .....	44
5.1.1	Emotionale Bewertung der Scheidung der Eltern.....	44
5.1.2	Krankheiten in der Familie .....	46
5.1.2.1	Somatische Erkrankungen.....	46
5.1.2.2	Psychische Erkrankungen .....	47
5.1.2.3	Belastungen durch Krankheiten in der Familie.....	48
5.1.3	Mediennutzung .....	50
5.1.3.1	Besitz .....	50
5.1.3.2	Dauer .....	50
5.1.3.3	Inhalte der Mediennutzung .....	51
5.1.3.3.1	Germany's next Topmodel .....	51
5.1.3.3.2	ProAna/Pro Mia-Seiten.....	53
5.1.3.3.3	Mode-, Fitness- und Sportmagazine.....	54
5.1.4	Mobbing.....	55
5.1.4.1	Dauer und Häufigkeit der einzelnen Mobbingverfahren .....	56
5.1.4.2	Mobbingtäter- und Mobbingopfer.....	59
5.1.5	Cybermobbing .....	60
5.1.5.1	Dauer und Häufigkeit der einzelnen Cybermobbingverfahren.....	61
5.1.6	Schule .....	63
5.1.6.1	Fehlzeiten.....	63
5.1.6.2	Wiederholung von Klassenstufen .....	64
5.1.6.3	Persönliche Einstellung zur Schule.....	65
3.1.6.3.1	Unterstützung durch Lehrer und Mitschüler.....	66
3.1.6.3.2	Stress in der Schule.....	66
5.1.7	Resilienz.....	67
5.1.8	Erziehung .....	68

5.1.9	Alkohol- und Drogenkonsum.....	69
5.1.9.1	Rauchen.....	69
5.1.9.2	Alkohol .....	70
5.1.9.3	Drogen .....	72
5.1.9.4	Vergleich des Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsums zwischen den einzelnen Behandlungsdiagnosen.....	73
5.1.10	Belastende Lebensereignisse.....	73
5.1.11	Traumatische Erfahrungen .....	76
5.2	Outcome und Risikofaktoren.....	77
6	Diskussion .....	81
6.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	81
6.1.1	Ausprägung der einzelnen Risikofaktoren bei stationär behandelten Jugendlichen .....	81
6.1.1.1	Mediennutzung.....	81
6.1.1.2	Mobbing.....	82
6.1.1.3	Cybermobbing .....	82
6.1.1.4	Unterstützung durch Mitschüler und Lehrer .....	83
6.1.1.5	Resilienz.....	83
6.1.1.6	Erziehung .....	84
6.1.1.7	Alkohol-, Nikotin-, und Drogenkonsum.....	85
6.1.1.8	Lebensereignisse .....	86
6.1.1.9	Traumatische Erfahrungen .....	87
6.1.2	Unterschiede der Ausprägung der einzelnen Faktoren zwischen den Behandlungsdiagnosen .....	88
6.1.3	Auswirkungen der Faktoren auf das Therapieoutcome .....	89
6.2	Limitationen .....	90
6.3	Ausblick .....	91
7	Zusammenfassung .....	93
8	Literaturverzeichnis.....	94
9	Anhang .....	102

9.1	Abbildungsverzeichnis .....	102
9.2	Tabellenverzeichnis .....	103
9.3	Abkürzungsverzeichnis .....	104
9.4	Fragebogenst .....	105



## Eidesstattliche Erklärung

Kunkel, Julia Christine

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

### **Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in stationärer Behandlung**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Gilching, 28.04.2020

Ort, Datum

Julia Kunkel

Unterschrift Doktorandin

## Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer danke ich für die Überlassung des Themas sowie die zuverlässige und kompetente Unterstützung über die gesamte Zeit der Promotion hinweg.

Mein Dank gilt besonders Frau Dr. med. Silke Naab als Ansprechpartnerin besonders bei der Erstellung des Fragebogens und der Auswahl der Faktoren für die Untersuchung sowie allen Mitarbeitern in der Schön Klinik Roseneck in Prien.

Ganz herzlich bedanke ich mich bei Frau Dr. Dipl.-Psych. Caroline Schwartz sowie den Mitarbeitern in der Arbeitsgruppe in München für die geduldige Unterstützung besonders bei allen statistischen Fragen, die im Rahmen der Auswertung aufgekommen sind.

Zuletzt möchte ich mich vor allem bei meiner Familie sowie meinen Freunden für ihre Unterstützung und Ermutigung sowohl während des Studiums als auch darüber hinaus bedanken.

# 1 Einleitung

„Es geht im Leben nicht darum, gute Karten zu haben, sondern mit einem schlechten Blatt ein gutes Spiel zu machen“

*Robert Louis Stevenson*

Der Autor von *Der seltsame Fall des Dr. Jekyll und Mr. Hyde* beschreibt hier die Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit, die es Menschen trotz verschiedenster Risikofaktoren ermöglicht, Belastungen ohne dauerhafte psychopathologische Einschränkungen zu bewältigen. Bei Patienten, die sich aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung befinden, scheint also die Resilienz eher zu gering ausgeprägt zu sein, um die multiplen Belastungen und Risikofaktoren ohne längerfristige Einschränkungen ausreichend abpuffern zu können.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden nach Kenntnis der Verfasserin erstmals verschiedene Risikofaktoren und Resilienz als Schutzfaktor bei Jugendlichen erhoben, die sich aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung befanden. Das Ziel der Studie ist es, die Ausprägung der Risikofaktoren und der Resilienz als Schutzfaktor bei den Probanden mit der Ausprägung in der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen. Außerdem soll untersucht werden, ob eine Differenz dieser Faktoren zwischen den einzelnen Behandlungsdiagnosen besteht und wie dadurch das Therapieoutcome bei Patienten mit Anorexie beeinflusst wird.

Im Rahmen der Arbeit wird eine Beschränkung auf die Patienten der Schön Klinik Roseneck vorgenommen. Außerdem war es notwendig einzelne Risikofaktoren auszuwählen, bei denen aus der Literatur bereits ein Zusammenhang zu psychischen Erkrankungen bekannt ist.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen Grundlagenteil, in dem die epidemiologischen Erkenntnisse bezüglich psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie eine genaue Beschreibung der ausgewählten Risikofaktoren sowie der Resilienz dargestellt werden. Der sich anschließende Teil hat die Methoden sowie die Auswertung der eigentlichen Untersuchung zum Gegenstand. Schließlich werden die Ergebnisse zusammengefasst und deren Interpretation diskutiert.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Epidemiologie

Die Epidemiologie verfolgt zum einen das Ziel, Häufigkeit und natürlichen Verlauf von psychischen Störungen abzubilden (deskriptive Epidemiologie). Zum anderen will die analytische Epidemiologie Zusammenhänge zwischen risikoerhöhenden und protektiven Faktoren erforschen. [1] Im folgenden Abschnitt sollen also Prävalenzen und Inzidenzen, der Behandlungsbedarf und zeitliche Trends von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen dargestellt werden. Dabei soll der Schwerpunkt auf den Prävalenzen von psychischen Störungen bei Jugendlichen liegen, da diese Altersgruppe auch an der durchgeführten Fragebogenerhebung teilgenommen hat.

#### 2.1.1 Prävalenz psychischer Krankheiten

##### 2.1.1.1 Schwierigkeiten der Erhebung der Prävalenz

Die Bestimmung von Häufigkeiten psychischer Krankheiten ist besonders im Kindes- und Jugendalter schwierig, da nur wenige psychische Krankheiten eine deutliche Abhebung von der Norm zeigen und die Schwere der Auffälligkeiten in verschiedenen Entwicklungsstadien unterschiedlich ausgeprägt sein können. Die meisten Symptome lassen sich, meist in abgeschwächter Form oder Variation, auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen finden. [2] Außerdem ist die Reflexions- und Auskunftsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen altersgemäß eingeschränkt und diese können in unterschiedlichen Situationen verschiedene Verhaltensausrägungen zeigen. Man benötigt also eine gute Definition von psychischen Auffälligkeiten, da eine unterschiedliche Auffassung von *auffällig* und *normal* zu einer Abweichung empirisch erhobener Prävalenzraten führen kann. [3] Remschmidt definierte psychische Auffälligkeiten 1988 wie folgt: „Als kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung bezeichnen wir einen Zustand willkürlich gestörter Lebensfunktionen der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“. [4] Remschmidt betont hier also den zeitlichen Verlauf und die Einschränkung des Alltags durch die Erkrankung.

Steinhausen berücksichtigt zusätzlich zur Beeinträchtigung des Alltags noch die Unangemessenheit des Verhaltens unter Berücksichtigung des Entwicklungsalters des

Kindes. So können beispielsweise Trennungsängste im Kleinkindalter als normal, im Grundschulalter als auffällig angesehen werden. [2]

Bei dem Vergleich der teils erheblich variierenden Prävalenzen der einzelnen Studien müssen also verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Zum einen muss das Studiendesign betrachtet werden. Dabei wird zwischen kategorialen Ansatz, die psychischen Störungen werden nach den Klassifikationssystemen ICD oder DSM diagnostiziert, und dimensionalem Ansatz unterschieden. Hier werden die Symptome der Studienteilnehmer mithilfe von Skalen und Tests mit Werten der Allgemeinbevölkerung verglichen und dann mit Hilfe statistischer Verfahren und empirischer Erkenntnisse in Gruppen, beispielsweise gesund – auffällig – krank, eingeteilt. Oft werden aber auch beide Ansätze gemeinsam angewendet: Mithilfe eines Screeningverfahrens (dimensionaler Ansatz) werden aus einer großen Stichprobe auffällige Probanden ausgewählt, die dann beispielsweise durch längere Interviews genauer diagnostiziert werden können (kategorialer Ansatz). [5] Entscheidend ist auch, welche Quellen zur Datenerhebung herangezogen wurden. So sinkt die Prävalenz, wenn mehrere oder alle Einschätzungen, sowohl von den Kindern und Jugendlichen selbst als auch von Eltern, Lehrern oder Experten, übereinstimmen müssen, um eine psychische Auffälligkeit zu diagnostizieren. Wichtig ist auch zu untersuchen, ob in einer Studie zusätzlich das Funktionsniveau oder die Alltagsbewältigung betrachtet wurde oder die Einteilung in eine psychische Auffälligkeit nur anhand von Symptomen getroffen wurde. Wird das psychosoziale Funktionsniveau in die Beurteilung miteinbezogen, sinkt die Prävalenzrate. [6]

#### 2.1.1.2 Internationale Studien

In Großbritannien wurde 1999 „The British Child and Adolescent Mental Health Survey“, eine landesweite Studie an 10438 Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 15 Jahren durchgeführt. Mithilfe des „Development and Well-Being Assessment“ (DAWBA), einem strukturierten Interview, das eng an die Diagnosekriterien des ICD-10 und DSM-IV angelehnt ist, wurden die Prävalenzen und Komorbidität psychischer Erkrankungen erhoben. Die Erhebung ergab, dass bei 9,7 % aller Probanden eine psychische Erkrankung vorlag. Davon hatten 5 % eine signifikante Verhaltensstörung, 4 % eine emotionale Störung und 1 % eine hyperkinetische Störung. Dabei sind mehr Jungen als Mädchen betroffen: Bei den 5- bis 10-jährigen werden 10 % der Jungen und nur 6 % der Mädchen auffällig, während bei den 11- bis 15-jährigen 13 % der Jungen und 10 % der Mädchen eine psychische Auffälligkeit zeigen. Diese vergleichsweise eher niedrigen Prävalenzen könnten darauf zurückgeführt werden, dass zur Diagnose einer psychischen Störung sowohl ein deutlich vermindertes psychosoziales Funktionsniveau als auch eine Übereinstimmung verschiedener

anderer Quellen, wie beispielsweise Einschätzungsbögen von Eltern oder Lehrern, gefordert wurde. [7], [8]

In den USA wurde die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren im Rahmen des National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A) an 10123 Probanden mithilfe des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) der World Health Organization (WHO) untersucht. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass bei 49,5 % der Probanden die Kriterien für eine psychische Erkrankung erfüllt seien. Der Großteil der Erkrankungen waren Angststörungen (31,9 %), gefolgt von Verhaltensstörungen (19,1 %), affektiven Störungen (14,3 %) und Suchterkrankungen (11,3 %). Bezieht man die Beeinträchtigung der Probanden durch die Störung in die Auswertung ein, so haben 22,2 % eine psychische Erkrankung mit psychosozialem Funktionsverlust. [9]

Auch Kessler et al. haben die Daten der NCS-A untersucht. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Ein-Jahres-Prävalenz bei 40,4 % lag, was einem Anteil von 79,5 % der Lebenszeitprävalenz entspricht. Das bedeutet, dass 79,5 % aller psychischen Erkrankungen bereits im Alter von 17 Jahren manifest sind. [10] Das mediane Ersterkrankungsalter lag dabei für Angststörungen bei 6 Jahren, für Verhaltensstörungen bei 11 Jahren, für affektive Störungen bei 13 Jahren und für Suchterkrankungen bei 15 Jahren. [9] Außerdem wurden die Komorbiditätsraten untersucht. Hier stellten Kessler et al. fest, dass bei 27,9 % die Diagnosekriterien für zwei oder mehr psychische Erkrankungen erfüllt seien. Im Durchschnitt litten die Probanden an 3,5 verschiedenen psychischen Störungen. [11]

### 2.1.1.3 *Nationale Studien*

#### 2.1.1.3.1 Bella Studie

In Deutschland wurde mit der BELLA-Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen die erste bundesweite Erhebung im Rahmen der KiGGs Studie von 2003 bis 2006 durch das Robert-Koch-Institut durchgeführt. An dieser Studie nahmen 2863 Familien mit Kindern im Alter zwischen 7 und 17 Jahren teil, die zufällig aus der Gesamtheit der 17.641 Kinder der KiGGs-Erhebung ausgewählt wurden. [12] Die Bella-Studie wurde mithilfe des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) durchgeführt, das um Fragen nach der subjektiven Beeinträchtigung durch die eventuelle Störung erweitert wurde. Dadurch soll eine psychische Auffälligkeit nur dann festgestellt werden, wenn dadurch auch eine subjektive Belastung entsteht. Anhand dieser Fragebögen wurden die Jugendlichen in drei Kategorien eingeteilt: Eine psychische Erkrankung ist bei dem Probanden möglich, wahrscheinlich oder unwahrscheinlich. [13] Zusätzlich wurden für die Spezifizierung der möglichen oder

wahrscheinlichen psychischen Auffälligkeit Screening-Fragebögen zu den Themen Ängste, Depression, Störung des Sozialverhalten und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) verwendet. [12] In dieser Erhebung zeigen sich bei 21,9% der befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Bei 9,7 % dieser Kinder ist eine psychische Erkrankung aufgrund weiterer Risikofaktoren, wie beispielsweise einer psychischen Erkrankung eines Elternteils, wahrscheinlich, während bei den übrigen 12,2 % zumindest ein Hinweis vorliegt. 64,6 % der Probanden, bei denen eine allgemeine psychische Auffälligkeit zumindest als möglich eingestuft wird, zeigen auch Anzeichen für eine der vier erfragten spezifischen Störungen. Auch hier ergaben sich die meisten Hinweise auf Angststörungen (10 %) gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (7,6 %), depressiven Störungen (5,4 %) und ADHS (2,2 %). [13]

#### 2.1.1.3.2 Frühere Metaanalysen

Diese Ergebnisse lassen sich gut mit früheren Studien aus Deutschland vergleichen. Das zeigt auch die Metaanalyse von Barkmann und Schulte-Markwort von 2012. Dort wurden 33 Studien eingeschlossen, durchgeführt zwischen 1953 und 2007, die eine Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten im deutschsprachigen Raum an Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bestimmt haben. Diese Analyse ergibt eine mittlere Gesamtprävalenz von 17,6 %. Besonders interessant ist hierbei, dass auch der zeitliche Verlauf der Prävalenzen untersucht wurde. Hier zeigt die Analyse eine leichte Abnahme der Prävalenzen (Steigung  $b = -0,06$ ). Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass sich das Studiendesign im Verlauf deutlich verändert hat und die Ergebnisse deshalb nicht uneingeschränkt vergleichbar sind. [14] In einer älteren Metaanalyse von 2004 haben Barkmann und Schulte-Markwort versucht, zwei Studien mit ähnlichen Methoden und Fallkriterien aus den Jahren 1994 und 2001 zu vergleichen, haben hierbei aber keinen Unterschied der Prävalenzen feststellen können. [3] Aus den Daten der Metaanalyse 2012 wurden zur genaueren Analyse zwei Studien mit extremen Werten und zwei Studien aus den 1950ern als Ausreißer aus der zeitlichen Analyse ausgeschlossen. So konnte ein leichter Anstieg der Prävalenzen von  $b=0,02$  % aufgezeigt werden. Es ist also mithilfe dieser Daten schwierig, eine eindeutige Aussage über den zeitlichen Verlauf der Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu treffen. [14]

Auch Ihle und Esser führten 2002 eine Metaanalyse mit 19 deutschen und internationalen Studien durch. Es wurde eine Gesamtprävalenz von 18 % ermittelt, wobei der Großteil Angststörungen waren (10,4 %), gefolgt von dissozialen Störungen (7,5 %) und depressiven und hyperkinetischen Störungen (jeweils 4,4 %). [15]

### **2.1.2 Persistenz psychischer Krankheiten**

Besonderes Augenmerk wird bei epidemiologischen Studien auch auf die Persistenz der Erkrankung gelegt. Im Rahmen der Kurpfalzerhebung wurden ca. 400 Kinder mithilfe von strukturierten Interviews und testpsychologischen Verfahren über einen Zeitraum von 20 Jahren auf psychische Auffälligkeiten untersucht. [16] Hier zeigt sich zwischen den Messzeitpunkten im Alter von 8, 13, 18 und 25 Jahren jeweils eine Persistenz der Störung von 49-56 %. 19,4 % zeigen nur einmalig Merkmale für eine psychische Erkrankung und werden mit den 60,3 %, die zu keinem Zeitpunkt Auffälligkeiten zeigten, als gesund angesehen. Bei 2,3 % fielen bei allen vier und bei 8 % bei drei von vier Messungen Auffälligkeiten auf. Somit ergibt sich eine Rate von ca. 10 % von chronischen psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. [17]

Auch internationale Studien zeigen eine hohe Persistenz der psychischen Erkrankungen. So konnten Kessler et al. im Rahmen der NCS-A Studie zeigen, dass 66,0 % bis 78,4 % aller psychischen Erkrankungen persistieren und damit chronisch verlaufen. [10]

### **2.1.3 Verlauf psychischer Krankheiten zwischen Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter**

Betrachtet man den Übergang zwischen Jugend und Erwachsenenalter so könnte man vermuten, dass viele Stressoren der Kindheit und Jugend nach deren Abschluss verschwinden und somit auch die Symptome einer psychischen Erkrankung. Die NCS-A Studie konnte allerdings im Gegenteil zeigen, dass 50 % aller psychischen Erkrankungen bereits vor dem 14. Lebensjahr und 75 % vor dem 24. Lebensjahr manifest werden. [10] Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch die Dunedin-New-Zealand-Geburtskohortenstudie, die 1037 Probanden im Alter von 11, 13, 15, 18, 21 und 26 Jahren bezüglich psychischer Erkrankungen befragte. Kim-Cohen et al. stellten fest, dass 73,9 % aller Patienten, bei denen im Alter von 26 eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, vor dem 18. Lebensjahr auffällig wurden. 50 % zeigten bereits vor 15. Lebensjahr Symptome. In den meisten Fällen stimmte die Klassifikation der adulten Störung (z.B. Angststörung) mit der der juvenilen Störung (z.B. juvenile Angststörung) überein. Zum Teil können verschiedene juvenile Störungen aber auch als Prodromi von adulten Störungen betrachtet werden. Bei der adulten Schizophrenie gelten beispielsweise juvenile Depression, Angst- oder Verhaltensstörung als Vorstufen. [18]



#### **2.1.4 Inanspruchnahme einer Behandlung**

Die oben bereits dargestellte BELLA-Studie kommt bezüglich der Inanspruchnahme einer Behandlung zu dem Ergebnis, dass insgesamt 5,6 % der Befragten in den letzten 12 Monaten in psychologischer Behandlung waren. Von den 5,5 % der Probanden, bei denen die Eltern oder sie selbst angaben, dass eine diagnostizierte psychische Störung vorliegt, gab knapp die Hälfte (48,5 %) an, dass sie sich deshalb in Behandlung befinden. Von den Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen der Studie mithilfe des SDQ als psychisch auffällig eingeschätzt wurden, nahmen nur 28,8 % eine Therapie in Anspruch. [19]

Wittchen et al. führten 1994 bis 1999 eine prospektiv-longitudinale Studie an 3021 Jugendlichen im Alter von 14 bis 24 im Großraum München durch. Hier nahmen nur 17 % der Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 eine Therapie ihrer Erkrankung in Anspruch. Von den 18- bis 65jährigen hatten dagegen 36,4 % Kontakt mit einer professionellen Einrichtung. [20]

Auch internationale Studien bestätigen, dass die Rate der Inanspruchnahme einer Behandlung deutlich niedriger als die Prävalenz ist. So kommen Burgess et al. im Rahmen des National Survey of Mental Health and Wellbeing, einer nationalen Untersuchung in Australien, zu dem Ergebnis, dass über alle Altersklassen 34,9% der Probanden mit einer psychischen Erkrankung in Behandlung sind, in der Gruppe der 16-25-jährigen aber nur 11,9 %. [21] Das ist besonders auffällig, da diese Altersgruppe trotz der geringsten Inanspruchnahme einer Therapie gleichzeitig die höchsten Prävalenzen hat. [22]

Die oben bereits dargestellten Ergebnisse zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen – hohe Prävalenz und Persistenz, niedrige Inanspruchnahme von Behandlung – können zu einer langen Behandlungsverzögerung führen. Wang et al. untersuchten in der National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) in den USA, wie lange der Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn und Behandlung bei verschiedenen psychischen Erkrankungen ist. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Verzögerung stark von der Art der Erkrankung abhängt und zwischen 6-8 Jahren bei affektiven Störungen und 9-23 Jahren bei Angststörungen schwanken kann. Zu den Faktoren, die die Verzögerung verlängern, gehört unter anderem ein frühes Erkrankungsalter. Dies bedeutet, dass der Zeitraum zwischen Ersterkrankung und Behandlung länger ist, je jünger ein Patient zum Ersterkrankungszeitpunkt ist. [23]

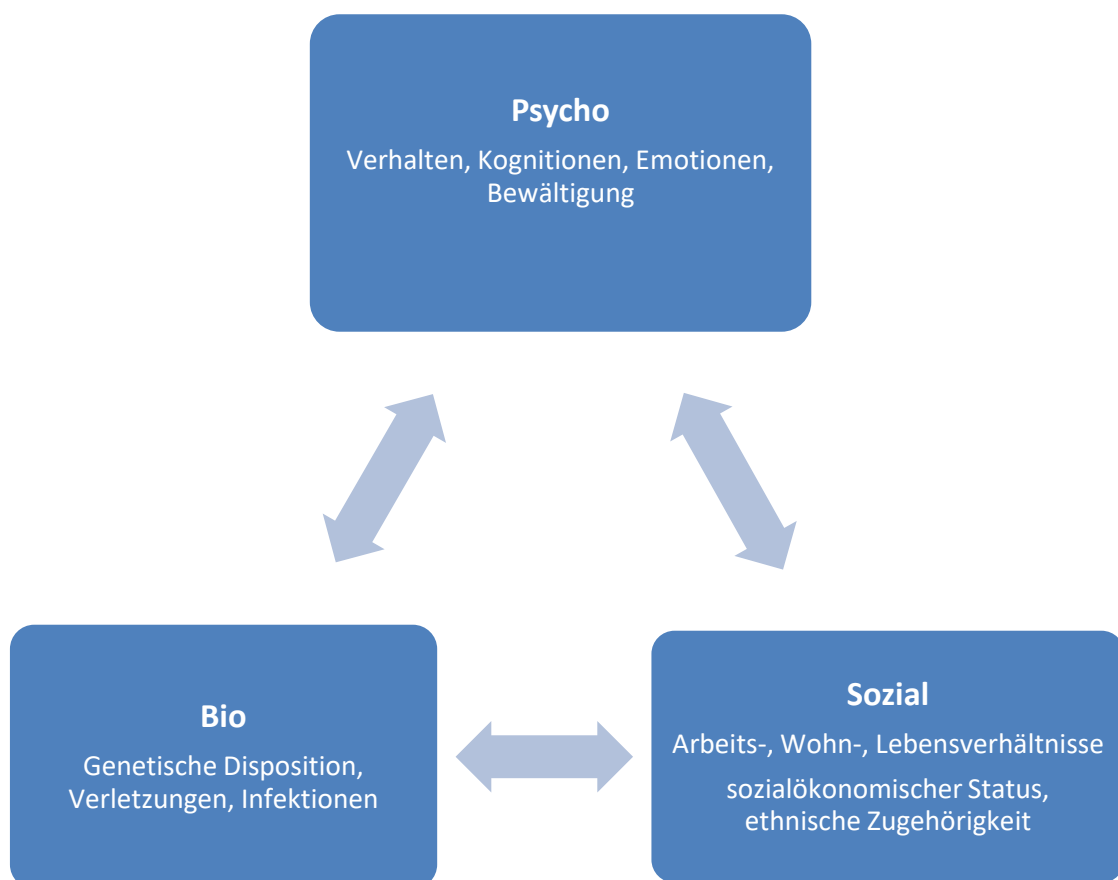
Die Konsequenzen der DUI (Duration of Untreated Illness) haben Lambert et al. in ihrer Übersichtsarbeit zusammengefasst. Sie zeigen, dass eine lange DUI den Verlauf der Erkrankung sowohl vor der Behandlung als auch danach beeinflussen kann.

Unbehandelte Erkrankungen können zu einem niedrigeren Funktionsniveau, weniger Lebensqualität, einer schwereren Psychopathologie, mehr Komorbiditäten, einer höheren Rückfallquote und einer verminderten Remissionswahrscheinlichkeit führen. [24]

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der nationalen und internationalen Studien, dass psychische Erkrankungen bei Jugendlichen eine hohe Persistenz ins Erwachsenenalter haben, oft aber spät behandelt werden, was zu einer Verschlechterung des Verlaufs der Erkrankung führen kann.

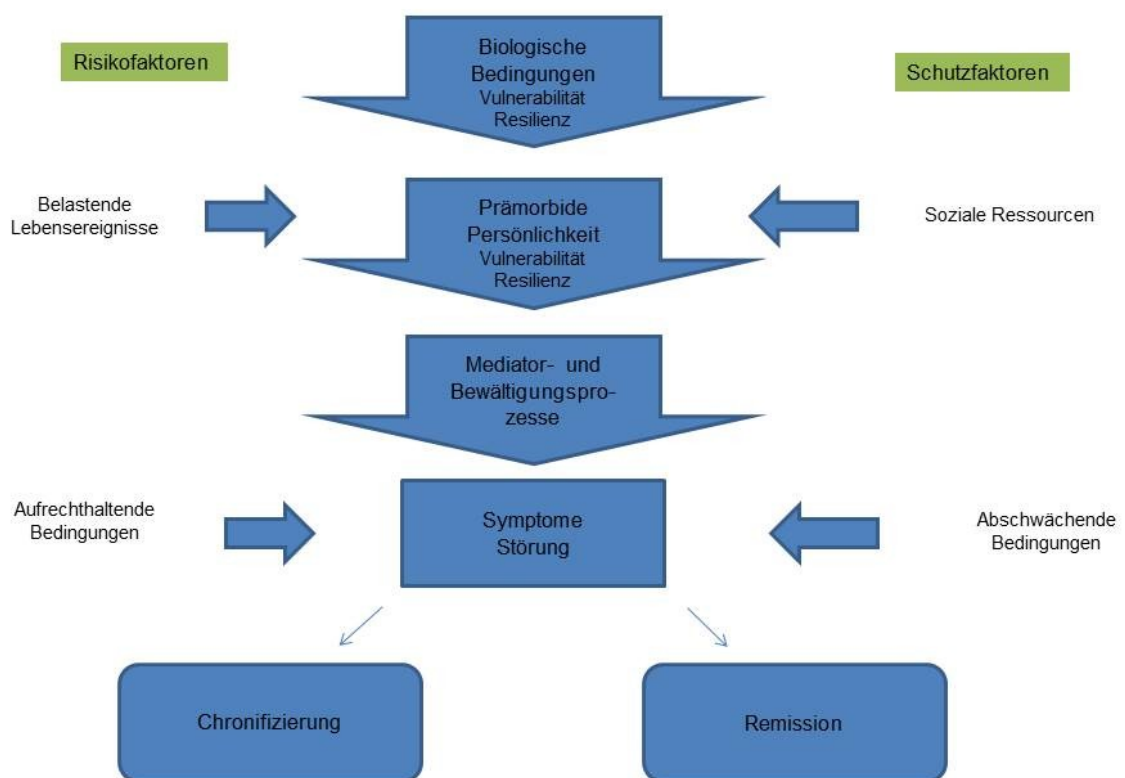
## 2.2 Biopsychosoziales Modell

Derzeit wird bei der Frage nach der Ätiologie psychischer Erkrankungen von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen. Das biopsychosoziale Modell wurde 1976 von George L. Engel als Grundlage für die psychosomatische Medizin ausgearbeitet und beschreibt das Zusammenwirken von genetischen und physiologischen Faktoren sowohl mit personellen und individuellen als auch psychosozialen und Umweltaspekten. [25]



**Abb. 1: Biopsychosoziales Modell** (adaptiert nach: Lippke, 2006, Konzepte von Gesundheit und Krankheit, [26])

Auch Steinhausen geht von einer multifaktoriellen Ätiologie von psychischen Erkrankungen aus und stellt diese in folgendem Diagramm genauer dar. Aus dem Zusammenspiel von genetischer Disposition und Entwicklung entsteht eine prämorbid Persönlichkeit mit individueller Vulnerabilität und Resilienz. Dieser stoßen im Verlauf verschiedene Lebensereignisse und situative Belastungen zu, die mit stabilisierenden Ressourcen abgepuffert werden können. Aufgrund dieser Risiko- und Schutzfaktoren kommt es zu biochemischen, endokrinologischen, immunologischen, psychosozialen Mediator- und Bewältigungsprozessen, aus welchen sich auffällige Symptome oder Störungen ergeben können. Auch der Verlauf der Störung ist wiederum abhängig von den persönlichen und situativen Risiko- und Schutzfaktoren sowie den therapeutischen Bedingungen. [27]



**Abb. 2: Multifaktorielle Ätiologie psychischer Erkrankungen** (adaptiert nach: Steinhausen, 2010, Ätiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, [27])

## **2.3 Risiko- und Schutzfaktoren**

Auf Grundlage des biopsychosozialen Modells kann eine psychische Erkrankung also als Wechselspiel zwischen Risiko- und Schutzfaktoren angesehen werden. Dies zeigt die besondere Bedeutung dieser Faktoren für die Ätiologie und den Verlauf psychischer Erkrankungen. Als Risiko- oder Schutzfaktoren werden alle Bedingungen bezeichnet, die die psychische Gesundheit beeinflussen können. [27]

Entscheidend ist dabei nicht die objektive Belastung, sondern ein Zusammenspiel aus subjektiver Schwere, Dauer und Anzahl der Belastungen und den anderen Risiko- und Schutzfaktoren dieser Person. [24] In der Mannheimer Risikokinderstudie konnte außerdem nachgewiesen werden, dass biologische und psychosoziale Risikofaktoren sich aufaddieren und Kinder mit verschiedenen Risiken ungünstigere Prognosen bezüglich ihrer Entwicklung haben. [28] Auch in der Bella-Studie zeigte sich die kumulative Wirkung von Risikofaktoren. Dort stieg mit höherer Anzahl an Risikofaktoren auch der Anteil an Kindern mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten. Schutzfaktoren waren dagegen bei psychisch unauffälligen Kindern am häufigsten vorhanden. [13]

### **2.3.1 Epidemiologie von Risikofaktoren**

Wille et al. konnten im Rahmen der Bella Studie zeigen, dass nur 29 % der befragten Kinder und Jugendlichen keinen Risikofaktor haben. Weitere 29 % Prozent geben einen, 19 % zwei, 11 % drei und 5 % vier Risikofaktoren an. 3 % berichten von 5 Risikofaktoren und jeweils 2 % von sechs oder sieben und mehr Risikofaktoren. [29]

International kommen McLaughlin et al. zu ähnlichen Ergebnissen. In einer nationalen Stichprobe in den USA mit knapp 6500 Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren berichteten 58,3 % von maximal einem Risikofaktor und der Mittelwert für Probanden mit mehr als einem Risikofaktor lag bei 3,2 Risikofaktoren. McLaughlin et al. konnten auch nachweisen, dass Risikofaktoren häufig gemeinsam auftreten. So lag die Wahrscheinlichkeit der Co-Occurrence verschiedener Risikofaktoren bei 70 % – 97 %. [30]

### **2.3.2 Definition von Risiko- und Schutzfaktor**

Im folgenden Abschnitt soll die Definition der Begriffe Risikofaktor und Schutzfaktor dargestellt werden. Da die Forschung sich zuerst ausführlich mit Risikofaktoren und erst in letzter Zeit mit Schutzfaktoren beschäftigt hat, werden Risikofaktoren sowohl in diesem als auch in den folgenden Abschnitten detaillierter beschrieben.

### 2.3.2.1 *Definition des Begriffs Risikofaktor*

Kraemer beschreibt einen Risikofaktor folgendermaßen: „A risk factor is a measurable characterization of each subject in a specified population that precede the outcome of interest and which can be used to divide the population into 2 groups (the high-risk and the low-risk group that comprise the total population) [...] The probability of the outcome in the high-risk group of subjects must be shown to be greater than the probability of the outcome in the low-risk group.“ Als Subjekt kann hierbei ein Individuum oder eine Gruppe (Schulklasse, Familie) gelten. Die Charakteristik kann entweder ein individuelles Kennzeichen, wie z.B. das Alter, oder eine Begebenheit sein, die mit dem Subjekt in Zusammenhang steht, beispielsweise die Anzahl von Geschwistern. Allerdings bezeichnet man eine Charakteristik nur dann als Risikofaktor für ein Ereignis, wenn dieses Merkmal bereits vor dem Auftreten dieses Ereignisses vorhanden war. Kann eine zeitliche Reihenfolge nicht nachgewiesen werden, so bezeichnet man die Charakteristik als Korrelat. [31]

### 2.3.2.2 *Definition des Begriffs Schutzfaktor*

Schutzfaktoren sind laut Rutter als Gegenspieler der Risikofaktoren anzusehen. Sie bezeichnen Merkmale, die die mögliche negative Auswirkung von Risikofaktoren abschwächen oder sogar verhindern können. Ein Schutzfaktor kann seinen Puffereffekt nur entfalten, wenn er dem Risikofaktor zeitlich vorausgeht. Liegt kein Risikofaktor vor, hat der Schutzfaktor auch keine Auswirkung. [32]

### 2.3.2.3 *Eigenschaften von Risiko- und Schutzfaktoren*

Inhaltlich lassen sich die Faktoren in verschiedene Gruppen einteilen:

*Strukturelle* Faktoren, die auch als fixe Marker bezeichnet werden, sind Bedingungen, die konstant gleich sind und sich nicht verändern lassen, wie beispielsweise das Geschlecht oder die ethnische Zugehörigkeit. Sie werden zur Definierung von Risikogruppen verwendet, da sie sich auch durch Intervention oder Prävention nicht verändern lassen. [33]

Ist der Faktor entweder spontan oder durch eine Intervention veränderbar (z.B. Gewicht, Alter), so spricht man von *variablen* Risikofaktoren. Diese sind vor allem zur Auswahl der geeigneten Präventionsmaßnahmen wichtig. Hier kann zwischen diskreten und kontinuierlichen Faktoren unterschieden werden. Diskrete Faktoren, wie beispielsweise plötzliche Lebensereignisse, führen zu einer unmittelbaren Veränderung, während kontinuierliche Faktoren dauerhaft wirken und sich in Ausmaß und Auswirkung im Laufe der Zeit verändern können. Ein Beispiel hierfür wäre die Beziehung zu Eltern oder Freunden. [33]

*Distale* Faktoren wirken eher indirekt und können keinem spezifischen Outcome zugeordnet werden, wohingegen *proximale* Faktoren direkt mit einem Outcome in Zusammenhang gebracht werden können und daher für Präventionsmaßnahmen von großer Bedeutung sind. Wenn beispielsweise ein niedriger sozioökonomischer Status als *distaler* Faktor angesehen wird, so wird die schwierige Eltern-Kind-Interaktion als Folge der Belastung als *proximaler* Faktor bezeichnet. [33]

Es gibt sowohl Faktoren, die innerhalb der Persönlichkeit angesiedelt sind, wie beispielsweise Temperament oder Resilienz als auch Faktoren außerhalb der Persönlichkeit wie Lebensumstände oder traumatische Ereignisse. [33]

### **2.3.3 Risikoforschung**

Das Ziel der Risikoforschung besteht darin, sowohl gefährdete Gruppen zu identifizieren als auch Bedingungen zu ermitteln, die eine gesunde Entwicklung gefährden. [28] Gemäß Kazdin erfasst die Forschung nach Risikofaktoren vorbestehende Bedingungen und nachfolgende Ergebnisse und geht der Frage nach, inwiefern diese in Zusammenhang stehen. [34]

In der Mehrzahl der Studien lassen sich keine einzelnen Faktoren identifizieren, die das Risiko für eine bestimmte psychische Erkrankung erhöhen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Risikofaktoren durch Akkumulation und Wechselwirkungen mit Schutzfaktoren die Entwicklung einer psychischen Erkrankung beeinflussen. [24] Die Risikofaktoren können dabei nach dem Prinzip der Äquifinalität oder der Multifinalität wirken. [33] Äquifinalität bedeutet, dass mehrere unterschiedliche Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte psychische Krankheit erhöhen. Im Gegensatz dazu kann bei der Multifinalität eine einzige Risikobedingung verschiedene Folgen haben. So kann ein traumatisches Erlebnis beispielsweise sowohl das Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung als auch für eine Depression erhöhen. [35]

Es gibt allerdings auch Studien, die sich mit der Spezifität einzelner Risikofaktoren beschäftigen. So haben Shanahan et al. im Zuge der Great Smoky Mountain Study einzelne Risikofaktoren bestimmten psychischen Krankheiten oder Krankheitsgruppen zugeordnet. Dabei konnten sie vielen Faktoren spezifische Krankheiten zuordnen, allerdings zum Teil nur bei bestimmten Altersgruppen oder geschlechtsabhängig. [36]

### **2.3.4 Einteilung der Risiko- und Schutzfaktoren**

Wie in Abschnitt 2.2 über das biopsychosoziale Modell beschrieben, lassen sich biologische, psychische und soziale Risiko- und Schutzfaktoren unterscheiden. Im Folgenden werden erst die biologischen Faktoren beschrieben. Im Anschluss folgt eine

ausführlichere Erläuterung der psycho-sozialen Faktoren, da diese Inhalt der nachfolgenden Untersuchung sind.

#### 2.3.4.1 *Biologische Risikofaktoren*

Unter biologischen Risikofaktoren werden genetische Bedingungen, konstitutionelle Elemente und somatische Faktoren zusammengefasst. Es gibt nur wenige psychische Krankheiten, die ausschließlich eine genetische Ursache haben. Hierzu zählen zum Beispiel Trisomie 21 oder Phenylketonurie. Für einige Störungen, wie beispielsweise Depression oder ADHS, wird derzeit aber eine genetische Beteiligung angenommen. Genetische Faktoren haben bei neurologischen Entwicklungsstörungen einen besonders großen Einfluss, während bei emotionalen Störungen die Umweltfaktoren einen größeren Einfluss haben. [35]

Zu den konstitutionellen Elementen wird zum Beispiel das Geschlecht gezählt. Hier wird beobachtet, dass Jungen bereits in der Kindheit häufiger mit aggressivem Verhalten auffallen und eine höhere Prävalenz von Autismus und Entwicklungsverzögerungen besteht. Bei Mädchen treten emotionale Störungen und Essstörungen vor allem ab der Pubertät gehäuft auf. [37] Cyranowski et al. versuchten diese erhöhte Prävalenz bei Mädchen in der Adoleszenz dadurch zu erklären, dass diese in der Adoleszenz eine erhöhte Vulnerabilität für Stressoren haben. Diese könnte durch eine soziale Rollenzuschreibung, wie eine Frau sich verhalten soll, und eine Veränderung im Oxytocinspiegel entstehen. [38]

Auch das Temperament, also der Verhaltensstil eines Menschen, wird zu den konstitutionellen Elementen gerechnet. Hierbei unterscheiden sich nach Thomas und Chess „einfache“ von „schwierigen“ Kindern, die bereits im Kleinkindalter eine traurigere Stimmungslage haben, sich langsamer an neue Situationen anpassen und im Verlauf ein höheres Risiko für Verhaltensprobleme aufzeigen. [39]

Somatische Faktoren bezeichnen die körperlich bedingten Veränderungen und Beeinträchtigungen, die als biologischer Risikofaktor für die Entstehung einer psychischen Krankheit zu sehen sind. Somatische Krankheiten, besonders solche, die das zentrale Nervensystem beeinflussen, können das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen. So können sich aus kognitiven Einschränkungen, wie beispielsweise einer Lese-Rechtschreibschwäche, die eigentlich nur eine diskrete Beeinträchtigung darstellt, eine erhebliche emotionale Belastung, wie in diesem Beispiel etwa die Angst vor Schulversagen oder Mobbing durch Klassenkameraden, entstehen. Eine entscheidende Rolle für das Entstehen von hirnganischen Schädigungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen spielen vor allem prä-, peri- und postnatale Ereignisse. [27]

#### 2.3.4.2 *Psychosoziale Risikofaktoren*

Psychosoziale Risikofaktoren können in drei Unterkategorien *individuell*, *familiär* und *umweltbezogen* eingeteilt werden. Im Folgenden sollen besonders die psychosozialen Risikofaktoren dargestellt werden, die Teil der anschließenden empirischen Untersuchung sind.

##### 2.3.4.2.1 Individuelle psychosoziale Risikofaktoren

Die individuellen Merkmale stützen sich als Grundlage auf die bereits diskutierten biologischen und konstitutionellen oder somatischen Faktoren. Diese Faktoren bestimmen die individuelle Vulnerabilität des Kindes oder Jugendlichen. In der Auseinandersetzung mit diesen Bedingungen entwickelt ein Kind Persönlichkeitsmerkmale, wie Selbstkonzept oder Copingstrategien. Beeinflusst werden diese Persönlichkeitsmerkmale außerdem sowohl durch positive als auch negative Erfahrungen. [27]

##### 2.3.4.2.2 Familiäre psychosoziale Risikofaktoren

###### *Erziehung*

Das Erziehungsverhalten der Eltern gilt als wichtiger psychosozialer Risikofaktor. [40] Hier lassen sich nach Baumrind vier verschiedene Erziehungsstile unterscheiden: *Autoritative* Eltern sind gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Unterstützung, haben aber gleichzeitig klare und erklärbare Verhaltensregeln für ihre Kinder. *Permissive* Eltern sind ebenso unterstützend, achten aber wenig auf die Einhaltung der Regeln. *Autoritäre* Eltern bieten dagegen nur wenig emotionale Nähe und stellen Disziplin und Verhaltensregeln in den Vordergrund. *Unengagierte* Eltern zeigen niedrige Ausprägungen auf beiden Dimensionen. [41] Die Ergebnisse der Forschung der letzten Jahrzehnte zeigen zahlreiche Verbindungen zwischen den verschiedenen Erziehungsstilen und der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auf. Steinberg beschreibt, dass der autoritative Erziehungsstil zu besseren Schulleistungen, größerem Selbstwertgefühl, weniger Depression und Ängsten und weniger Drogenkonsum sowie Delinquenz führt. [42] Konsequentes Bestehen auf die Einhaltung von Regeln kann laut Petit et al. zu weniger externalisierendem Verhalten wie beispielsweise Delinquenz führen. Außerdem stärkt es das prosoziale Verhalten und die Regulierungsfähigkeit des Kindes. [43] Eine starke psychische Kontrolle der Eltern, z.B. übertriebene Sanktionen oder Liebesentzug nach schlechten Noten kann dagegen internalisierende Störungen wie depressive Verstimmung oder Angststörungen zur Folge haben. Dabei ist nicht nur das tatsächliche Verhalten der Eltern entscheidend, sondern auch die subjektive Wahrnehmung der Erziehung durch die Kinder. [44]



### *Elterliche Psychopathologie*

Durch elterliche Psychopathologie kann es zu Fehlanpassung der Kinder und Jugendlichen sowie einer Beeinträchtigung des elterlichen Erziehungsverhaltens kommen. Micco et al. betrachten in ihrer Metaanalyse den Unterschied der Prävalenz von Depression und Angststörung bei Probanden von Eltern mit und ohne Angststörung. Hier konnten sie nachweisen, dass Probanden von erkrankten Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko zeigten, an einer Depression oder Angststörung zu erkranken. [45] Auch Weissman et al. können in einer 20-jährigen Follow-up-Studie nachweisen, dass bei Kindern und Jugendlichen mit einem depressiven Elternteil ein etwa dreimal höheres Risiko für depressive Störungen, Angststörungen und Drogenabhängigkeit besteht als bei Kindern gesunder Eltern. Dieses Risiko besteht bis in das Erwachsenenalter der Kinder und ist zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr am größten. Außerdem berichten die Kinder von depressiven Eltern im erwachsenen Alter von mehr somatischen Krankheiten, vor allem von kardiovaskulären Beschwerden und neuromuskulären Erkrankungen. [46] Um diesen Zusammenhang zu erklären, bestehen mehrere theoretische Modelle. Zum einen besagt das „transmission model“, dass die elterliche Psychopathologie das Erziehungsverhalten beeinflusst und damit wie bereits dargestellt zu verminderter Selbstregulation oder unsicherer Bindung führen kann. [47] Das „contextual model“ auf der anderen Seite beschreibt, dass verschiedene externe Faktoren, wie beispielsweise niedriger sozioökonomischer Status oder belastende Lebensereignisse sowohl als Faktoren für die elterliche Psychopathologie als auch für die Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen gesehen werden können. [48] Eine psychische Erkrankung eines Elternteils kann außerdem zu weiteren Risikofaktoren wie finanziellen Schwierigkeiten oder konflikthaften Beziehungen in der Familie führen. [49]

### *Familiäre Struktur*

Hier verbinden sich sowohl familiäre als auch umweltbezogene Risikofaktoren. Zusätzlich zu den bereits beschriebenen familiären Faktoren Erziehung und elterliche Psychopathologie spielen hier sowohl der Familienstatus als auch die Wohnsituation eine große Rolle. Esbjorn et al. zeigen, dass unabhängig vom Alter Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung deutlich häufiger nicht mit beiden leiblichen Eltern zusammenleben als psychisch gesunde Kinder. [50] Dies kann zum einen durch das Ereignis erklärt werden, das dazu geführt hat, dass Kinder oder Jugendliche nicht mehr bei beiden leiblichen Eltern leben. Bedingungen wie Scheidung oder Tod eines Elternteils werden als belastende Lebensereignisse und damit als Risikofaktor für psychische Auffälligkeiten angesehen. [27] Zum anderen besteht in Familien von Kindern und Jugendlichen, die mit nur einem Elternteil aufwachsen, ein

deutlich höheres Risiko für einen niedrigeren sozioökonomischen Status. Dieser gilt wiederum als starker Risikofaktor für psychische Auffälligkeiten. [13]

Auch die Scheidung der Eltern gilt als belastendes Lebensereignis und damit als Risikofaktor für eine psychische Erkrankung bei betroffenen Kindern und Jugendlichen. Hier gelten ähnliche Erklärungsansätze. Man geht davon aus, dass die Kinder und Jugendlichen nicht durch den Akt der Scheidung an sich, sondern durch das hohe Konfliktpotential in der Familie, die Veränderung der Familienzusammensetzung, sowie der Verschlechterung des sozioökonomischen Status der Ein-Eltern-Familie belastet werden. [51] Zusätzlich zum niedrigeren sozioökonomischen Status zeigen Franz et al., dass alleinerziehende Mütter eine deutlich höhere psychische Belastung aufweisen. [52]

#### 2.3.4.2.3 Umweltbezogene psychosoziale Risikofaktoren

##### *Belastungen durch Lebensereignisse*

Kinder oder Jugendliche können sich durch verschiedene Lebensereignisse belastet fühlen. Zum einen können sowohl psychische als auch somatische Erkrankungen von Familienmitgliedern und besonders von Eltern als Risikofaktor gesehen werden. Kinder mit kranken Familienmitgliedern müssen diese häufig unterstützen und mehr Aufgaben in der Familie übernehmen. Mehrere Studien konnten zeigen, dass dies zu weniger Freizeit und sozialer Isolation führen kann. Diese Folgen können wiederum mit Depression, Somatisierungsstörungen und Angststörungen sowie Verhaltensproblemen in Verbindung gebracht werden. [53],[54]

Auch andere belastende Ereignisse können eine Rolle bei der Entwicklung einer psychischen Störung spielen. Hierzu zählen sowohl langfristige Bedingungen, wie disharmonische Familienverhältnisse als auch plötzliche Ereignisse, beispielsweise der Tod eines Familienangehörigen. So konnten Goodyer et al. zeigen, dass sich bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen mehr belastende Lebensereignisse finden lassen als bei gesunden Probanden. [55] Dabei haben häufige kleine Alltagswidrigkeiten einen größeren Einfluss auf die Symptomatik der psychischen Erkrankung als seltene schwerwiegendere Ereignisse. [56] Da verschiedene Menschen auf die gleiche Belastung unterschiedlich reagieren und nur teilweise psychische Störungen entwickeln, geht man von vielen moderierenden Faktoren aus. [57] Dazu zählen unter anderem verschiedene Copingstrategien. Garnefski et al. zeigen, dass Jugendliche mit negativen Copingstrategien deutlich mehr Symptome einer Angststörung oder Depression nach belastenden Lebensereignissen angaben. [58] Außerdem können auch genetische Dispositionen Einfluss auf die individuelle Reaktion auf Erlebnisse haben. [59] So führen belastende Erfahrungen bei

Probanden mit einem bestimmten Genotyp eines Serotonintransporters deutlich häufiger zu dem Beginn einer Depression als bei Probanden ohne diesen Genotyp. [60]

Besonders bei schwerwiegenden belastenden Lebensereignissen, wie Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch ist der Zusammenhang zwischen den traumatischen Erfahrungen und der Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen gut belegt. Chen et al. können in einer Metaanalyse den deutlichen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und dem Lebenszeitrisiko für Angststörungen, Depression, Essstörung, posttraumatische Belastungsstörung, sowie Suizidversuchen nachweisen. [61] Das Risiko für eine psychische Erkrankung, vor allem einer posttraumatischen Belastungsstörung, ist besonders dann erhöht, wenn die Traumatisierung in ein kritisches Entwicklungsstadium fällt [62] oder durch eine Bezugsperson stattfindet. [63] Kinder und Jugendliche mit multiplen Missbrauchserfahrungen zeigen eine geringe Selbstkontrolle sowie eine hohe Ausprägung externalisierender Symptome. Dagegen bedingt eine Traumatisierung zu einem sehr frühen Zeitpunkt eine niedrig ausgeprägte Resilienz sowie eher internalisierende Symptome. [64] Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und Jugend scheinen auch einen Einfluss auf die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen, vor allem der Borderline Störung zu haben. [65]

#### *Außerfamiliäre Lebensumwelt*

Neben der Familie sind es Schule und Peergroup, die Einfluss auf das Verhalten und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben. Diese Umwelt außerhalb der Familie vergrößert mit zunehmendem Alter der Jugendlichen.

Der Schule kommt als eine der zentralen Entwicklungsumwelten von Jugendlichen eine tragende Rolle zu und kann als Quelle von Risikofaktoren angesehen werden. [66] Ein Faktor ist dabei die Wahrnehmung der Schulkompetenz, die die Verbindung aus Anstrengungen und Belastungen zum Erfüllen der gestellten Leistungsansprüche sowie Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenz darstellt. Bilz et al. zeigen, dass Schüler/innen, die mit der Struktur der Unterrichts gut zurechtkommen und sich durch die Leistungsansprüche nicht überfordert fühlen, deutlich seltener an depressiven Symptomen und Ängsten leiden als Schüler/innen mit einer subjektiv niedrigen Schulkompetenz. [67] Außerdem klagen Kinder und Jugendliche mit hoher schulischer Belastung häufiger über psychosomatische Beschwerden. [68] Bezüglich der Unterstützung der Schüler/innen durch Lehrer/innen und Mitschüler/innen zeigen sich ähnliche Befunde. Auch hier korreliert eine als hoch empfundene Unterstützung mit weniger psychosomatischen Beschwerden sowie einer höheren Lebenszufriedenheit. [69]

Betrachtet man die Interaktion mit Mitschülern/innen spielen auch Streitigkeiten und vor allem Mobbing eine große Rolle. Hier weisen Bilzet al. nach, dass Erfahrungen mit Mobbing durch Mitschüler einer der wichtigsten Prädiktoren für psychosomatische Beschwerden ist. [67] Mobbing bezeichnet im Gegensatz zu anderen Konflikten zwischen Mitschülern/innen das regelmäßige Erleiden negativer Aktivitäten, wie vorsätzliches Verletzen oder Bedrohen über einen längeren Zeitraum. Dabei muss zusätzlich eine asymmetrische Beziehung, also ein Macht- oder Kraftgefälle zwischen Opfer und Täter vorliegen, das es dem Opfer erschwert, sich zu verteidigen. [70] Betrachtet man den Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und Mobbingtätern sowie –opfern bei männlichen Jugendlichen, so zeigen Opfer eine höhere Rate an internalisierenden Störungen, Täter dagegen vermehrt externalisierende Störungen. [71] Gini et al. konnten außerdem ein erhöhtes Risiko für psychosomatische Krankheiten sowohl bei Tätern als auch bei Opfern nachweisen. [72]

Ein relativ neues Phänomen ist das Cybermobbing. Auch hier gelten die erwähnten Definitionskriterien, *regelmäßige* Gewalt über einen *längeren* Zeitraum gegenüber *wehrlosen* Opfern. Allerdings geschieht diese Gewalt über Informations- und Kommunikationstechniken, wie beispielsweise Internet oder Smartphone. [73] Außerdem können Täter anonym bleiben, was zu einer Senkung der Hemmschwelle der Täter führen kann. [74] Vergleicht man traditionelles Mobbing mit Cybermobbing, so stellen Monks et al. fest, dass Täter oder Opfer von Cybermobbing häufig auch an „traditionellem“ Mobbing beteiligt waren und dabei sehr wahrscheinlich dieselbe Rolle (Täter/Opfer) einnehmen. [75] Die Folgen von Cybermobbing sind mit denen des traditionellen Mobbings vergleichbar. So zeigen Täter häufig externalisierende Verhaltensprobleme und weniger prosoziales Verhalten. [76] Cybermobbingopfer berichten dagegen häufiger von Suizidgedanken [77], haben häufiger psychosomatische Beschwerden sowie Probleme mit Gleichaltrigen. Die meisten Probleme finden sich bei jenen Kindern und Jugendlichen, die sowohl als Opfer betroffen sind als auch als Täter agieren. [76]

### *Medien*

Viele Studien diskutieren den Einfluss von Medien wie beispielsweise Fernsehen, Computer und Internet auf das Freizeitverhalten oder die körperliche und psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Daten der JIM-Studie belegen, dass in beinahe jedem Haushalt Handy, Computer, Internetzugang und Fernseher vorhanden sind und die meisten Jugendlichen diese täglich oder mehrfach pro Woche nutzen. [78] Als Auswirkungen des Medienkonsums werden häufig körperliche Inaktivität und Übergewicht [79], Depression [80] und Angststörung sowie Substanzmissbrauch

genannt.[81] Auch ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Mediennutzung und einer Ein- sowie Durchschlafproblematik konnte in verschiedenen Studien aufgezeigt werden. [82], [83] Allerdings können nicht alle Studien oder Metaanalysen einen statistischen Zusammenhang zwischen Mediennutzung und Auswirkungen auf die Gesundheit nachweisen. [84]

Bei Patienten mit einer Essstörung spielt Mediennutzung aber häufig eine große Rolle. So können bestimmte Fernsehsendungen und Internetseiten eine Informationsquelle für Abnehmstrategien oder Kaloriengehalt von Nahrungsmitteln sein. Götz et al. beschreiben zudem, dass viele Patienten mit Anorexie häufig stundenlang Kochsendungen anschauen, um sich „satt zu sehen“. [85] Verschiedene Metaanalysen konnten auch einen engen Zusammenhang zwischen dem schlanken, makellosen Idealbild, das in den Medien vermittelt wird und einer daraus resultierenden Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper herstellen. [86],[87] Dabei sind gerade Jugendliche besonders leicht beeinflussbar. [87] Aus dieser Unzufriedenheit können dann Symptome wie restriktives Essverhalten [88] oder exzessive körperliche Betätigung [89] resultieren. Götz et al. konnten in ihrer Studie zudem aufzeigen, dass die Castingshow *Germany's next topmodel* dabei besonderen Einfluss auf Jugendliche hat und das Schönheitsideal in dieser Altersgruppe signifikant prägt. [85] Aber auch Internetseiten wie ProAna, auf denen sich Betroffene austauschen und die Essstörung stark idealisiert wird, können den Wunsch, dünner sein zu wollen, bestärken. [90]

### *Alkohol und Drogen*

Die Ergebnisse nationaler Studien zeigen einen weit verbreiteten Tabak- und Alkoholkonsum sowie einen deutlich weniger verbreiteten Konsum von illegalen Drogen bei Jugendlichen in Deutschland. Dabei ergeben sich deutliche Unterschiede bezüglich des Geschlechts: Jungen konsumieren häufiger Alkohol oder illegale Drogen. Bezüglich des Schultyps fällt ein deutlicher sozialer Gradient auf, das heißt bei Gymnasiasten besteht ein deutlich niedrigeres Risiko eines regelmäßigen Substanzmissbrauchs als bei Schülern der Mittelschule. [91], [92]

Substanzgebrauch und besonders schädlicher Gebrauch kann zum einen durch verschiedenste Risikofaktoren bedingt sein und zum anderen Risikofaktoren, aber auch psychische Auffälligkeiten oder Krankheiten auslösen. Steinhausen et al. stellen beispielsweise im Rahmen der ZAPP-Studie dar, dass problematischer Substanzkonsum zu allen Erhebungszeiten mit externalisierenden Störungen und teilweise auch mit internalisierenden Störungen in Zusammenhang steht. Außerdem zeigt sich, dass besonders belastende Lebensereignisse und eine geringe elterliche Unterstützung mit schädlichem Substanzgebrauch assoziiert sind. [93] Auch die Great Smoky Mountains Studie zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen

Substanzgebrauch und Verhaltensauffälligkeiten, teilweise auch zwischen Konsum und emotionalen Auffälligkeiten. Ob Jugendliche mit psychischen Störungen häufiger Alkohol, Tabak oder Drogen konsumieren oder eher der Gebrauch von Substanzen zu psychischen Auffälligkeiten führt, konnte nicht eindeutig belegt werden. Allerdings konnte ein Zusammenhang zwischen einer psychiatrischen Diagnose und einem späteren Konsum illegaler Drogen, sowie ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Auffälligkeiten nach erhöhtem Alkoholkonsum nachgewiesen werden. [94]

Bezüglich des Alkoholkonsums konnte im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie auch gezeigt werden, dass die Menge des monatlich getrunkenen Alkohols mit einem niedrigen elterlichen Erziehungsengagement, einem engen Kontakt mit sozial auffälligen Freunden, einer hohen Risikobereitschaft, vielen externalisierenden Auffälligkeiten sowie einem hohem Tabak- und illegalem Substanzgebrauch ansteigt. [95]

Cannabis nimmt als illegale Droge, die am häufigsten konsumiert wird, eine besondere Stellung ein. [91] Die Ergebnisse der Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und psychischen Störungen zu allen Erhebungszeitpunkten bei jugendlichen Probanden zwischen 15 und 21 Jahren. Besonders bei psychotischen [96] und manischen Syndromen [97] aber auch bei depressiven oder Angststörungen kann Cannabis die Symptomatik auslösen oder verstärken. [98]

#### 2.3.4.3 Resilienz

Betrachtet man Kinder und Jugendliche mit Risikofaktoren, so kann man beobachten, dass einige psychische Auffälligkeiten oder Krankheiten entwickeln, während andere trotz ausgeprägter Belastungen gesund bleiben. Diese Kinder und Jugendlichen müssen also über Merkmale oder Ressourcen verfügen, die sie vor Belastungen schützen können. In der Literatur wird dieses Merkmal als Resilienz bezeichnet. Schumacher et al. definieren Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit und damit als Gegenstück zur Vulnerabilität. [99] Diese kann ihre Pufferwirkung allerdings nur dann entfalten, wenn auch ein Risikofaktor vorhanden ist und die Resilienz bereits vor Auftreten der Belastung vorhanden war. [100] Während Block und Block 1980 die Resilienz noch als weitgehend stabiles Persönlichkeitsmerkmal ansahen [101], plädieren Leipold et al. dafür, Resilienz als Zusammenspiel zwischen verschiedenen psychologischen Prozessen (beispielsweise Emotionsregulation) und bestimmten Bedingungen (z.B. familiäre Situation) anzusehen. [102] Campbell-Sills et al. fassen die Resilienz dagegen als multidimensionales Konstrukt aus konstitutionellen Persönlichkeitsmerkmalen und Fähigkeiten zur Bewältigung von Belastungen auf. [103] Dabei können resiliente Individuen ebenso negative Affekte erleben, diese sind

allerdings nicht anhaltend und führen zu keiner dauerhaften psychopathologischen Beeinträchtigung. [104] Bonanno beschreibt dazu in seinem Übersichtsartikel, dass bei Menschen mit ausgeprägter Resilienz nach traumatischen Ereignissen durchaus vorübergehende Schwierigkeiten, beispielsweise Schlafstörungen für einige Wochen, auftreten können, sie aber im Allgemeinen dennoch ihren Alltag bewältigen können. [105] Friborg et al. bestätigten, dass resiliente Individuen ein geringeres Schmerz- und Stresserleben angeben als Menschen mit weniger ausgeprägter Resilienz. [106]

### 3 Fragestellung

Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren spielen eine große Rolle bei der Entstehung und dem Verlauf von psychischen Krankheiten. Da das Ersterkrankungsalter für ca. 80% der psychischen Erkrankungen vor dem 24. Lebensjahr liegt [24], ist es wichtig, diese Faktoren gerade bei Kindern und Jugendlichen genauer zu untersuchen. Bisher gibt es jedoch nur wenige Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen verschiedenen Risikofaktoren und psychisch erkrankten Jugendlichen genauer betrachten. Diese Arbeit hat das Ziel, Risikofaktoren bei diesen Jugendlichen zu identifizieren, die Unterschiede der Faktoren zwischen den einzelnen Behandlungsdiagnosen darzustellen, sowie einen Zusammenhang mit dem Therapieoutcome herzustellen.

- Hauptfragestellung 1:  
Untersuchen des Vorkommens und der Ausprägung der einzelnen Risikofaktoren bei stationär behandelten Patienten  
**Hypothese 1:** Stationär behandelte Patienten unterscheiden sich signifikant in der Ausprägung der einzelnen Faktoren von der Allgemeinbevölkerung.
- Hauptfragestellung 2:  
Vergleich des Vorkommens und der Ausprägung der einzelnen Risikofaktoren zwischen den verschiedenen Behandlungsdiagnosen  
**Hypothese 2:** Patienten mit verschiedenen Behandlungsdiagnosen haben signifikant unterschiedliche Faktoren, die von der Ausprägung der Allgemeinbevölkerung abweichen.
- Hauptfragestellung 3:  
Auswirkung einzelner Risikofaktoren auf das Therapieoutcome  
**Hypothese 3:** Eine hohe Ausprägung des Risikofaktors hängt signifikant mit einem schlechteren Therapieoutcome zusammen.



## **4 Methoden**

Der folgende Abschnitt stellt das Untersuchungsdesign und die einzelnen Messinstrumente dar und beschreibt die Studienpopulation.

### **4.1 Untersuchungsdesign**

Die vorliegende Arbeit beruht auf dem Design einer deskriptiven Querschnittsanalyse. Mithilfe eines eigens zusammengestellten Fragebogen wurden die psychosozialen Risikofaktoren und der Schutzfaktoren Resilienz zu einem bestimmten Zeitpunkt erfasst. Dieser Fragebogen wurde in einem Zeitraum von Januar 2016 bis Januar 2017 in der Schön Klinik Roseneck an alle Patienten ausgeteilt, die sich zu dieser Zeit in stationärer Therapie auf einer Jugendstation der Schön Klinik Roseneck befanden. Von ... Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren, die sich in stationärer Therapie befanden, beantworteten 414 den Fragebogen. Um den Fragebogen auf Vollständigkeit und Verständlichkeit zu überprüfen fand im August 2015 ein Probelauf mit zehn Patienten statt.

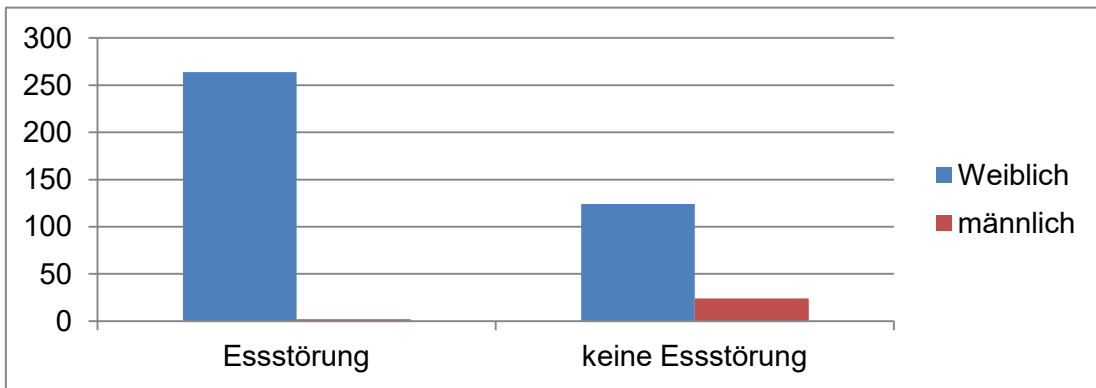
### **4.2 Studienpopulation**

Eingeschlossen wurden alle PatientInnen, die sich von Januar 2016 bis Januar 2017 in vollstationärer Therapie auf einer der Jugendstationen der Schön Klinik Roseneck befanden, es konnte 414 Fälle in die Studie aufgenommen werden.

#### **4.2.1 Alter- und Geschlechtsverteilung**

Es wurden 388 (93,7 %) weibliche und 26 (6,3 %) männliche Patienten zwischen 12 und 19 Jahren in die Studie eingeschlossen. Die Geschlechterverteilung wird im folgenden Diagramm dargestellt. Der geringe Anteil an männlichen Probanden ist größtenteils auf die überwiegend weibliche Stichprobe von Essstörungspatienten

zurückzuführen.



**Abb. 3: Geschlechtsverteilung**

#### 4.2.2 Behandlungsdiagnose

Die meisten Patienten befanden sich aufgrund einer Essstörung oder einer Depression in stationärer Behandlung. Die folgende Tabelle zeigt die genaue Verteilung der Hauptdiagnosen in der Studienpopulation.

**Tab. 1: Behandlungsdiagnose**

	Häufigkeit	in Prozent
Anorexie F50.0/1	201	48,6
Bulimie F50.2/3	47	11,4
Essstörung F50.4/8/9	18	4,3
Depression leicht F 32.0	1	,2
Depression mittel F 32.1	30	7,2
Depression rezidivierend F33.1	23	5,6
Depression schwer F32.2	32	7,7
Zwangsstörung F42	22	5,3
soziale Phobie F 40.1	16	3,9
PTBS F 43.1	7	1,7
spezifische Phobie F40.0/2	3	0,7
Angststörung F 41	2	0,5
Somatoforme Störungen F45	6	1,4
Trichotillomanie F63	2	0,5
emotional instabile Persönlichkeitszüge F60.3	2	0,5
emotionale Störung des Kindesalters F93	1	0,2
dissoziative Störung F44.7	1	0,2
Gesamt	414	100,0

### 4.2.3 Nationalität

378 (91,3 %) Patienten haben die deutsche Staatsbürgerschaft, 19 Patienten (4,6 %) eine andere Staatszugehörigkeit und 15 Patienten (3,6 %) eine doppelte Staatsbürgerschaft. Bei 2 Patienten (0,5 %) konnte keine Angabe zur Nationalität erhoben werden. Die meisten Patienten ohne deutsche Staatsbürgerschaft kommen aus Österreich (1,9 %), Italien (1,0 %) und der Türkei (0,7 %).

### 4.2.4 Wohnsituation

263 (63,5 %) der Probanden leben vor der stationären Aufnahme mit zwei Elternteilen, 116 (28,0 %) nur mit der Mutter und 14 (3,4 %) nur mit dem Vater zusammen. 14 (3,4 %) leben nicht mit ihren Eltern zusammen und fünf (1,2 %) Patienten geben an zwischen Mutter und Vater zu pendeln. Bei zwei (0,5 %) Probanden fehlen die Angaben bezüglich der Wohnsituation.

Folgende Tabelle zeigt die Wohnsituation der Patienten genauer, die nicht bei ihren Eltern wohnen.

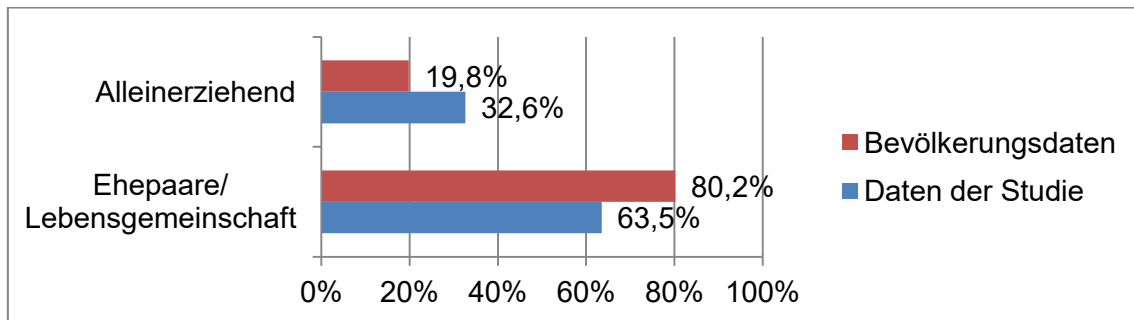
Tab. 2: Wohnsituation

	Häufigkeit	Prozent
Wohngruppe wegen psychischer Erkrankung	5	35,7
Verwandte	3	21,4
Internat	1	7,1
Lebenspartner	1	7,1
Personalwohnheim	1	7,1
Pflegefamilie	1	7,1
WG	1	7,1
keine Angabe	1	7,1
Gesamt	14	100,0

267 (64,5 %) der Eltern der Probanden sind verheiratet oder leben gemeinsam in einer Partnerschaft, während 146 (35,3 %) getrennt oder geschieden sind. Bei einem Proband (0,2%) fehlt die Angabe. Die Scheidung der Eltern war im Mittel vor 8,05 Jahren (SD 5,048). Die Zeitspanne des Trennungzeitpunktes reicht von vor 0 bis 18 Jahren mit einem Maximum bei vor einem und vor drei Jahren.

In Deutschland gab es beim letzten Mikrozensus 2014 8,1 Mio. Familien und 15,0 Mio. Kindern unter 20 Jahren. [107] Davon lebten 69,5 % bei Ehepaaren, 10,7 % in Lebensgemeinschaft und 19,8 % bei alleinerziehenden Elternpaaren. [108] Auch hier wird nicht zwischen leiblichen Elternteilen und Stieffamilien unterschieden. Vergleicht

man die Wohnsituation zwischen den Probanden der Studie und der Allgemeinbevölkerung so zeigt die folgende Abbildung, dass in der Studie deutlich mehr Probanden bei alleinerziehenden Elternteilen aufwachsen.



**Abb. 4: Häufigkeitsverteilung: Wohnsituation**

#### 4.2.5 Schulart

Die Mehrheit der Probanden (246; 59,4 %) besucht ein Gymnasium, gefolgt von Realschule (83; 20,0 %) und Mittelschule (34; 8,2 %). Bei vier (1,0 %) Probanden fehlt die Angabe zur Schulart. Die weitere Verteilung kann aus Tabelle 3 entnommen werden.

**Tab. 3: Schulart**

	Häufigkeit	Prozent
Gymnasium	246	59,4
Realschule	83	20,0
Mittelschule	34	8,2
Fachoberschule	11	2,7
Berufsschule	17	4,1
Gesamtschule	10	2,4
Wirtschaftsschule	5	1,2
Waldorfschule	2	0,5
kein Schüler/in mehr	2	0,5
Fehlend	4	1,0
Gesamt	414	100,0

#### 4.3 Messinstrumente

Da die vorliegende Studie möglichst umfassend die einzelnen Risikofaktoren und die Resilienz als Schutzfaktor darstellen möchte, wurde ein Fragebogen aus einzelnen bereits standardisierten Erhebungsinstrumenten und eigenen Fragen entwickelt. Im

Folgenden werden die einzelnen Teile des Fragebogens genauer beschrieben. Dieser gliedert sich in folgende Themen:

**Tab. 4: Zusammenfassung Fragebogenset**

allgemeine Daten, Migration, Wohnsituation	eigener Fragebogen
Scheidung	Fragebogen zur emotionalen Scheidungsverarbeitung (Stary, Arnold und Reisel 1986), in Auszügen [109]
Positive Familienanamnese	eigener Fragebogen
Medienkonsum, GNTM, Reality TV	eigener Fragebogen in Anlehnung an Götz, 2015 [85]
Mobbing, Cybermobbing	Mobbingfragebogen der Zepf-Instituts [110] Fragebogen der Bundeszentrale für politische Bildung [111]
Schule	Teacher and Classmate Support scale [112] Academic stress subscale [68] High academic expectation subscale [68] eigene Fragen
Resilienz	Resilienzskala RS-25 [99]
Erziehung	Züricher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten [113]
Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum	Suchtfragebogen KiGGS [91] Substance Use Questionnaire [114]
Lebensereignisse	Züricher Lebensereignisliste [115], in Auszügen
Traumatische Erfahrungen in der Kindheit	Childhood Trauma Questionnaire [116]
Outcome Anorexie	Eating Disorder Inventory (EDI-2) [117]

#### **4.3.1 Allgemeine Daten, Migration und Wohnsituation**

Zu Beginn des Fragebogens wurde nach Angaben zu allgemeinen Daten, wie Alter, Geschlecht und Nationalität der Probanden gefragt. Außerdem wurden die Wohnsituation sowie der Partnerschaftsstatus der Eltern erhoben.

#### **4.3.2 Fragebogen zur emotionalen Scheidungsverarbeitung (Sary, Arnold und Reisel 1986)**

Der 1986 von Sary, Arnold und Reisel in Wien entwickelte Fragebogen richtet sich direkt an Kinder und Jugendliche, die eine Scheidungssituation erleben oder in der Vergangenheit erlebt haben. Dieser soll sowohl das Erleben der Scheidung als auch die Einstellungen zur Trennung der Eltern aus subjektiver Sicht der Kinder erfassen. Dieser Teil des Fragebogens soll in der Studie nur von Probanden ausgefüllt werden, deren Eltern sich getrennt haben oder geschieden sind. Mit 82 Items erscheint der Fragebogen im Original deutlich zu lang, um im Ganzen in einer Erhebung eingesetzt zu werden, in der das Thema Scheidung nur einen Risikofaktor neben anderen darstellen soll. Deshalb wurde er mit Rücksichtnahme auf die einzelnen Skalen der Auswertung für diese Studie gekürzt. Die vierstufige Antwortskala reicht von „stimmt sehr“ bis „stimmt nicht“. [109]

#### **4.3.3 Positive Familienanamnese**

Zum Themenkomplex familiäre Krankheiten wurden zwei kurze Fragebogenabschnitte entwickelt, die sowohl somatische als auch psychische Krankheiten abdecken sollen. Für körperliche und psychische Krankheiten getrennt wurde zunächst nach dem Vorkommen der häufigsten Erkrankungen, wie Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Depression oder Essstörung, bei Familienmitgliedern gefragt. Anschließend sollten die Probanden das subjektive Belastungsempfinden durch diese Erkrankung angeben. Um möglichst alle wichtigen Erkrankungen erheben zu können, wurden Leerzeilen für die Nennung weiterer Krankheiten freigelassen.

#### **4.3.4 Medienkonsum**

Zunächst wurden allgemeine Daten erhoben, ob die Jugendlichen bestimmte Medien, wie beispielsweise Handy oder Fernseher, besitzen und wie lange sie diese täglich nutzen. Da ein Großteil der Patienten der Schön Klinik wie in 4.2.2 beschrieben eine Essstörungssymptomatik aufweist, wurde der Schwerpunkt der Fragen zum Thema

Medien hierauf gelegt. So wurde beispielsweise gefragt, wie lange sich die Probanden mit den Themen Essen oder Fitness mithilfe von Magazinen und Internet beschäftigen oder ob sie sich durch bestimmte Formate im Fernsehen in ihrer eigenen Körperwahrnehmung beeinflusst fühlen. Hier wurde vor allem auf die Sendung Germany's Next Topmodel eingegangen. [85]

#### **4.3.5 Mobbing**

Das Thema Mobbing wurde in zwei Teile untergliedert. Der erste Abschnitt des Fragebogens beschäftigt sich mit dem „traditionellen“ Mobbing. Zu Beginn wird folgende kurze Definition des Begriffs *Mobbing* gegeben: „Eine Person wird gemobbt, wenn er oder sie wiederholt oder über einen längeren Zeitraum den negativen Handlungen von einer oder mehreren Personen ausgesetzt ist.“ [118] Diese kurze Einleitung ist notwendig, um den Probanden zu verdeutlichen, dass hier nach systematischen und länger andauernden Konflikten gefragt wird. Deshalb wurde im Fragebogen nicht nur erhoben, ob bestimmte Handlungen stattfinden oder stattgefunden haben, sondern auch, wie lange diese Vorfälle schon bestehen und wie oft sie geschehen. Um möglichst alle Handlungen als Items in den Fragebogen aufnehmen zu können, die relevant sein können, wurde der Fragebogen „Ich, Du, Wir – Wie gehen wir miteinander um?“ der Bundeszentrale für politische Bildung als Vorlage benutzt. Es wurden 20 Items ausgewählt, die anhand zweier fünfstufiger Ratingskalen beantwortet werden sollen. Die erste Skala stellt die Häufigkeit der Mobbingvorfälle dar und reicht von „nie“ bis „täglich“. Die zweite Skala zeigt, von „jetzt nicht mehr, aber früher“ bis „kürzer als einen Monat“ die Dauer der Ereignisse. Die Auswertung erfolgt in drei Skalen: körperlicher Angriff (Item 1-7), verbaler Angriff (Item 8-16) und psychische Gewalt (Item 17-20). [111]

Der zweite Abschnitt der Erhebung zum Thema Mobbing beschäftigt sich mit Cybermobbing. Hier wurde folgende Definition vorangestellt: „Als Cybermobbing werden Angriffe, wie das Verbreiten von Gerüchten oder Beleidigungen über das Internet, beispielsweise in E-Mails, Videos, Chats, Foren oder Facebook, bezeichnet. Aber auch Handys (SMS, MMS, Versand von Videos, etc.) können genutzt werden, um jemanden absichtlich zu beleidigen, zu bedrohen oder anzugreifen.“ Hier wurde der Abschnitt zum Thema Cybermobbing des Fragebogens des Zentrums für empirische pädagogische Forschung als Vorlage verwendet. [110] Auch in diesem Teil wurde bei den 8 Items mit derselben Antwortskala wie im ersten Abschnitt differenziert, wie lange und seit wann die Probanden die angegebene Handlung erleben oder erlebt haben. Abschließend konnten die Probanden in beiden Fragebogenteilen zum Thema

Mobbing in freien Abschnitten über Mobbingerfahrungen berichten, die nicht explizit abgefragt wurden.

#### **4.3.6 Schule**

Hier wurden zunächst in einem selbstentwickelten Fragebogen allgemeine Daten zur Schullaufbahn abgefragt. Dieser beschäftigt sich mit Fragen zur aktuell besuchten Schule, stattgefundenen Schulwechseln und Fehlzeiten. Daran schließt sich ein Fragebogenabschnitt an, der die Einstellung der Probanden zur Schule abfragt.

In der Teacher and Classmate Support Scale von Torsheim wird die Unterstützung durch Lehrer und Schüler getrennt abgefragt. [112] Die Skalen umfassen je vier Items, die zu einem Summenwert (4-20) addiert werden. Die Summenwerte teilen dann den Grad der empfundenen Unterstützung in niedrig (4-8), mittel (9-14) und hoch (15-20) ein. [119]

Wie sehr sich die Probanden durch Anforderungen in der Schule belastet fühlen, wird durch zwei verschiedene Skalen erhoben. Die Academic Stress subscale soll darstellen, wie sehr sich die Schüler durch Schularbeiten belastet fühlen. Sie besteht aus drei Items. Mithilfe der High Academic Expectations subscale wurden die Probanden in zwei Items gefragt, wie sehr sich die Probanden durch überzogene Erwartungen von Lehrern oder Eltern unter Druck gesetzt fühlen. [120]

Weitere Items sollen zeigen, ob sich die Probanden in der Schule allgemein wohlfühlen und ob sie selbst mit ihren Leistungen zufrieden sind oder sich unter Druck setzen. Alle 22 Items sind mit einer fünfstufigen Antwortskala verbunden, die von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt“ nicht reicht.

#### **4.3.7 Resilienz**

Mithilfe dieses Fragebogens soll die psychische Widerstandsfähigkeit der Probanden dargestellt werden. Dazu wurde die Resilienzskala 25 (RS-25) ausgewählt, die 1993 von Wagnild und Young entwickelt wurde und 2005 in der deutschen Übersetzung von Schumacher validiert wurde. Der Fragebogen besteht aus 25 Items, die sich in zwei Skalen gliedern. Die erste Skala „persönliche Kompetenz“ erfasst in 17 Items Merkmale wie Selbstvertrauen oder Unabhängigkeit. Die zweite Skala „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ erhebt Persönlichkeitsattribute wie Toleranz oder Anpassungsfähigkeit. Die Fragen werden mit einer siebenstufigen Ratingskala, von „ich stimme absolut nicht zu“ bis „ich stimme absolut zu“, beantwortet. Im Rahmen der Validierungsstichprobe aus dem Jahr 2005, die aus 2031 Probanden im Alter von 14 bis 65 Jahren bestand, weisen fast alle Items einen guten Trennschärfekoeffizienten auf



(0.4-0.8). Die beiden Skalen zeigten eine gute bis sehr gute interne Konsistenz (Cronbach's Alpha zwischen 0.82 und 0.95). Die in der Originalpublikation von Wagnild und Young gezeigte zweidimensionale Struktur mit zwei Skalen konnten in der berechneten Faktorenanalyse der deutschen Validierung allerdings nicht bestätigt werden. [99]

#### **4.3.8 Erziehung**

In dieser Studie soll die Erziehung der Eltern aus subjektiver Sicht der jugendlichen Probanden dargestellt werden, da besonders die subjektive Wahrnehmung der Erziehung durch die Probanden von Interesse war. [121] Außerdem tendieren viele Eltern dazu, ihren Erziehungsstil positiver darzustellen, als er objektiv ist oder von den Kindern wahrgenommen wird. [122] Es wurde der Züricher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE) ausgewählt, der 1993 von Reitzle et al. entwickelt wurde. Darin wird in 32 Items das Erziehungsverhalten der Eltern für Mutter und Vater getrennt erfragt. Die Items teilen sich in drei Skalen, „Wärme und Unterstützung“ (12 Items), „Psychologischer Druck“ (9 Items) und „Regeln/Kontrolle“ (6 Items) auf, um die verschiedenen Erziehungsstile Autoritativ – autoritär – permissiv – unengagiert abbilden zu können (s.1.3.4.2 psychosoziale Risikofaktoren – Erziehung). Weitere fünf Items gehen nicht in die Berechnung der Skalen ein. Zur Auswertung werden Summe und Mittelwert jeder Skala berechnet. Die vierstufige Antwortskala reicht von 0 (stimmt nicht) bis 3 (stimmt völlig). Die Validierung des Fragebogens wurde 1994 an 877 Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren in der gesamten Schweiz durchgeführt. [113]

#### **4.3.9 Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum**

Zum Thema Substanzgebrauch soll der Konsum von Zigaretten, Alkohol und illegalen Drogen erfasst werden. Als Vorlage dienen hier zwei Fragebögen, die beide bei großen nationalen Erhebungen zum Einsatz kamen. Es wurde zum einen der Fragebogen zum Substanzgebrauch der KiGGs Erhebung in Auszügen verwendet. [91] Zum anderen wurden auch einzelne Items aus dem Substance Use Questionnaire, der im Rahmen der ZAPPS-Studie von Müller und Abbet entwickelt wurde, ausgewählt. [114]

Zum Thema Rauchen wurde in drei Items nach momentanem Konsum und Einstiegsalter gefragt. Der Bereich Alkoholkonsum wird mit sechs Items abgehandelt. Hier wird erhoben, ob die Probanden bereits Alkoholkonsumiert haben, welche Art des Alkohols sie bevorzugen (Bier, Wein, etc.), ob sie bereits stark betrunken waren und zu welcher Gelegenheit sie Alkohol trinken. Zuletzt wird noch nach dem Konsum illegaler

Drogen gefragt. Hier werden die gebräuchlichen Drogen aufgezählt und in einer fünfstufigen Antwortskala, die von „nie“ bis „oft“ reicht, beantwortet.

#### **4.3.10 Lebensereignisse**

Als Vorlage für diesen Teil des Fragebogens wurde die Züricher Lebensereignis-Liste (ZLEL) benutzt. [115] Diese wurde aus Items eines Kurzfragebogens von Goodyer und einer Auswahl aus den 100 Fragen der Adolescent Perceived Event Scale (APES) von Compas et al. zusammengestellt. Sie enthält 36 Items aus den Themengebieten Familie, Schule, Freundschaft, Krankheit, Unfall und Verlust. Die Probanden sollen angeben, ob die aufgezählten Ereignisse in den letzten zwölf Monaten eingetreten sind. Anschließend sollen sie auf einer fünfstufigen Ratingskala, die von „sehr unangenehm“ bis „sehr angenehm“ reicht, ihre subjektive Empfindung bezüglich dieses Ereignisses bewerten.

Für diese Studie wurde die ZLEL etwas gekürzt, da sich einige Fragen bereits in ähnlicher Form in anderen Abschnitten des Fragebogens wiederfinden.

#### **4.3.11 Traumatische Erfahrungen in der Kindheit**

Dieser Abschnitt besteht aus der Kurzform des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) von Bernstein und et al. [123] und wurde von Klinitzke et al. in der deutschen Übersetzung validiert. Der CTQ stellt ein retrospektives Selbstbeurteilungs-instrument dar, das in 28 Items und 5 Skalen (*emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung*) traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend erfassen soll. Die Aussagen beginnen jeweils mit „Als ich aufwuchs...“ und sollen anhand einer fünfstufigen Ratingskala von „überhaupt nicht“ bis „sehr häufig“ beantwortet werden. Im Rahmen der Validierung der deutschen Version wurden 2010 die Ergebnisse von ca. 2500 Probanden zwischen 14 und 90 Jahren ausgewertet. Die 5-Faktoren-Struktur zeigte aufgrund einer hohen Interkorrelation und einer geringen internen Konsistenz der Skala *körperliche Vernachlässigung* eine nur ausreichende Güte. Die internen Konsistenzen der vier restlichen Skalen waren mit  $\alpha \geq 0,80$  aber hoch. Insgesamt zeigte sich der Fragebogen als reliables und valides Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung traumatischer Erfahrungen in der Kindheit. [116] Einige Fragen dieses Abschnitts des Fragebogens könnten bei einigen Probanden eventuell als belastend empfunden werden. Deshalb wurde direkt vor den CTQ ein Text gesetzt, der den Probanden erläutern soll, dass sie belastende Fragen auslassen können und sich bei Fragen oder Problemen an ihren Therapeuten wenden sollen.

#### 4.3.12 Therapieoutcome

Bei Patienten mit Anorexie wurde zusätzlich zu Beginn und zum Abschluss der stationären Behandlung der EDI-2 erhoben. [117] Der Fragebogen wurde 1983 von Garner, Olmsted und Polivy mit acht Skalen entwickelt und 1991 von Garner um drei Skalen erweitert. Die 91 Items teilen sich also auf die folgenden elf Skalen auf: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, Interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation und Soziale Unsicherheit. Salbach-Andrae et al. konnten eine gute Validität des EDI-2 bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren zeigen. [124]

Außerdem wurde bei anorektischen Patienten Größe und Gewicht vor und nach dem stationären Aufenthalt erfasst. Mit Hilfe der folgenden Formel konnte so der Body-Mass-Index errechnet werden.

$$BMI = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$$

#### 4.4 Datenanalyse

Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe des Statistik-Programms IBM SPSS Statistics 24 durchgeführt. Dabei wurde als Signifikanzniveau ein Wert von  $\alpha = 0,05$  festgelegt. Fehlende Werte wurden bei einem Anteil  $\leq 20\%$  durch den Mittelwert der jeweiligen Skala ergänzt, bei einem größeren Anteil wurde der Wert des Probanden aus der Analyse ausgeschlossen. Für die erste Hauptfragestellung wurde die Ausprägung der einzelnen Faktoren deskriptiv dargestellt. Dabei wurden die Skalen bei standardisierten Fragebögen gemäß der einzelnen Validierungsstudien berechnet.

Zur Überprüfung der zweiten Hauptfragestellung wurde die Ausprägung der einzelnen Faktoren mithilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse zwischen den Diagnosen verglichen. Zum Teil wurden nur die Unterschiede zwischen den beiden größten Patientengruppen, Probanden mit Essstörung oder Depression, mithilfe eines Chi-Quadrat-Tests berechnet.

Die dritte Hauptfragestellung bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Ausprägung der einzelnen Faktoren und dem Therapieoutcome der Probanden. Hierfür wurden nur Patienten mit der Behandlungsdiagnose Anorexie ausgewählt und das Therapieoutcome als Differenz von BMI und EDI-2 zwischen Beginn und Ende der Behandlung definiert. Anschließend wurden die Korrelation und eine lineare Regression einzelner Faktoren und der Differenzen von BMI und EDI-2 berechnet.

## 5 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Fragebogenerhebung beschrieben. Zunächst werden die Ergebnisse der klinischen Stichprobe bezüglich der einzelnen Faktoren, die aus der Literatur bekannt sind, dargestellt und in der anschließenden Diskussion Werten aus der Allgemeinbevölkerung oder der Validierungsstichprobe der einzelnen standardisierten Fragebögen gegenübergestellt. Anschließend wird die Ausprägung der einzelnen Faktoren zwischen den verschiedenen Diagnosen der Probanden mittels einfaktorieller Varianzanalyse oder Chi-Quadrat Test verglichen. Die Ergebnisse dieser vergleichenden Berechnung finden sich jeweils am Ende des Abschnitts zu den einzelnen Variablen. Abschließend wird das Outcome des stationären Aufenthalts der Patienten mit der Behandlungsdiagnose Anorexie betrachtet und mit der Ausprägung der einzelnen Faktoren in Verbindung gebracht.

### 5.1 Ergebnisse der einzelnen Faktoren

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der einzelnen Risikofaktoren und der Resilienz als Schutzfaktor dargestellt.

#### 5.1.1 Emotionale Bewertung der Scheidung der Eltern

Wie in Abschnitt 2.2.4 zur Wohnsituation dargestellt, sind 267 (64,5 %) der Eltern der Probanden verheiratet oder leben gemeinsam in einer Partnerschaft, während 146 (35,3 %) getrennt oder geschieden sind. Um vor allem die emotionale Bewertung der Scheidung durch die Probanden darzustellen, wurden Teile aus dem Fragebogen zur emotionalen Scheidungsverarbeitung verwendet. [109] Die folgende Tabelle zeigt die emotionale Reaktion der Probanden auf die Nachricht der Scheidung. Diese macht deutlich, dass die meisten Probanden mit Traurigkeit auf die Scheidung der Eltern reagieren.

**Tab. 5: Emotionale Reaktion auf Scheidung**

Als ich erfuhr, dass meine Eltern sich scheiden lassen, war ich...	Häufigkeit	Prozent
traurig	74	50,7
beunruhigt	23	15,8
erleichtert	23	15,8
ängstlich	6	4,1
keine Angabe	20	13,7
Gesamt	146	100,0

Nachfolgende Tabelle stellt die Antworten der Probanden auf die einzelnen Items des Fragebogens dar. Hier fällt besonders auf, dass zwar 81,5 % der Probanden die Scheidung der Eltern für die richtige Entscheidung halten, aber dennoch 55,5 % mit negativen Gefühlen darauf reagierten.

Außerdem wird deutlich, dass sich für circa die Hälfte der Probanden die Beziehung zur Mutter verbessert (51,4 %) und nur für 17,8 % verschlechtert. Im Gegensatz dazu wird die Beziehung zum Vater nur für 30,9 % besser, dafür aber für 45,9 % schlechter.

**Tab. 6: Ergebnisse des Fragebogens zur Emotionalen Scheidungsverarbeitung**

	stimmt absolut	stimmt etwas	stimmt nicht	keine Angabe
Mein Vater fragt mich manchmal, was meine Mutter über ihn erzählt.	6,2 %	35,6 %	45,2 %	13,0 %
Meine Mutter fragt mich manchmal, was mein Vater über sie erzählt.	8,2 %	34,3 %	44,5 %	13,0 %
Ich fühle mich oft anders als meine Freunde, deren Eltern zusammen leben.	9,6 %	48,6 %	29,5 %	12,3 %
Ich halte die Entscheidung meiner Eltern sich scheiden zu lassen für richtig.	44,5 %	37,0 %	4,1 %	14,4 %
Ich verstehe nicht, warum sich meine Eltern scheiden ließen.	0,7 %	12,3 %	74,7 %	12,3 %
Ich glaube, meine Eltern hätten ihre Probleme auch ohne Scheidung lösen können, wenn sie sich nur mehr bemüht hätten.	2,1 %	23,9 %	61,0 %	13,0 %
Ich habe mit negativen Gefühlen (Trauer, Wut, Hilflosigkeit) auf die Scheidung meiner Eltern reagiert.	17,8 %	37,7 %	30,8 %	13,7 %
Ich glaube, ich kann mich jetzt nicht mehr so auf meine Eltern verlassen wie vor der Scheidung.	4,8 %	16,5 %	66,4 %	12,3 %
Mein größter Wunsch wäre, dass wir wieder alle zusammenleben könnten.	8,9 %	17,9 %	61,6 %	11,6 %
Ich glaube, ich muss mich jetzt mehr auf mich selbst verlassen.	15,1 %	37,0 %	34,9 %	13,0 %
Ich glaube, dass es mir hilft, wenn ich mit jemandem außerhalb der Familie über die Scheidung meiner Eltern sprechen kann.	7,5 %	30,2 %	47,9 %	14,4 %
Seit der Trennung ist die Beziehung zu meiner Mutter besser geworden.	17,8 %	33,6 %	32,2 %	16,4 %
Seit der Trennung ist die Beziehung zu meinem Vater besser geworden.	9,6 %	21,3 %	52,7 %	16,4 %
Seit der Trennung ist die Beziehung zu meiner Mutter schlechter geworden.	3,4 %	14,4 %	65,8 %	16,4 %

Seit der Trennung ist die Beziehung zu meinem Vater schlechter geworden.	20,5 %	25,4 %	37,7 %	16,4 %
Die Scheidung meiner Eltern regt mich auf.	2,7 %	21,3 %	61,6 %	14,4 %
Ich bin eigentlich böse auf meine Eltern, dass sie mir das angetan haben.	3,4 %	17,8 %	64,4 %	14,4 %
Es ist mir unangenehm, meinen Freunden zu sagen, dass meine Eltern geschieden sind.	2,1 %	5,5 %	77,4 %	15,1 %
Mir ist es unangenehm, wenn sich meine Eltern treffen.	15,1 %	39,0 %	30,8 %	15,1 %

Zuletzt wurde nach neuen Partnern bei beiden Elternteilen gefragt. Hier zeigt die nachfolgende Tabelle, dass gleich viele Mütter wie Väter neue Partner/innen haben.

**Tab. 7: Ergebnisstabelle: neue Partner in der Familie**

	Ja	Nein	keine Angabe
Mein Vater hat eine neue Partnerin.	57,5 %	26,0 %	16,4 %
Meine Mutter hat einen neuen Partner.	57,5 %	27,4 %	15,1 %

Bezüglich der Bewertung einer neuen Partnerschaft der Eltern zeigt sich aber, dass mehr Probanden die Partnerschaft der Mutter positiv bewerten (53,3 % Mutter; 28,0 % Vater). Eine neue Partnerin des Vaters ist dagegen mehr Probanden egal als ein Partner der Mutter (43,3 % Vater; 26,1 % Mutter).

### 5.1.2 Krankheiten in der Familie

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf die Angaben der Patienten zu somatischen und psychischen Erkrankungen in der Familie.

#### 5.1.2.1 Somatische Erkrankungen

281 (67,9 %) der Probanden berichten von somatischen Erkrankungen in ihrer Familie. 67 (16,2 %) verneinen dies und 60 (14,5 %) geben an, es nicht zu wissen. Bei sechs Patienten (1,4 %) fehlen die Angaben.

Zur Auswahl standen im Fragebogen die häufigen Erkrankungen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie schwere Unfälle. Außerdem sollten die Patienten angeben, ob sie sich durch die Erkrankungen subjektiv belastet fühlen. Die folgende Tabelle zeigt, dass Krebserkrankungen in den Familien der Probanden am häufigsten vorkommen und sich auch die meisten Probanden davon belastet fühlen.

**Tab. 8: Häufige somatische Erkrankungen in der Familie**

	Ja	davon belastet
Krebs	204 (72,6 %)	97 (47,5 %)
Herz-Kreislauf	122 (43,4 %)	39 (31,2 %)
Unfall	36 (12,8 %)	15 (41,7 %)

Zusätzlich zu den vorgegebenen Erkrankungen wurde in Form einer offenen Frage nach weiteren Erkrankungen gefragt. 63 (22,4 %) Probanden geben eine oder zwei weitere familiär vorkommende Erkrankungen an. Dabei wurde Diabetes von 17 Probanden (26,9 %) und damit am häufigsten angegeben.

#### 5.1.2.2 Psychische Erkrankungen

Auch bei den psychischen Erkrankungen standen die wichtigsten Hauptdiagnosen zur Auswahl und konnten durch die Probanden in offenen Fragen vervollständigt werden. In 265 (64,1 %) Familien der Probanden gibt es psychische Erkrankungen. 71 (17,1 %) verneinen dies und 71 (17,1 %) geben an, es nicht zu wissen. Sieben Probanden (1,7 %) machen dazu keine Angaben.

Zur Auswahl standen die häufigsten Erkrankungen wie Depression, Essstörung oder Suchterkrankungen. Hier zeigt Tabelle 8, dass die Diagnose Depression am häufigsten von den Probanden genannt wird und als belastend empfunden wird.

**Tab. 9: Häufige psychische Erkrankungen in der Familie**

	Ja	davon belastet
Depression	200 (75,5 %)	102 (51,0 %)
Suchterkrankung	84 (31,7 %)	33 (39,3 %)
Essstörung	70 (26,4 %)	31 (44,3 %)
Angststörung	40 (15,1 %)	14 (35,0 %)
Zwangsstörung	19 (7,2 %)	7 (36,8 %)
Psychose	11 (4,2 %)	4 (36,4 %)

25 (9,4 %) Patienten geben eine psychische Erkrankung in ihrer Familie an, die nicht im Fragebogen genannt wird. Hier berichten die Probanden am häufigsten von Suizid (24,0 %) und ADHS/ADS (16,0 %).

Abschließend soll die Frage beantwortet werden, ob Patienten, die wegen Depression oder Essstörung in stationärer Behandlung sind, eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, dass diese Erkrankungen auch in der Familie vorkommen.

Von den 266 Probanden, die eine Essstörung als Diagnose haben, geben nur 51 (19,2 %) eine positive Familienanamnese für Essstörungen an. In diesem Fall werden unter Essstörung Anorexie und Bulimie zusammengefasst, da auch nur nach dem Vorkommen von Essstörungen insgesamt in der Familie gefragt wurde. 52 (63,4 %) der 86 Patienten, die wegen einer Depression in stationärer Behandlung waren, geben an, dass es diese Erkrankung auch bei anderen Familienmitgliedern gebe.

Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich, dass bei der Behandlungsdiagnose Depression die Assoziation zwischen den beiden Variablen „Depression als Behandlungsdiagnose“ und „Depression in der Familie“ statistisch signifikant ist (Chi-Quadrat(1, n=414)=7,221, p=0,007). Das könnte darauf hindeuten, dass Patienten, die wegen einer Depression in Behandlung sind eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit haben, ein Familienmitglied mit der gleichen Diagnose zu haben; oder im Umkehrschluss, dass eine familiäre Belastung zu einem signifikant höheren Risiko führt, selbst an Depression zu erkranken.

Die Unterschiede bezüglich der Behandlungsdiagnose Essstörung sind nicht signifikant (Chi-Quadrat (1, N=414)=2,716, p=0,099).

### 5.1.2.3 Belastungen durch Krankheiten in der Familie

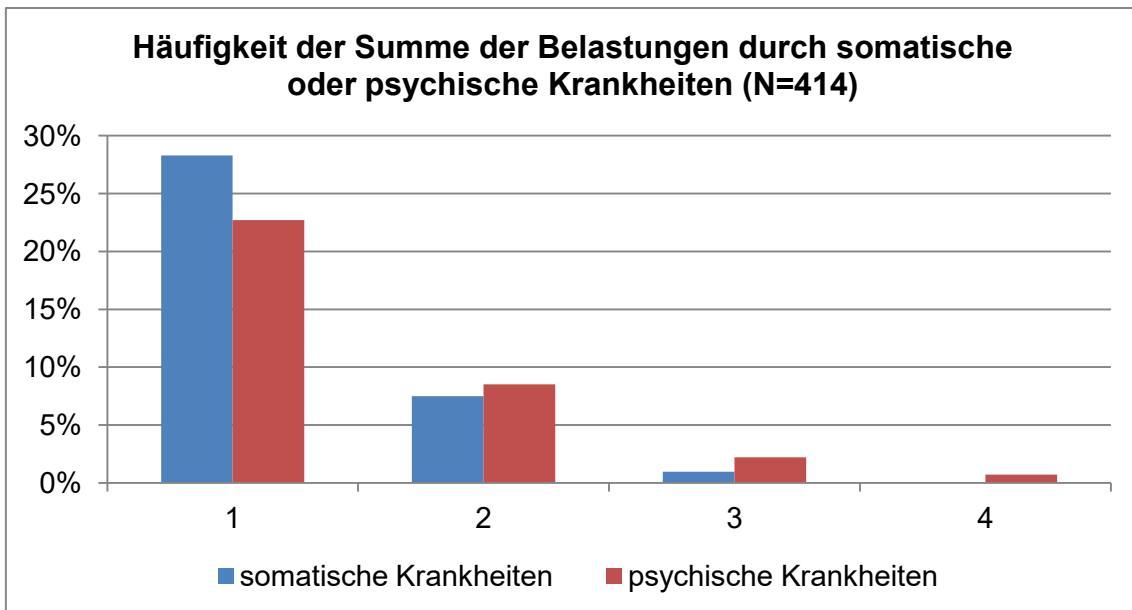
Zusammenfassend wird deutlich, dass circa zwei Drittel der Probanden eine somatische oder psychische Erkrankung angegeben haben und sich jeweils etwas mehr als die Hälfte davon belastet fühlt.

**Tab. 10: Belastungen durch Krankheiten in der Familie**

	Ja	davon belastet
somatische Erkrankungen	281 (67,9 %)	152 (54,1 %)
psychische Erkrankungen	265 (64,1 %)	141(53,2 %)

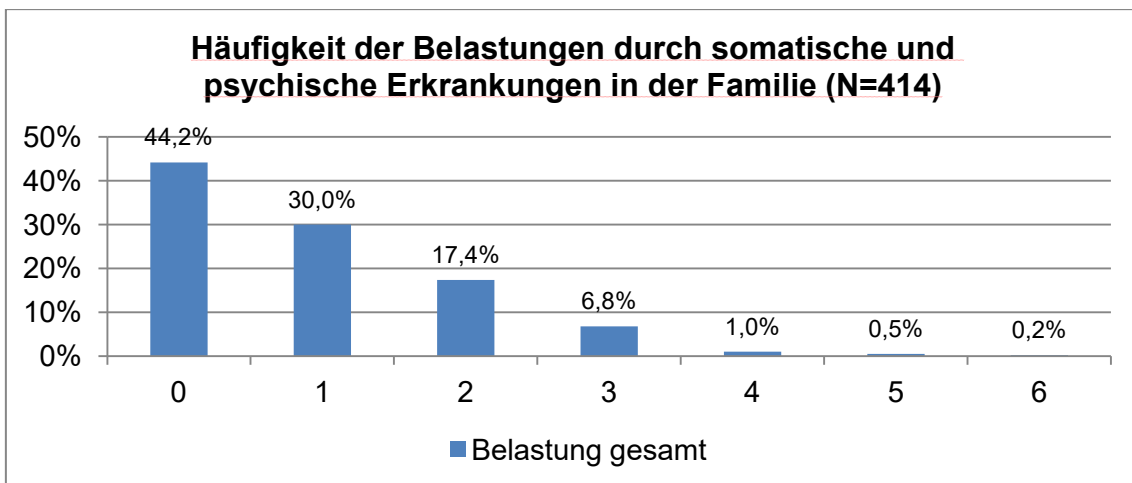
Da laut Lambert et. al. vor allem die subjektive Belastung durch Erkrankungen in der Familie als Risikofaktor gesehen wird [24], wird für jeden Probanden ein Score gebildet, indem alle angegebenen Belastungen durch psychische und somatische Krankheiten addiert werden. Die Abbildung 5 zeigt den Score für psychische und somatische Krankheiten getrennt. Es wird deutlich, dass bei einer positiven Familienanamnese bezüglich psychischer Erkrankungen Probanden häufiger mehr als eine Belastung durch diese Erkrankungen angeben.





**Abb. 5: Häufigkeit der Summe der Belastungen**

Betrachtet man bei der gesamten Studienpopulation Belastungen durch somatische und psychische Erkrankungen gemeinsam, so zeigt sich, dass knapp die Hälfte (44,2 %) keine Belastungen durch Erkrankungen in der Familie angibt. Der Wert des Scores reicht von 0 bis 6, maximal gaben die Probanden also Belastungen durch sechs Erkrankungen an.



**Abb. 6: Häufigkeit der Summe der Belastungen durch somatische und psychische Erkrankungen**

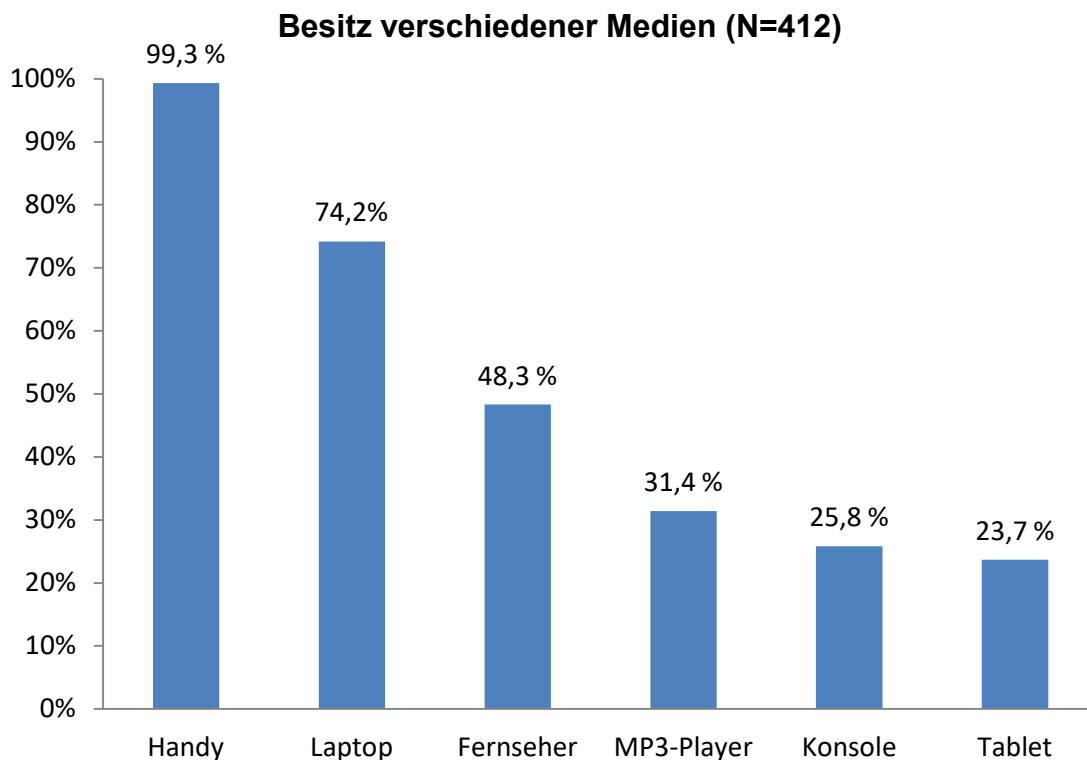
Betrachtet man die Mittelwerte der Belastungen für die einzelnen Behandlungsdiagnosen getrennt, zeigt sich, dass die Mittelwerte der empfundenen Belastung ähnlich sind, bei der Behandlungsdiagnose Depression mit im Mittel 1,15 Belastungen jedoch am höchsten. Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant ( $p > 0,5$ ).

### 5.1.3 Mediennutzung

Dieser Fragebogenteil behandelt die Dauer der Nutzung und den Umgang mit Medien. Zwei Probanden haben dazu keine Angaben gemacht. Es werden dementsprechend in diesem Abschnitt 412 Probanden betrachtet.

#### 5.1.3.1 Besitz

Zunächst wurde nach dem Besitz der einzelnen Medien gefragt. Abbildung 9 zeigt die Ergebnisse in Prozent.



**Abb. 7: Besitz einzelner Medien**

Im Mittelwert besitzen die Probanden drei der im Fragebogen genannten Medien (SD: 1,26) Die Probanden besitzen mindestens eins der Medien und maximal alle sechs Medien, die im Fragebogen zur Auswahl standen.

#### 5.1.3.2 Dauer

Die Dauer der Mediennutzung wurde in Minuten pro Tag angegeben. Zur besseren Veranschaulichung werden nun die einzelnen Minutenwerte in Kategorien eingeteilt und in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Summe der Werte in den einzelnen Kategorien ist zum Teil größer als die Anzahl der Probanden, die angegeben haben, dieses Medium zu besitzen. Das liegt daran, dass Probanden auch Medien nutzen, die nicht sie selbst, sondern Familienmitglieder oder Freunde besitzen.

**Tab. 11: Dauer der Mediennutzung**

	Besitz	gar nicht	1-59 min	60-179 min	≥ 180
Zeit Handy	411	62 (15,1 %)	49 (11,9 %)	164 (39,9 %)	136 (33,1 %)
Zeit Laptop/PC	324	100 (30,9 %)	129 (39,8 %)	74 (22,8 %)	21 (6,5 %)
Zeit Tablet	111	33 (29,7 %)	61 (55,0 %)	13 (11,7 %)	4 (3,6 %)
Zeit Fernseher	258	59 (22,9 %)	70 (27,1 %)	103 (39,9 %)	26 (10,1 %)
Zeit Konsole	113	69 (61,1 %)	27 (23,9 %)	12 (10,6 %)	5 (4,4 %)
Zeit MP3 Player	138	55 (39,8 %)	37 (26,8 %)	32 (23,2 %)	14 (10,2 %)
Zeit Internet	118	4 (3,4 %)	93 (78,8 %)	19 (16,1 %)	2 (1,7 %)
Zeit Druckmedien	404	81 (20,0 %)	90 (22,3 %)	128 (31,7 %)	105 (26,0 %)

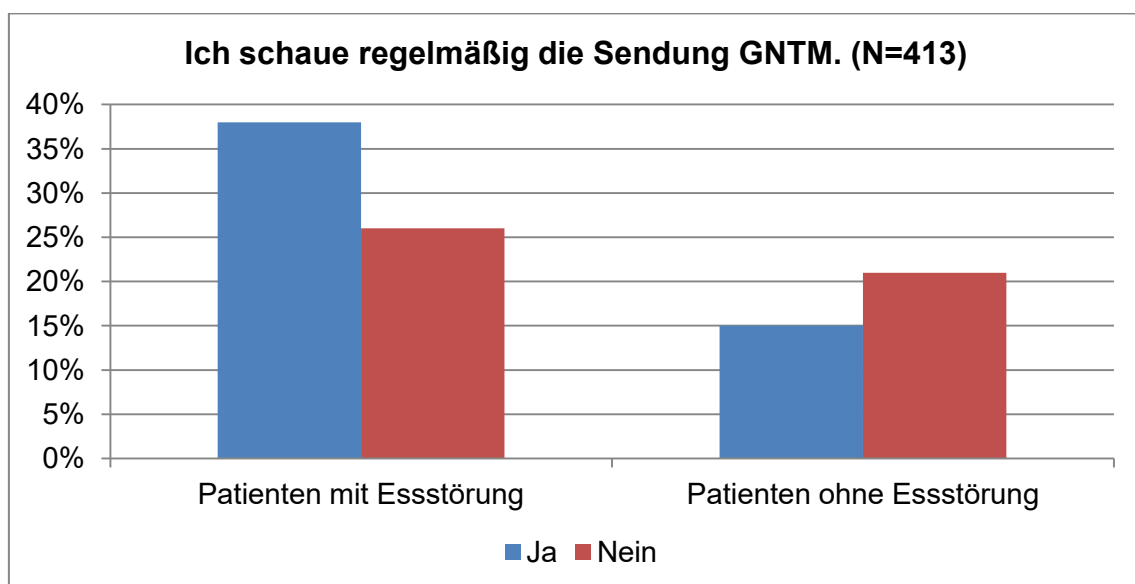
### 5.1.3.3 Inhalte der Mediennutzung

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf die Inhalte der Mediennutzung. Hier wurde der Fokus vor allem auf die Fernsehsendung „Germany`s next topmodel“, Internetseiten wie „ProAna“ oder „ProMia“ und Fitness- oder Modemagazine gelegt.

#### 5.1.3.3.1 Germany`s next Topmodel

Insgesamt geben 218 (52,7 %) der Probanden an, die Sendung regelmäßig zu verfolgen. 195 (47,1 %) verneinen dies, eine Angabe (0,2 %) fehlt.

Teilt man die Patienten in eine Gruppe mit Essstörung, Anorexie und Bulimie zusammengefasst, und eine Gruppe ohne Essstörung auf, so zeigt folgendes Diagramm, dass mehr Patienten mit einer Essstörung die Sendung regelmäßig schauen, als Patienten ohne Essstörung.



**Abb. 8: Häufigkeitsverteilung: Regelmäßiges Anschauen von GNTM**

Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich der Unterschied zwischen den Patienten mit und ohne Essstörung deutlich signifikant. (Chi-Quadrat(1, n=413)=12,385, p<0,001)

Des Weiteren wurde nach den Wahrnehmungen des eigenen Körpers sowie dem Vergleich des eigenen Körpers mit den Kandidatinnen gefragt.

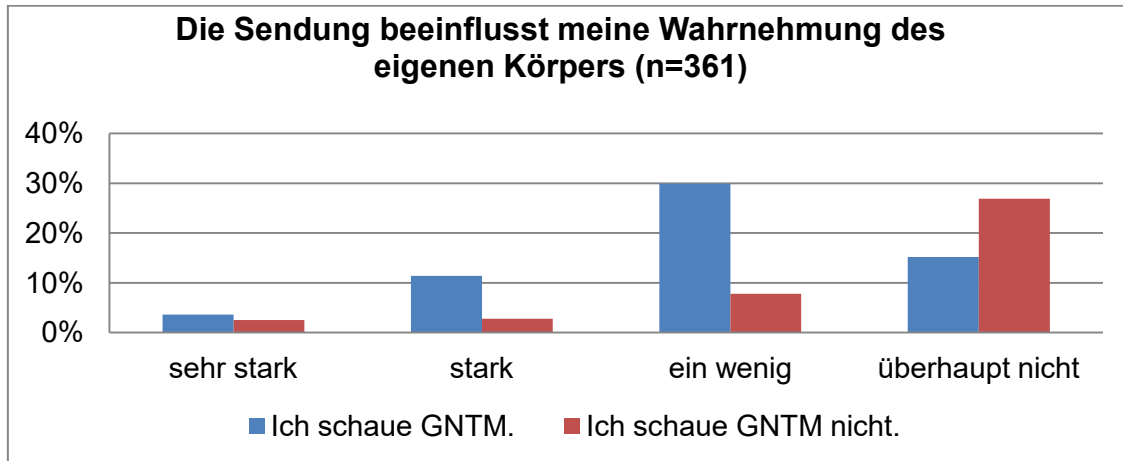


Abb. 9: Häufigkeitsverteilung Beeinflussung der Körperwahrnehmung

Hier ist besonders bemerkenswert, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers bei einigen Patienten durch die Sendung beeinflusst wird, obwohl sie diese nicht anschauen. Das gleiche Phänomen wird auch bei der Aussage „Ich vergleiche mich mit den Kandidatinnen aus der Sendung“ beobachtet, sowie für die Gefühle, die dieser Vergleich beeinflusst. Dies spricht für eine weitreichende Beeinflussung der Stichprobe durch die Sendung Germany's next topmodel.

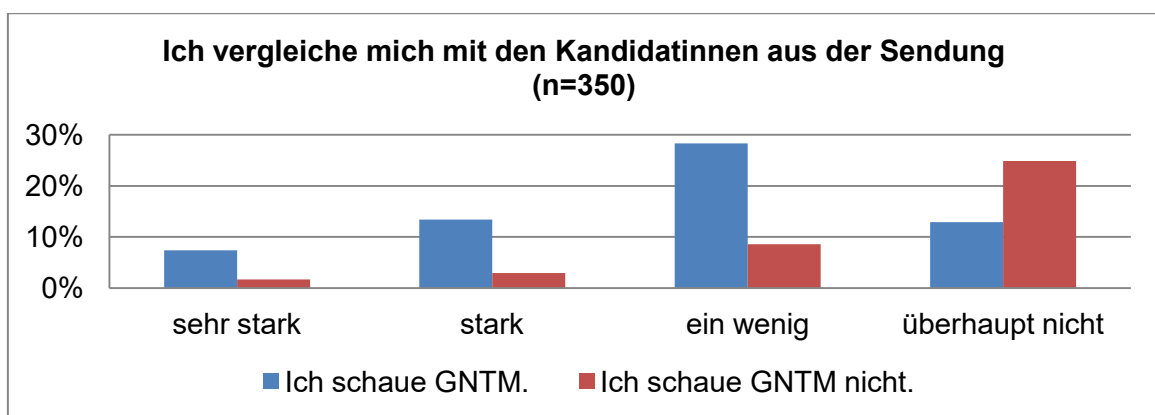


Abb. 10: Häufigkeitsverteilung Vergleich mit Kandidatinnen

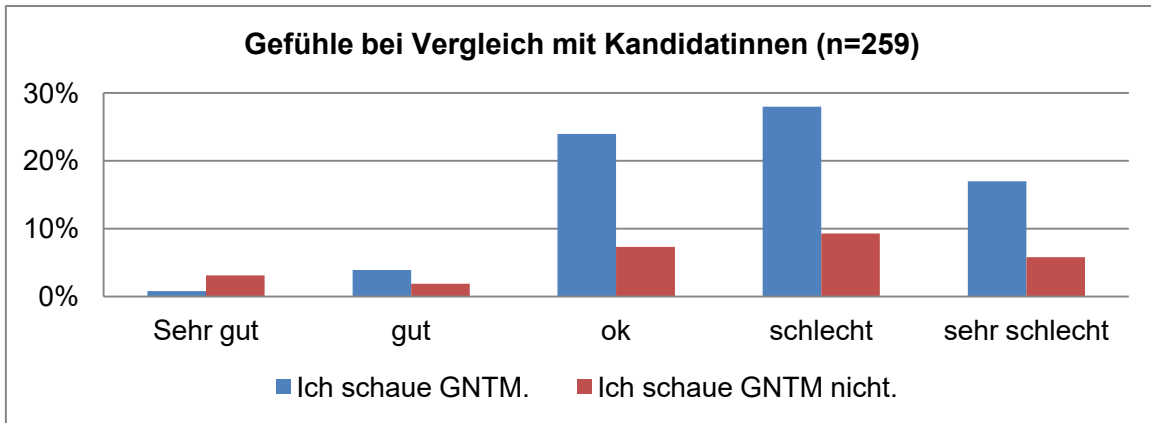


Abb. 11: Häufigkeitsverteilung Gefühle bei Vergleich mit Kandidatinnen

Der Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Essstörung ist bei allen drei Fragen zu Wahrnehmung des eigenen Körpers ( $\text{Chi-Quadrat}(3, n=361)=28,768, p=0,000$ ) Vergleich mit den Kandidaten ( $\text{Chi-Quadrat}(3, n=350)=35,716, p=0,000$ ) und den damit verbundenen Gefühlen ( $n=259, p=0,003$ ) statistisch signifikant. Bei den Fragen zur Wahrnehmung und Vergleich wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet, bei der Frage zu Gefühlen beim Vergleich wurde der exakte Test nach Fisher verwendet.

#### 5.1.3.3.2 ProAna/Pro Mia-Seiten

Insgesamt geben 14 (3,4 %) Patienten an, diese Internetseiten *oft* zu nutzen. 49 (11,8 %) besuchen sie *manchmal*, 66 (15,9 %) *selten* und 276 (66,7 %) *nie*. Bei neun (2,2 %) Probanden fehlen die Angaben.

Betrachtet man Patienten mit und ohne Essstörung getrennt, so zeigt sich folgendes Ergebnis. Die Graphik stellt dar, wie viel Prozent der Patienten mit oder ohne Essstörung Internetseiten wie ProAna oder ProMia oft, manchmal, selten oder nie nutzen. Hier ist der Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Essstörung nicht statistisch signifikant ( $\text{Chi-Quadrat}(3, n=405)=5,551, p=0,136$ ), Patienten mit einer Essstörung nutzen diese Internetseiten aber tendenziell häufiger als Patienten mit einer anderen Diagnose.

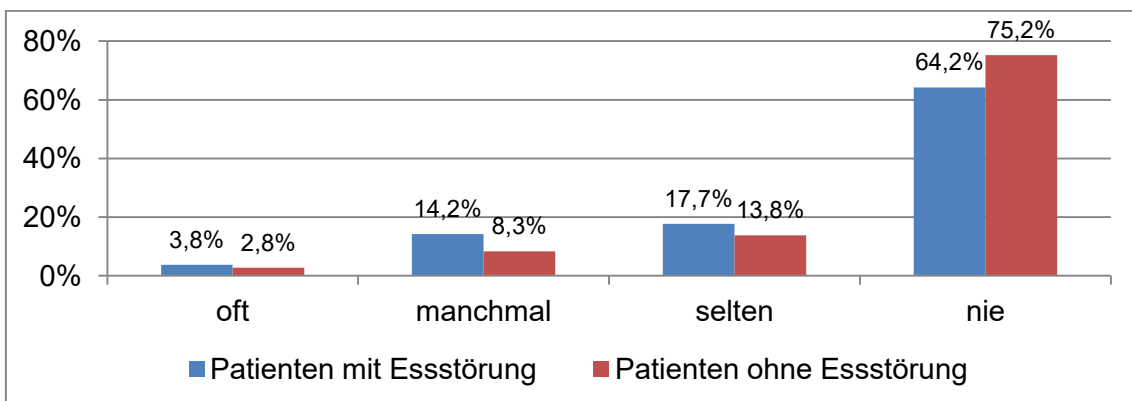


Abb. 12: Häufigkeitsverteilung Nutzung von ProAna/ProMia Internetseiten

### 5.1.3.3.3 Mode-, Fitness- und Sportmagazine

Hier wurden die Probanden gefragt, wie häufig sie Mode- oder Fitnessmagazine lesen und welchen Anteil ihrer Internetnutzung sie mit Websites zum Thema Abnehmen und Sport verbringen.

Insgesamt lesen 296 Probanden (72,0 %) mindestens selten Modemagazine und 168 (40,7 %) Fitnessmagazine.

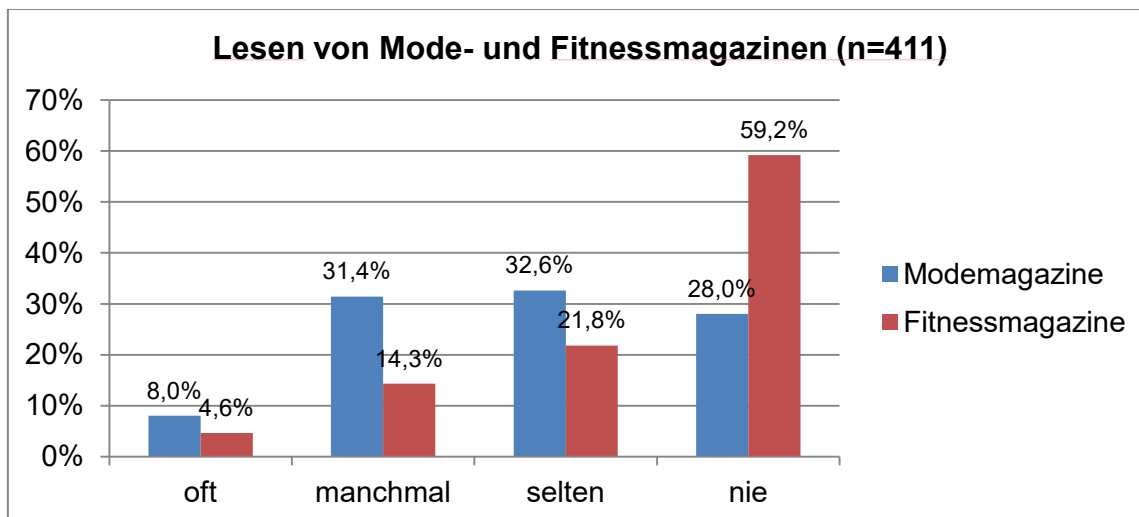


Abb. 13: Häufigkeitsverteilung Lesen von Mode- und Fitnessmagazinen

Abbildung 16 zeigt den Anteil von Websites mit Themen wie Sport oder Abnehmen an der Internetnutzung.

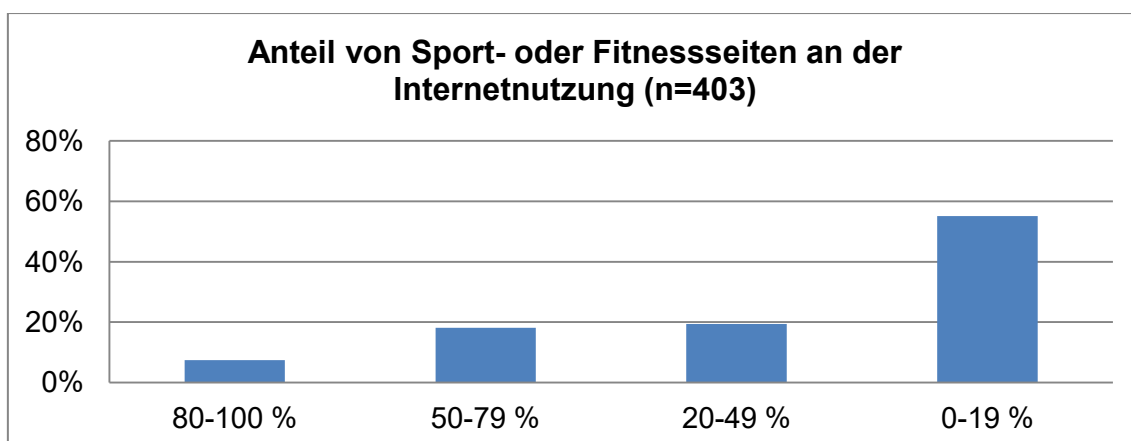


Abb. 14: Häufigkeitsverteilung Anteil von Sport-/Fitnessseiten an der Internetnutzung

Auch hier wird wieder ein Unterschied zwischen den Patienten mit und ohne Essstörung deutlich. Dieser ist in allen drei Unterpunkten, Lesen von Modemagazinen (Chi-Quadrat(3, n=411)=39,751, p=0,000), Lesen von Fitnessmagazinen (Chi-

Quadrat(3, n=412)=15,297, p=0,001) sowie Anteil von Sport- und Fitnessseiten an der Internetnutzung (Chi-Quadrat(3, n=403)=47,716, p=0,000) statistisch signifikant.

Außerdem wurden die Probanden gefragt, ob sie sich mit den Bildern aus den Magazinen oder auf den Internetseiten vergleichen und wie sie sich dabei fühlen. Die folgenden Abbildungen zeigen auch hier den deutlichen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Essstörung. Der Unterschied ist nur bei der Frage nach dem Vergleich des eigenen Körpers im exakten Test nach Fisher statistisch signifikant (n=407, p=0,000).

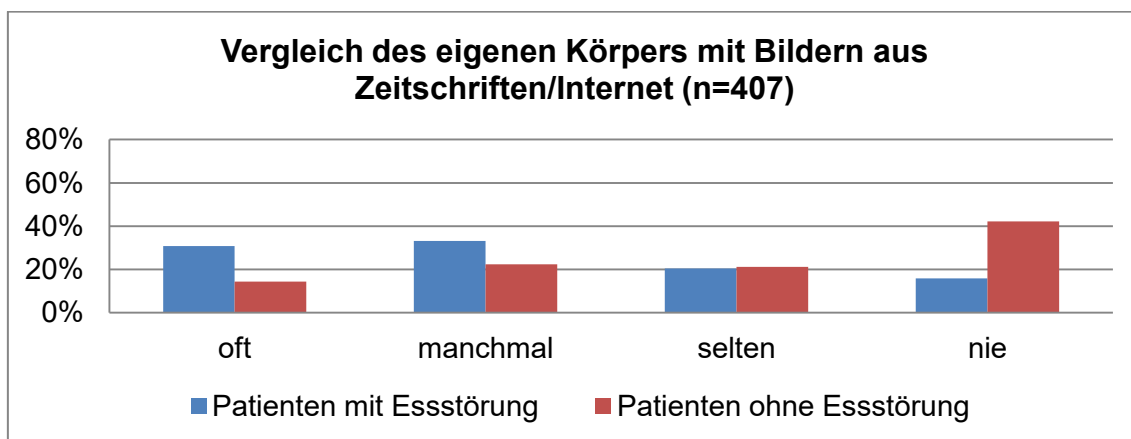


Abb. 15: Häufigkeitsverteilung Vergleich mit Bildern aus Zeitschriften/Internetseiten

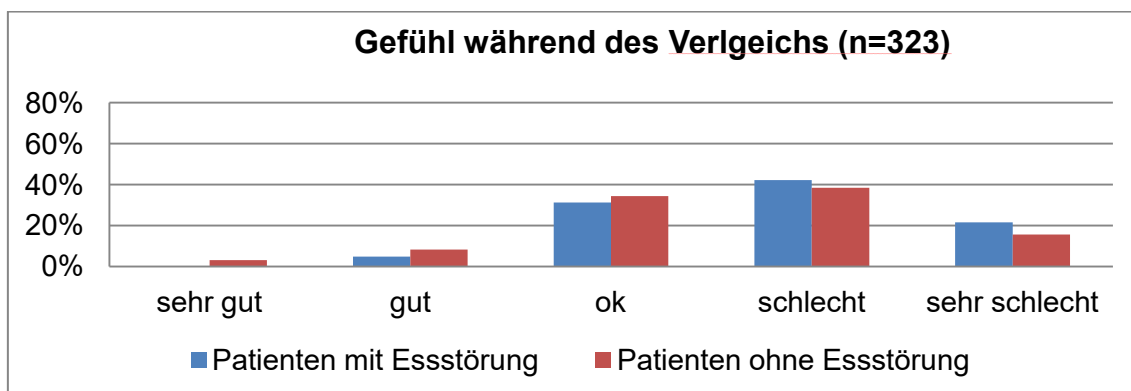


Abb. 16: Häufigkeitsverteilung Gefühl bei Vergleich

#### 5.1.4 Mobbing

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit dem Thema Mobbing. Hier wurde zunächst gefragt, ob die Probanden in den letzten zwei Monaten Mobbing Erfahrungen gemacht haben. Dabei geben 342 (82,6 %) Probanden an, sie hätten gar keine Erfahrungen gemacht. 42 (10,1 %) berichten von ein bis zwei im Zeitraum von zwei Monaten und 9

(2,2 %) von zwei bis dreimal pro Monat. 16 (3,8 %) hätten Mobbing mindestens einmal pro Woche erlebt. Bei fünf (1,2 %) Probanden fehlen die Angaben.

#### 5.1.4.1 Dauer und Häufigkeit der einzelnen Mobbingverfahren

Anschließend wurden verschiedene mögliche Mobbingverfahren genannt und die Dauer und die Häufigkeit abgefragt. Aus den einzelnen Items im Fragebogen wurden drei Skalen, *körperlicher Angriff*, *verbaler Angriff* und *psychische Gewalt* gebildet. Hier berichten deutlich mehr Probanden von Mobbingverfahren, da auch Ereignisse in der Vergangenheit abgefragt werden. Die Abbildungen der einzelnen Skalen zeigen deutlich, dass die Mehrzahl der Probanden nach subjektivem Empfinden in der Vergangenheit Mobbingverfahren gemacht haben, derzeit aber nicht.

Die meisten Probanden berichten von verbalem Mobbing, gefolgt von psychischer Gewalt und körperlichem Mobbing. Die Aussage „Jemand hat hinter meinem Rücken schlecht von mir gesprochen.“ erhält mit 64,0 % die meiste Zustimmung. Die wenigsten Probanden (Dauer: 4,9 %, Häufigkeit: 3,8%) geben an, schon einmal mit einer Waffe bedroht worden zu sein.

Die folgenden Abbildungen zeigen zunächst die Häufigkeit von Mobbingverfahren in der Vergangenheit. Anschließend werden die Dauer der aktuell andauernden Mobbingverfahren sowie die Häufigkeit von aktuellen und früheren Mobbingverfahren für die einzelnen Items und Skalen getrennt dargestellt.

### Mobbingverfahren in der Vergangenheit

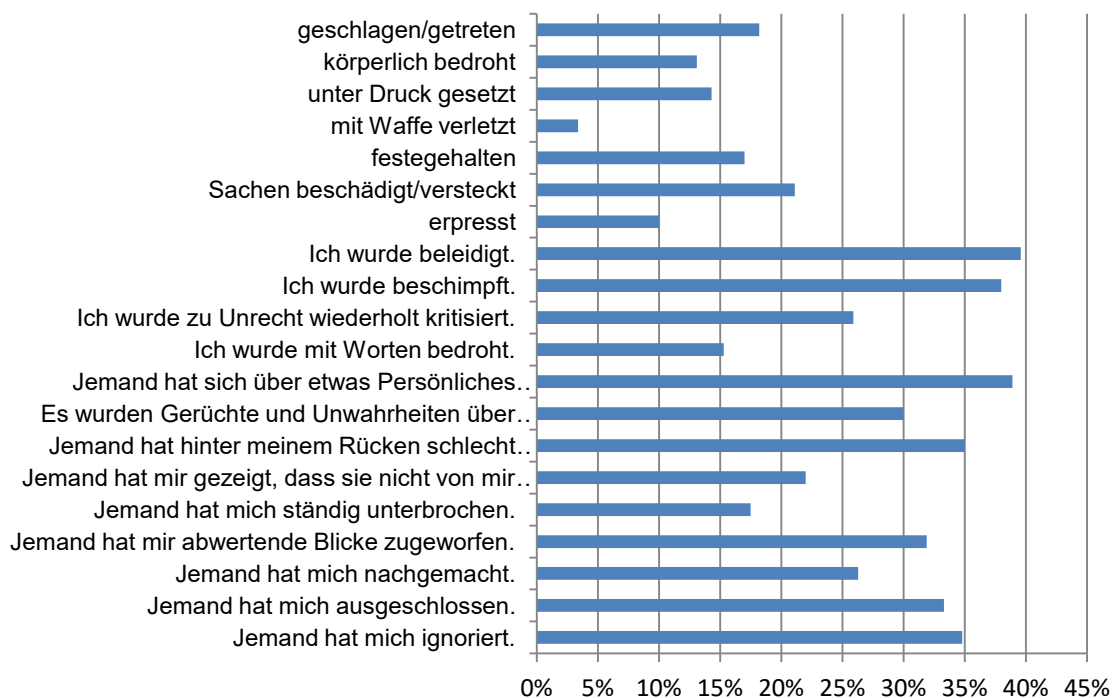


Abb. 17: Häufigkeitsverteilung: Mobbingverfahren in der Vergangenheit



## Aktuelle Dauer des körperlichen Mobbings

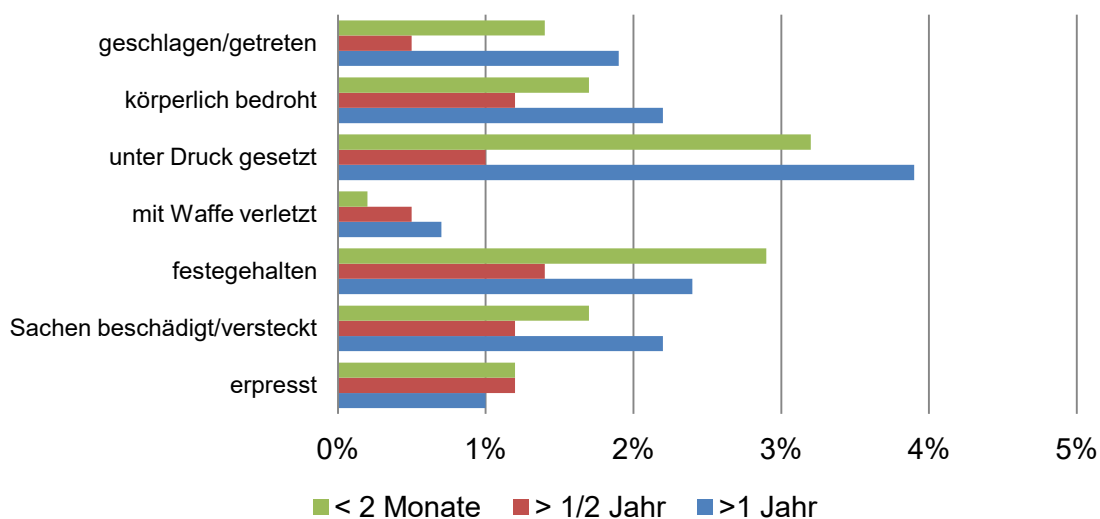


Abb. 18: Häufigkeitsverteilung aktuelle Dauer des körperlichen Mobbings

## Häufigkeit des körperlichen Mobbings insgesamt

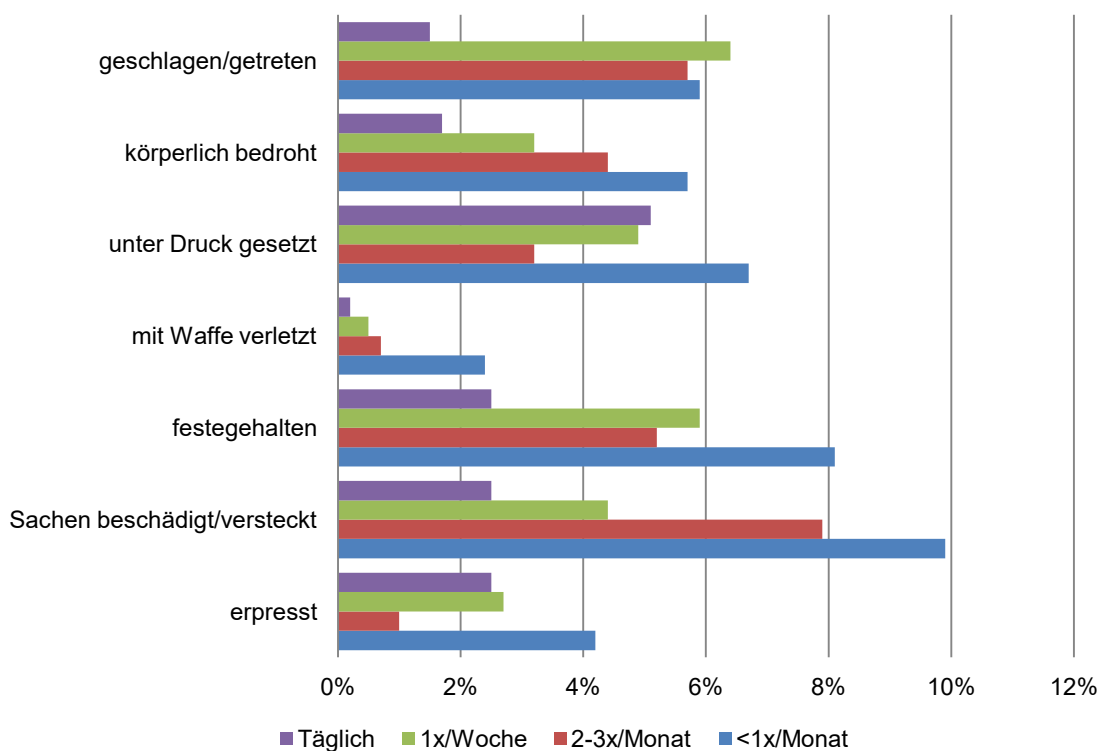


Abb. 19: Häufigkeitsverteilung körperliches Mobbing

## Aktuelle Dauer des verbalen Mobbing

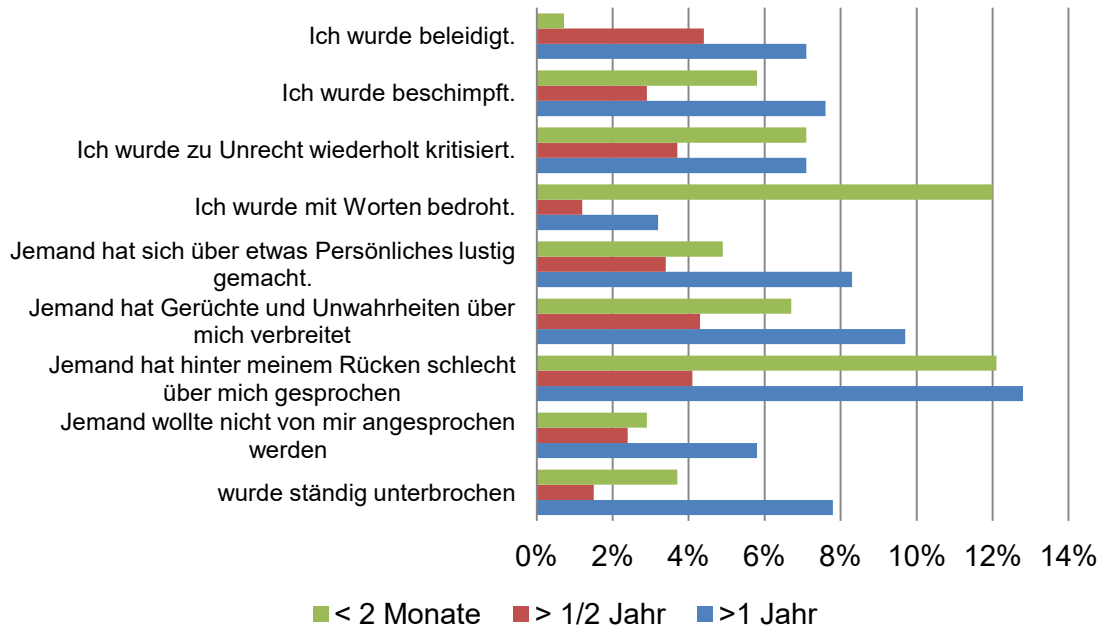


Abb. 20: Häufigkeitsverteilung aktuelle Dauer verbales Mobbing

## Häufigkeit des verbalen Mobbing insgesamt

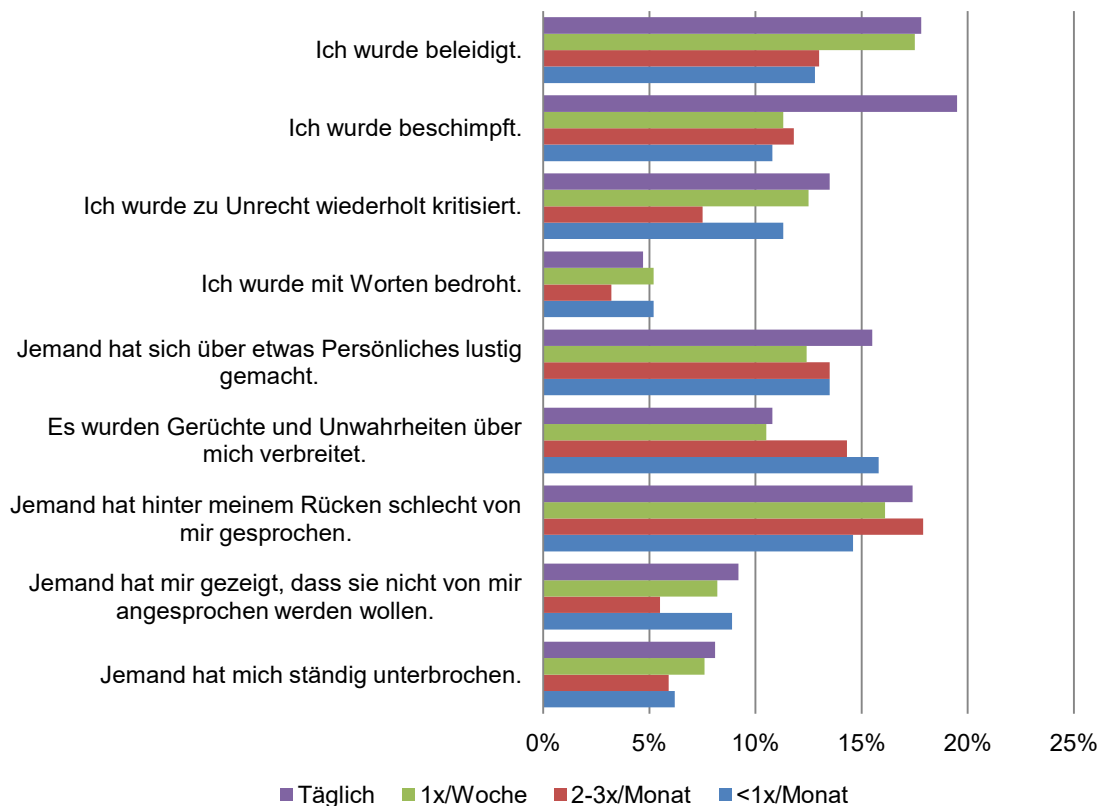


Abb. 21: Häufigkeitsverteilung Häufigkeit verbales Mobbing insgesamt

## Aktuelle Dauer der psychischen Gewalt

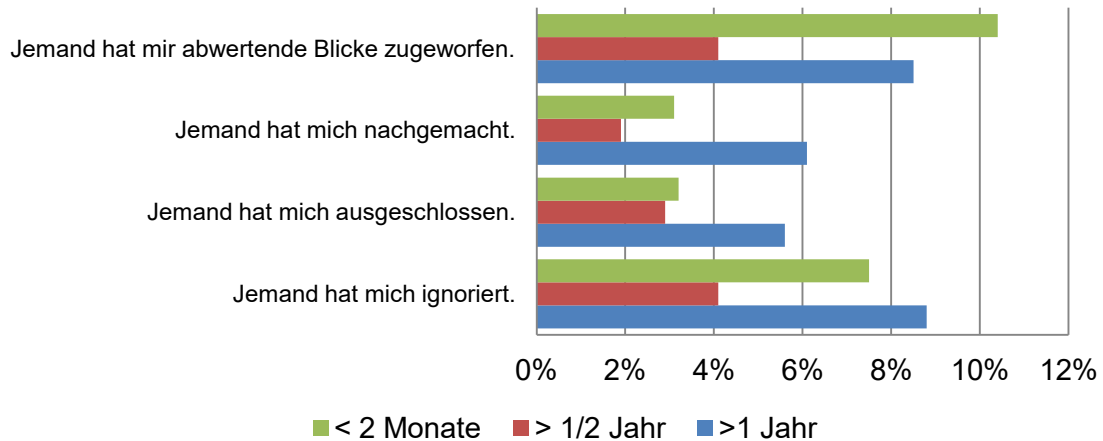


Abb. 22: Häufigkeitsverteilung aktuelle Dauer psychische Gewalt

## Häufigkeit der psychischen Gewalt insgesamt

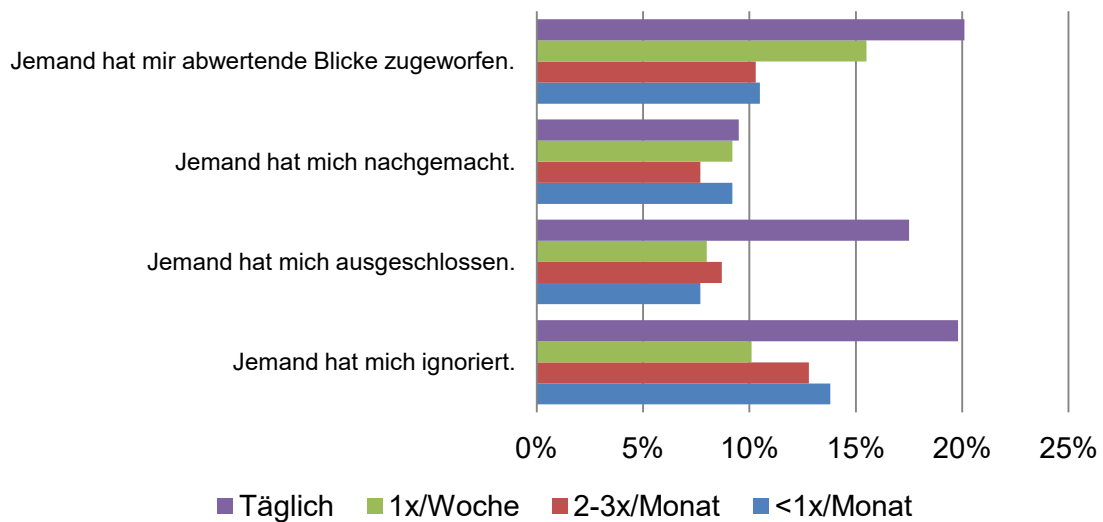


Abb. 23: Häufigkeitsverteilung Häufigkeit psychische Gewalt insgesamt

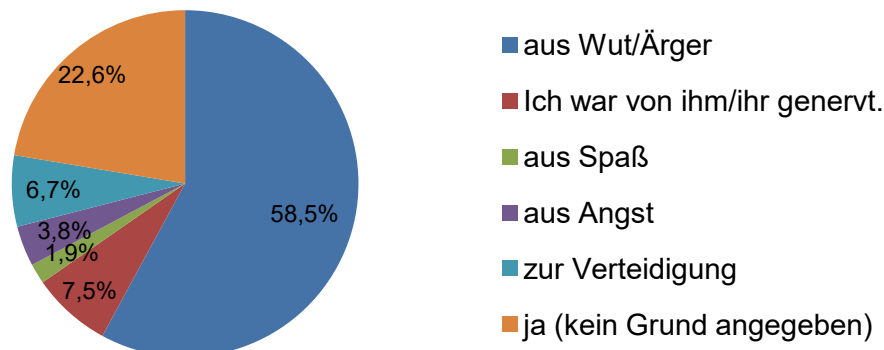
Vergleicht man die Mobbing Erfahrungen bezüglich der Behandlungsdiagnose, ergeben sich die höchsten Mobbingraten mit 17,7 % bei Patienten mit Depression. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosen sind statistisch allerdings nicht signifikant.

### 5.1.4.2 Mobbingtäter- und Mobbingopfer

106 (25,6 %) Probanden geben an, selbst schon einmal jemanden angegriffen zu haben. 297 (71,7 %) verneinen dies und 11 (2,7 %) machen keine Angaben. In der

folgenden Tabelle wird deutlich, dass die meisten Probanden aus Wut oder Ärger andere Personen mobben.

**Motiv selbst zum Täter zu werden (n=106)**



**Abb. 24: Häufigkeitsverteilung: Motiv, Täter zu werden**

Fasst man die Ergebnisse bezüglich der Mobbingopfer und -täter zusammen, so erhält man folgende Tabelle.

**Tab. 12: Häufigkeitsverteilung: Mobbingtäter**

		Täter		Gesamt
		Ja	Nein	
Mobbing	gar nicht	82 (20,5 %)	254 (63,5%)	336 (84,0 %)
	1-2x	10 (2,5 %)	32 (8,0 %)	42 (10,5 %)
	2-3x/Monat	3 (0,8 %)	5 (1,3%)	8 (2,0 %)
	1/Woche	1 (0,25 %)	1 (0,25 %)	2 (0,5 %)
	mehrfach/Woche	8 (2,0 %)	4 (1,0 %)	12 (3,0 %)
<b>Gesamt</b>		<b>104(26,0%)</b>	<b>296 (74,0%)</b>	<b>400</b>

Daraus ergibt sich, dass insgesamt 254 (63,5 %) der Probanden weder Mobbingtäter- noch Mobbingopfererfahrungen gemacht haben und damit als Unbeteiligte gelten. 82 (20,5 %) sind nur Täter und 42 (10,5 %) nur Opfer. 22 (5,5 %) können zu der Gruppe der Täter-Opfer gerechnet werden. Die Angaben von 14 Probanden fehlen.

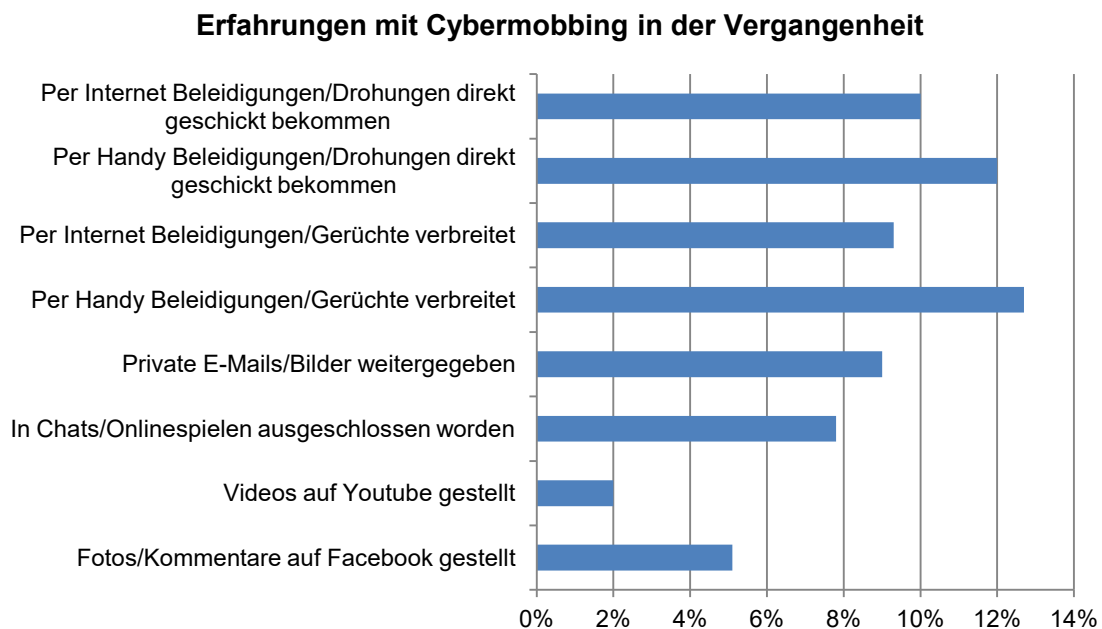
### 5.1.5 Cybermobbing

Neben dem direkten Mobbing wurde auch nach Cybermobbing, also Mobbing über soziale Netzwerke oder Websites gefragt. Dabei geben 369 (90,2 %) Probanden an, bisher keine Erfahrungen mit Cybermobbing gemacht zu haben. 38 (9,3 %) berichten von ein bis drei Vorfällen pro Monat und zwei (0,5 %) von mindestens einem pro Woche. Fünf Patienten (1,2 %) machen dazu keine Angaben. Vergleicht man die

Angaben bezüglich der Behandlungsdiagnose, gaben Patienten mit Anorexie am häufigsten an, bisher keine Mobbing Erfahrungen gemacht zu haben (93,9 %). Die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

#### 5.1.5.1 Dauer und Häufigkeit der einzelnen Cybermobbing Erfahrungen

Analog zum direkten Mobbing wurde das Thema Cybermobbing durch einzelne Items genauer dargestellt und jeweils nach Dauer und Häufigkeit gefragt. Mit 19,0 % (Dauer) bzw. 17,4% (Häufigkeit) wird am häufigsten die Aussage „Jemand hat *per Handy* Beleidigungen oder Gerüchte über mich verbreitet.“ bejaht. Nur von 2,7 % der Probanden seien bereits Videos auf YouTube oder ähnlichen Kanälen hochgeladen worden. Die folgenden Abbildungen stellen die Häufigkeit der Erfahrungen mit Cybermobbing in der Vergangenheit, sowie die Häufigkeit von aktuellen Mobbing Erfahrungen und die Dauer insgesamt dar.



**Abb. 25: Häufigkeitsverteilung: Erfahrungen mit Cybermobbing in der Vergangenheit**

### Dauer Cybermobbing

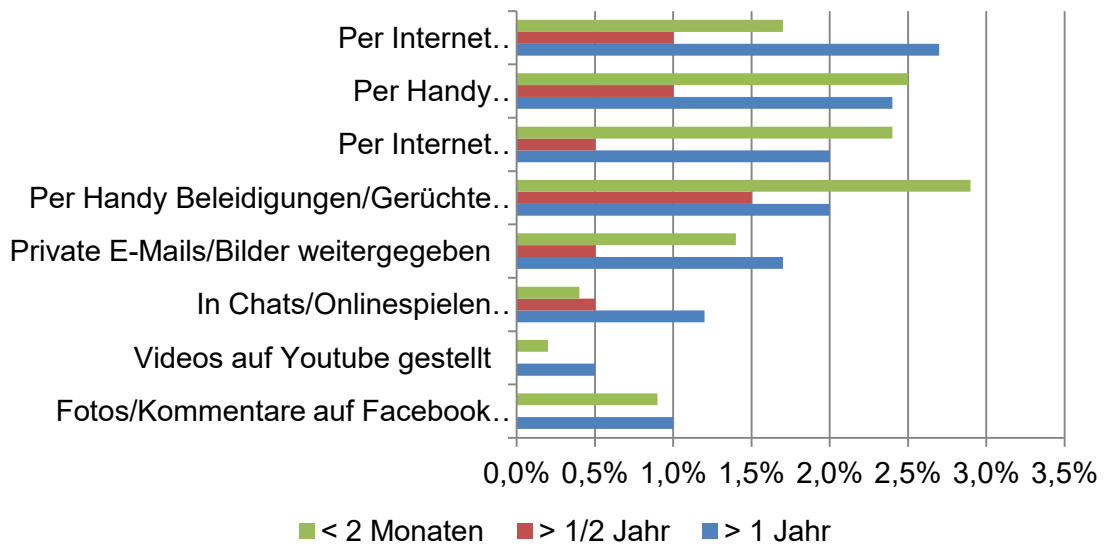


Abb. 26: Häufigkeitsverteilung: Dauer Cybermobbing

### Häufigkeit Cybermobbing

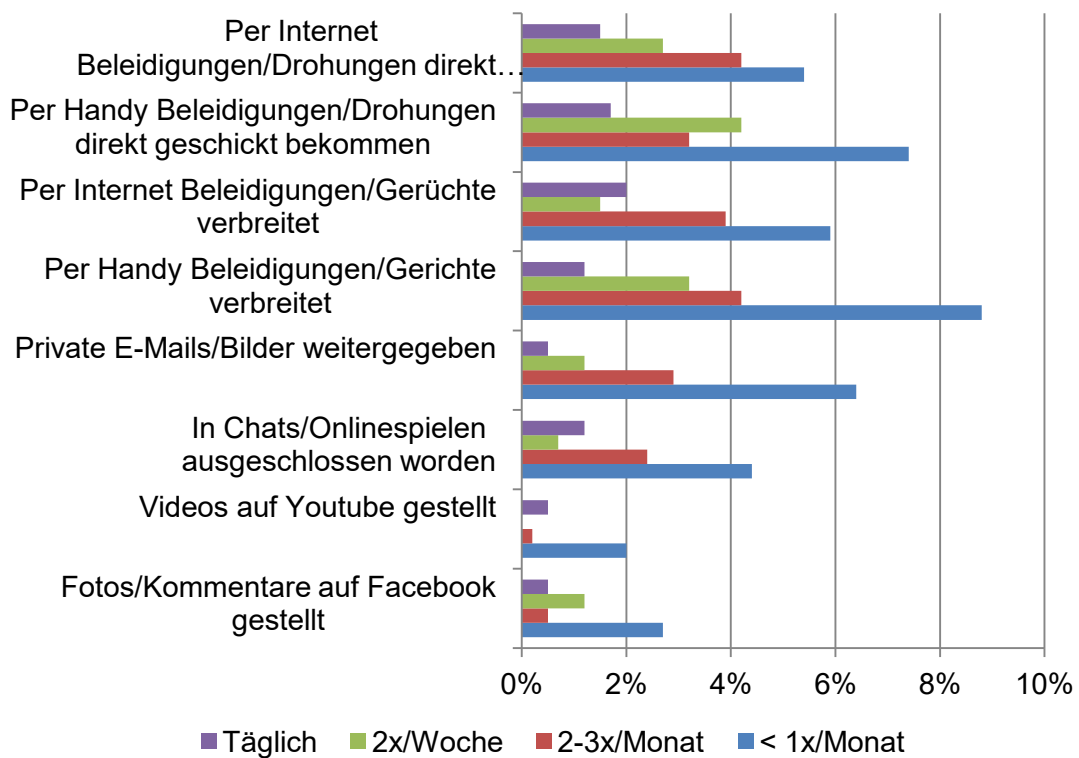


Abb. 27: Häufigkeitsverteilung: Häufigkeit Cybermobbing

### 5.1.6 Schule

Während die Schulart, die von den Probanden besucht wird, in Kapitel 2.2.5 behandelt wird, beschäftigt sich der folgende Abschnitt mit Fehlzeiten, der Wiederholung von Klassenstufen, Schulwechsel und der persönlichen Einstellungen zur Schule.

#### 5.1.6.1 Fehlzeiten

Die Probanden wurden gefragt, an wie vielen Tagen sie insgesamt im letzten Schuljahr in der Schule gefehlt haben. Darauf geben 141 (34,1 %) Probanden an, mehr als drei Monate gefehlt zu haben. Diese hohe Anzahl kann durch die klinische Stichprobe zu erklären sein. Die weiteren Angaben zeigt Abbildung 28.

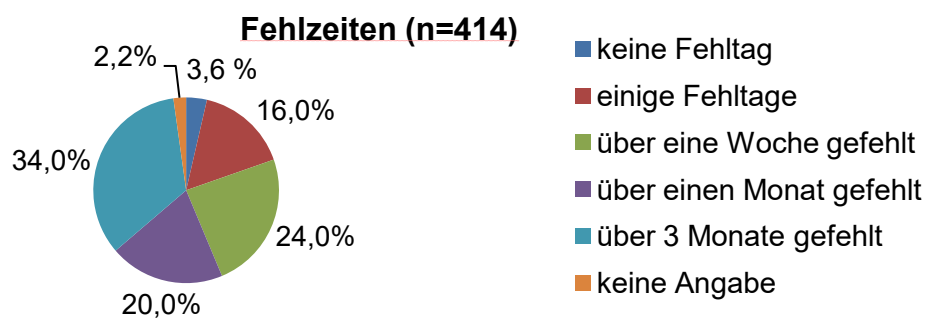
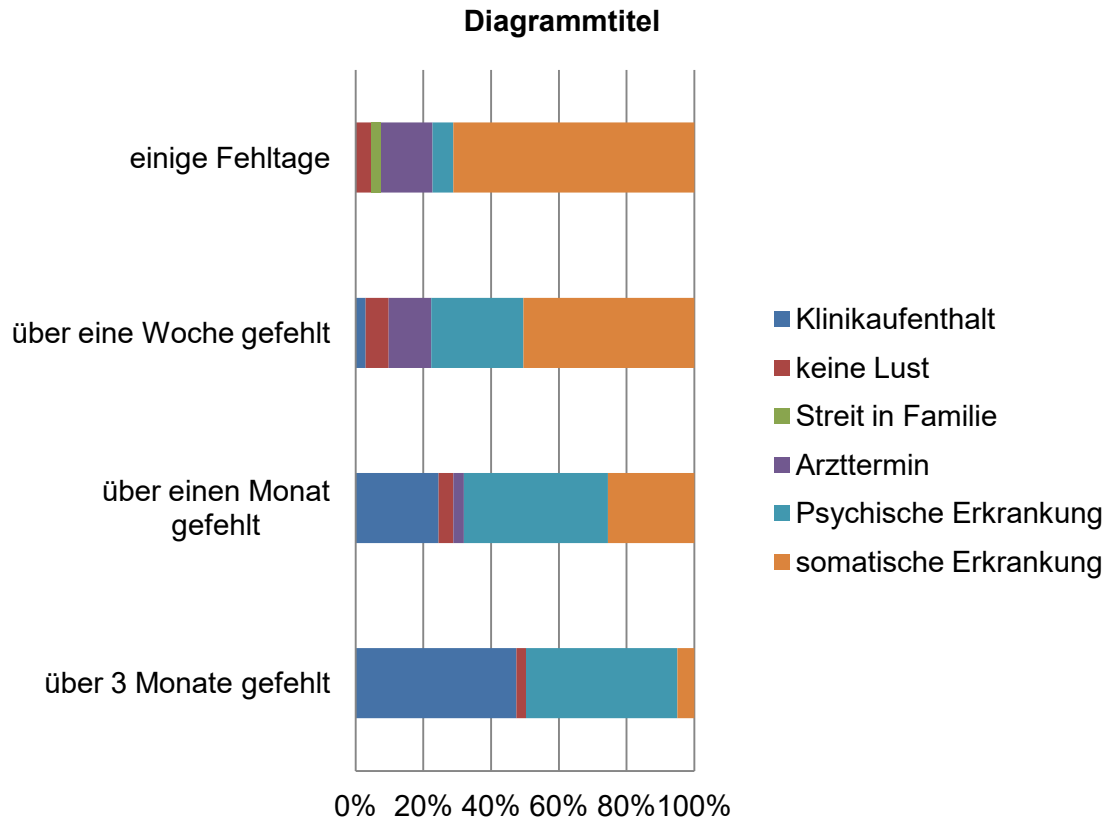


Abb. 28: Häufigkeitsverteilung: Fehlzeiten

Betrachtet man die Gründe für die Fehltage, so fällt auf, dass bei wenigen Fehltagen somatische Erkrankungen wie beispielsweise Infekte oder Kopfschmerzen und Arzttermine im Vordergrund stehen. Psychische Erkrankungen und ihre stationäre Behandlung begründen dagegen deutlich längere Fehlzeiten von einigen Monaten. Dies hat auch Auswirkungen auf die Wiederholung von Klassenstufen, wie Abschnitt 5.1.6.2 zeigt.



**Abb. 29: Häufigkeitsverteilung: Gründe für Fehlzeiten**

#### 5.1.6.2 Wiederholung von Klassenstufen

Insgesamt geben 108 (26,1 %) Probanden an, bereits eine Klassenstufe wiederholt zu haben, 15 (3,6 %) seien bereits zweimal durchgefallen. 282 (68,1 %) verneinen dies und 9 (2,2 %) machen dazu keine Angaben. Dabei wurden vor allem Klassen der Mittelstufe (8. bis 10. Klasse) wiederholt.

**Tab. 13: Häufigkeitsverteilung: Wiederholung von Klassenstufen**

	Häufigkeit	Prozent
Grundschulstufe (1.-4. Klasse)	16	12,2 %
Unterstufe (5.-7. Klasse)	33	25,2 %
Mittelstufe (8.-10. Klasse)	71	54,2 %
Oberstufe (11./12. Klasse)	11	8,4 %

Anschließend wurde nach den Gründen für die Wiederholung einer Klassenstufe gefragt. Hier wird deutlich, dass die psychische Erkrankung in vielen Fällen eine große Rolle für die Wiederholung einer Klassenstufe spielt. So führt eine Erkrankung oft zu langen Fehlzeiten, entweder durch die Krankheit selbst oder durch Klinikaufenthalte zur Behandlung. Diese Fehlzeiten können zum Auslöser für das Wiederholen einer



Klassenstufe werden. In dieser Studie berichten 34 (26,4 %) der 108 Probanden, die das eine Jahrgangsstufe wiederholt haben, dass sie die Fehlzeiten aufgrund ihrer psychischen Erkrankung als Grund sehen. 39 (30,3 %) Patienten vermuten, dass sie die Klasse aufgrund eines langen Klinikaufenthalts in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik wiederholen mussten. Dagegen geben nur 31 (24,0 %) Patienten schlechte Leistungen in der Schule als Erklärung an. Die weiteren Ergebnisse gehen aus Tabelle 15 hervor.

**Tab. 14: Häufigkeitsverteilung: Gründe für Wiederholen einer Klassenstufe**

	Häufigkeit	Prozent
Klinikaufenthalt	39	30,3 %
Fehlzeiten durch psychische Erkrankung	34	26,4 %
schlechte Leistungen	31	24,0 %
Schulwechsel	19	14,7 %
Umzug	3	2,3 %
Fehlzeiten durch Schwänzen, etc.	3	2,3 %

Dies zeigt, dass über die Hälfte der Probanden (56,7 %) Fehlzeiten durch eine psychische Erkrankung oder die Behandlung dieser als Grund für die Notwendigkeit einer Wiederholung der Jahrgangsstufe sehen.

### 5.1.6.3 *Persönliche Einstellung zur Schule*

Im abschließenden Abschnitt zum Themengebiet Schule wurden die Probanden nach ihrer Einstellung zur Schule befragt. Zur besseren Deskription wurden die Antworten „stimmt genau“ und „stimmt ziemlich“ zur Kategorie „Ja“ zusammengefasst. Die Antwortmöglichkeiten „Stimmt gar nicht“ und „stimmt kaum“ wurden zu „Nein“ vereinfacht. „Weder noch“ bleibt als eigene Kategorie bestehen. Besonders auffällig ist die hohe Zustimmung zu den Aussagen nach gefühlter Belastung, sich selbst unter Druck setzen und Angst vor Schulaufgaben. Die genauen Aussagen und deskriptiven Ergebnisse gehen aus Tabelle 16 hervor.

**Tab. 15: Häufigkeitsverteilung: persönliche Einstellungen zur Schule**

	N	Ja	Nein	Weder noch
Ich gehe gerne in die Schule.	405	191 (47,2 %)	136 (33,6 %)	78 (19,2 %)
Ich fühle mich in der Schule wohl.	405	176 (43,5 %)	160 (39,5 %)	69 (17,0 %)
Ich finde die Schule langweilig.	400	124 (31,0 %)	165 (41,3 %)	111 (27,7 %)
Ich fühle mich durch die Schule belastet/unter Druck.	405	264 (65,2 %)	92 (22,7 %)	49 (12,1 %)

Ich verstehe immer, was der Lehrer erklärt.	405	230 (56,8 %)	72 (17,8 %)	103 (25,4 %)
Ich bin mit meinen Leistungen in der Schule zufrieden.	403	168 (41,7 %)	150 (37,2 %)	85 (21,1 %)
Ich setze mich selbst in der Schule unter Druck.	402	282 (70,1 %)	57 (14,2 %)	63 (15,7 %)
Ich habe Angst vor Schulaufgaben, Ausfragen, Tests, etc.	403	252 (62,5 %)	86 (21,4 %)	65 (16,1 %)

#### 5.1.6.3.1 Unterstützung durch Lehrer und Mitschüler

Die hier verwendeten Teacher and Classmate Support scales von Torsheim sollen die Unterstützung, die die Schüler jeweils von Lehrern und Mitschülern erfahren, darstellen. [112] Insgesamt liegen von 400 (Teacher support) bzw. 399 (Classmate Support) Probanden Summenwerte vor. Der Mittelwert liegt bei der Unterstützung durch Lehrer bei 14,97 (SD: 3,4305) und bei der Unterstützung durch Mitschüler bei 14,27 (SD: 3,6369).

Bei dem Vergleich der Ergebnisse bezüglich der einzelnen Behandlungsdiagnosen erweisen sich die Unterschiede zwischen Patienten mit Anorexie und Depression sowohl bei der Teacher support scale als auch der Classmate Support scale als signifikant.

**Tab. 16: Unterschiede in der Unterstützung durch Lehrer und Schüler bei Anorexie und Depression**

	Mittelwert (SD) Teacher	Signifikanzlevel/ 95%KI	Mittelwert (SD) Classmate	Signifikanzlevel/ 95%KI
Anorexie	15,40 (3,16)	0,049 [0,0033 – 3,5284]	14,78 (3,50)	0,007 [0,3166 – 4,0206]
Depression	13,63 (3,99)		12,61 (3,94)	

#### 5.1.6.3.2 Stress in der Schule

Hier wurden die beiden Skalen Academic Stress subscale und High Academic Expectations subscale verwendet, die den Stress der Probanden in Bezug auf die Aufgaben in der Schule und die Erwartungen, die an die Probanden gestellt werden, darstellen.

**Tab. 17: Mittelwert und Summe der Academic Stress Subscale und High Academic Expectation Subscales**

	N	Mittelwert	SD Mittelwert	Summe	SD Summe	Min-Max
Academic Stress Subscale	400	2,7833	0,68825	8,3500	2,06474	3-15
High Academic Expectation Subscale	401	2,3180	0,95552	4,6359	1,91105	2-10

Folgende Tabelle zeigt die statistische Auswertung der einzelnen Items der Skalen. Auch hier werden analog zu Punkt 5.1.6.3 die Antworten „stimmt genau“ und „stimmt ziemlich“ zur Kategorie „Ja“, die Möglichkeiten „Stimmt gar nicht“ und „stimmt kaum“ zu „Nein“ zusammengefasst. „Weder noch“ besteht auch hier als eigene Kategorie. Hier fällt besonders auf, dass viele Probanden zwar „viel für die Schule tun müssen“, aber nur wenige sich von überzogenen Erwartungen durch Eltern oder Lehrer belastet fühlen.

**Tab. 18: Häufigkeitsverteilung: Einzelne Items**

	N	Ja	Nein	Weder noch
Ich muss zu viel für die Schule tun.	402	164 (40,8 %)	144 (35,8 %)	94 (23,4 %)
Ich finde die Aufgaben in der Schule schwierig.	403	96 (23,8%)	165 (41,0 %)	142 (35,2 %)
Ich langweile mich bei den Aufgaben in der Schule.	404	72 (17,8 %)	213 (52,7 %)	119 (29,5 %)
Die Lehrer erwarten zu viel von mir.	403	95 (23,6%)	180 (44,6 %)	128 (31,8 %)
Meine Eltern erwarten zu viel von mir.	403	43 (10,7 %)	279 (69,2 %)	81 (20,1 %)

### 5.1.7 Resilienz

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem Thema der Resilienz. Die Auswertung der verwendeten Resilienzskala (RS-25) gliedert sich in den Summenwert der beiden Skalen *persönliche Kompetenz (RS-Komp)* und *Akzeptanz des Selbst und des Lebens (RS-Akz)* und Gesamtsummenwert (*RS-Ges*). Diese werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

**Tab. 19: Ergebnisse Resilienzskala und Unterskalen**

<b>Resilienzskala 25</b>					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
RS-Komp	406	30	117	77,67	16,056
RS-Akz	406	10	54	29,08	8,971
RS-Ges	406	53	170	106,78	22,947

Range: RS-Komp: 17-119/RS.Akz: 8-56/RS-Ges: 25-175

Vergleicht man die Ergebnisse des Gesamtsummenwerts der Resilienzskala zwischen den einzelnen Behandlungsdiagnosen, so erreichen Patienten mit einer Anorexie die höchsten Werte. Dies deutet auf eine höher ausgeprägte Resilienz bei Patienten mit dieser Behandlungsdiagnose hin. Die Unterschiede zwischen Patienten mit Anorexie

und Depression zeigen sich als statistisch signifikant ( $p=0,001$ , 95% KI [3,76 – 26,56]). Betrachtet man die Unterskala *persönliche Kompetenz* (RS-komp) so sind auch hier die Unterschiede zwischen Anorexie und Depression ( $p=0,000$ , 95% KI [4,08 – 19,76]) sowie Anorexie und Bulimie ( $p=0,023$ , 95% KI [0,71 – 20,23]) statistisch signifikant.

### 5.1.8 Erziehung

In dieser Studie lag der Fokus der Erhebung zum Thema Erziehung auf der subjektiven Empfindung der Jugendlichen. Dafür wurde der Züricher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten von Steinhausen verwendet. Dieser Fragebogen erfasst die Erziehung je für Mutter und Vater getrennt in drei Skalen „Wärme und Unterstützung“, „psychologischer Druck“ und „Regeln und Kontrolle“. [113] Hier fällt zuerst auf, dass der Fragebogen für Väter deutlich mehr fehlende Werte enthält als der über das Erziehungsverhalten der Mütter. Außerdem zeigt die Tabelle, dass Mittelwert und Summe der Skalen „Wärme und Unterstützung“ und „Regeln und Kontrolle“ bei den Müttern höher ist, während die Werte der Skala „psychologischer Druck“ beinahe gleich sind. Die Tabellen 21 und 22 zeigen die genaueren Ergebnisse der drei Skalen.

**Tab. 20: Ergebnisse ZKE Mutter**

Mutter					
	N	Mittelwert	SD Mittelwert	Summe	SD Summe
Wärme und Unterstützung (12 Items)	388	2,2180	0,60763	26,62	7,292
psychologischer Druck (9 Items)	390	0,8148	0,56523	7,33	5,087
Regeln und Kontrolle (6 Items)	392	1,5531	0,63452	9,32	3,807

**Tab. 21: Ergebnisse ZKE Vater**

Vater					
	N	Mittelwert	SD Mittelwert	Summe	SD Summe
Wärme und Unterstützung (12 Items)	370	1,9077	0,77246	22,89	9,269
psychologischer Druck (9 Items)	368	0,8143	0,57109	7,33	5,140
Regeln und Kontrolle (6 Items)	364	1,3356	0,67266	8,01	4,036

Vergleicht man die einzelnen Skalen des Fragebogens getrennt für die verschiedenen Behandlungsdiagnosen zeigt sich die Skala „Wärme und Unterstützung“ bei Patienten mit Anorexie überdurchschnittlich ausgeprägt. Der Unterschied dieser Skala bezüglich des Erziehungsverhalten der Mutter zwischen Patienten mit Anorexie sowie Bulimie zeigt sich statistisch signifikant ( $p=0,011$ , 95% KI [0,61 – 9,71]). Das Erziehungsverhalten des Vaters unterscheidet sich signifikant in derselben Skala

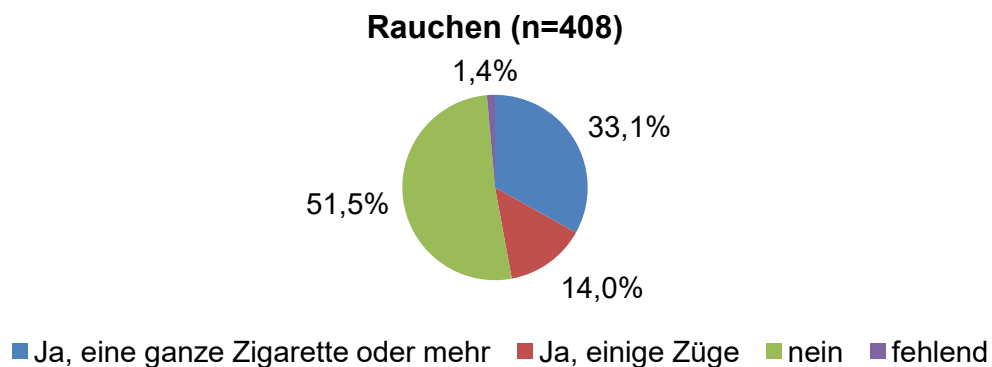
zwischen den Diagnosen Anorexie und Bulimie ( $p=0,01$ , 95% KI [0,87 – 12,90]) sowie Anorexie und Depression ( $p=0,001$ , 95% KI [1,47 – 11,20]).

### 5.1.9 Alkohol- und Drogenkonsum

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem Alkohol- und Drogenkonsum der Probanden.

#### 5.1.9.1 Rauchen

Insgesamt geben 195 (47,1 %) Probanden an, einige Züge oder eine ganze Zigarette geraucht zu haben. 213 (51,5 %) verneinen dies und sechs (1,4 %) Angaben fehlen. Die genauere Verteilung zeigt Abbildung 30.

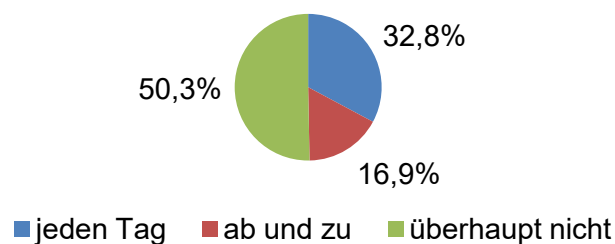


**Abb. 30: Häufigkeitsverteilung: Rauchverhalten**

Anschließend wurden die Jugendlichen, die schon einmal geraucht haben, zu ihrem derzeitigen Rauchverhalten befragt.

Hier wird deutlich, dass circa die Hälfte dieser Probanden 98 (50,3 %) zurzeit überhaupt nicht raucht. 64 (32,8 %) rauchen aktuell jeden Tag und 33 (16,9 %) ab und zu.

#### Häufigkeit des Rauchens aktuell (n=195)



**Abb. 31: Häufigkeitsverteilung: aktuelles Rauchverhalten**

Die 64 Probanden, die angaben täglich zu rauchen, wurden gefragt, wie viele Zigaretten sie pro Tag rauchen. Hier wird deutlich, dass die Mehrzahl der Patienten zwei bis 5 Zigaretten pro Tag raucht. Als Minimum wurden zwei Zigaretten angegeben, als Maximum 30 Zigaretten pro Tag.

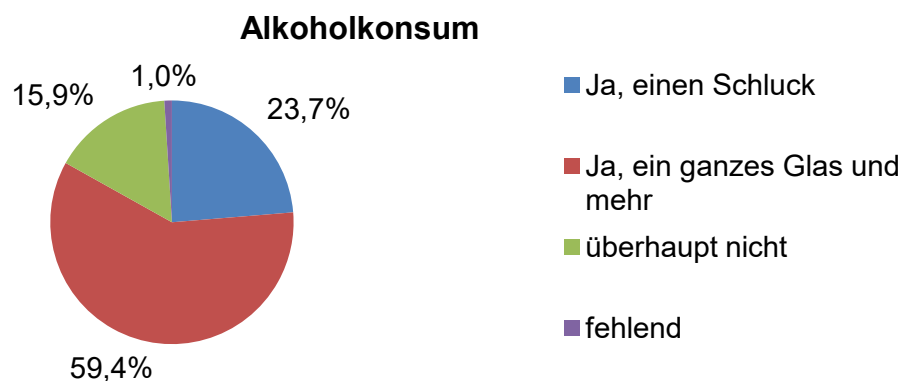
**Tab. 22: Häufigkeitsverteilung: Anzahl der täglichen Zigaretten**

	Häufigkeit	Prozent
2 – 5 Zigaretten	23	36,0
6 – 10 Zigaretten	21	32,8
11 – 15 Zigaretten	10	15,6
16 – 20 Zigaretten	7	10,9
21 – 25 Zigaretten	1	1,6
26 – 30 Zigaretten	2	3,1

Das Einstiegsalter für Zigarettenkonsum liegt im Mittel bei 14,08 Jahren (SD: 1,536). 6 Patienten waren elf Jahre oder jünger, als sie das erste Mal geraucht haben und 4 Probanden bereits 17 Jahre.

#### 5.1.9.2 Alkohol

Hier geben 344 (83,1 %) Probanden an, mindestens schon einmal einen Schluck eines alkoholhaltigen Getränks getrunken zu haben. 66 (15,9 %) Probanden verneinen dies und vier (1,0 %) Angaben fehlen.



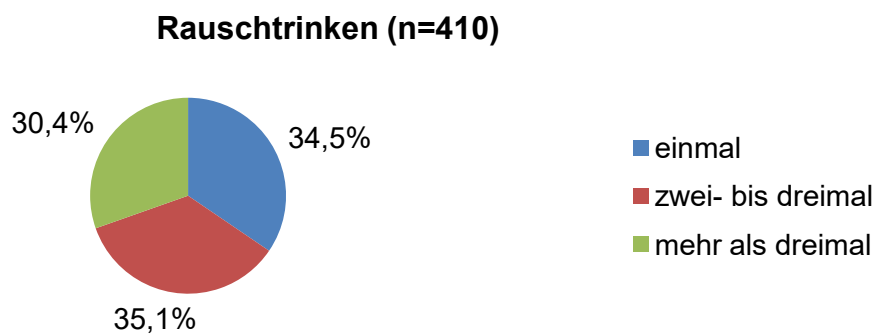
**Abb. 32: Häufigkeitsverteilung: Alkoholkonsum**

Die Probanden sollten für unterschiedliche Alkoholika die Häufigkeit des Konsums angeben. Als regelmäßig wurde ein Konsum mindestens einmal pro Woche definiert. Bier wird am häufigsten regelmäßig konsumiert und Sekt insgesamt am häufigsten. Betrachtet man alle Alkoholika, so geben 44 (10,6 %) Probanden an, regelmäßig Alkohol zu trinken, wobei die Angaben von 20 (4,8 %) Patienten fehlen.

**Tab. 23: Häufigkeitsverteilung: Konsum einzelner Alkoholika**

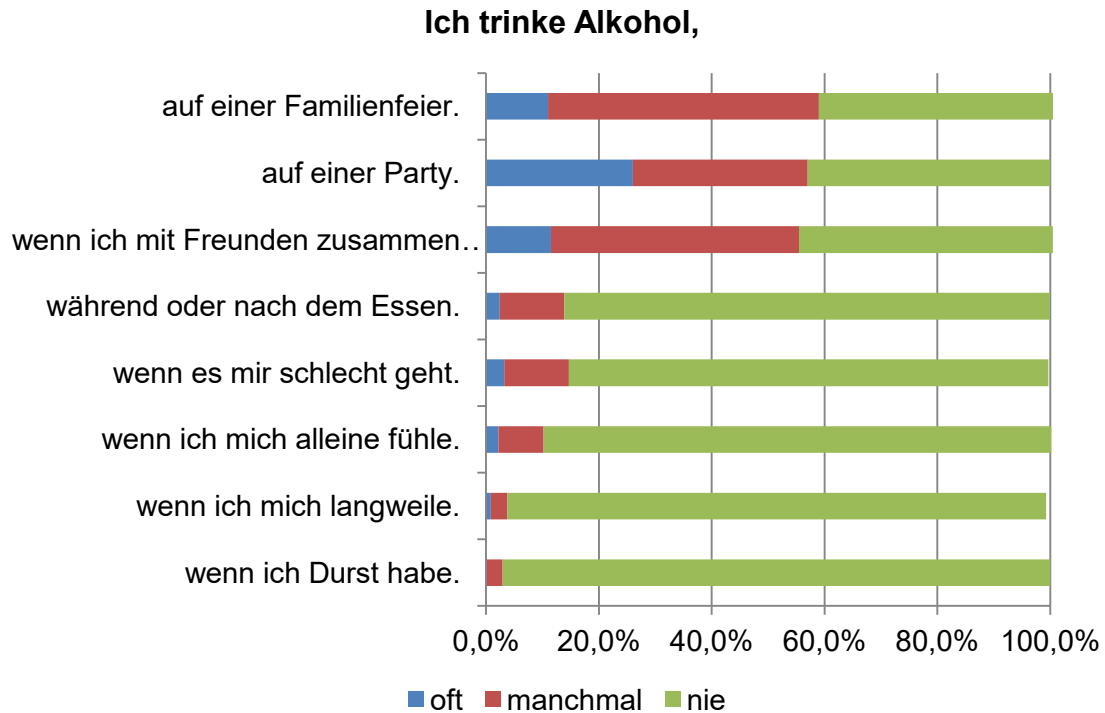
	regelmäßiger Konsum	gelegentlicher Konsum	kein Konsum
Bier	7,7 %	34,3 %	58,0 %
Wein	3,3 %	23,8 %	72,9 %
Schnaps	4,3 %	25,5 %	70,2 %
Cocktail	6,2 %	36,0 %	57,8 %
Sekt	3,8 %	42,4 %	53,8 %

Anschließend wurden die Probanden gefragt, ob sie bereits stark betrunken gewesen seien. 262 (63,3 %) Patienten verneinen dies. Die Angaben von 4 (1,0 %) Probanden fehlen. Die Verteilung der restlichen 148 (35,7 %) Probanden zeigt Abbildung 33.



**Abb. 33: Häufigkeitsverteilung: Rauschtrinken**

Abschließend wurden die Probanden nach der Situation befragt, in der sie Alkohol konsumieren. Hier zeigt sich deutlich, dass die häufigsten Situationen eine Familienfeier oder Party sind.



**Abb. 34: Häufigkeitsverteilung: Gründe von Alkoholkonsum**

### 5.1.9.3 Drogen

Insgesamt geben 288 (69,6 %) Probanden an, noch keine Erfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen gemacht zu haben. 112 (27,1 %) berichten von Substanzgebrauch und von 14 (3,4 %) fehlt die Angabe.

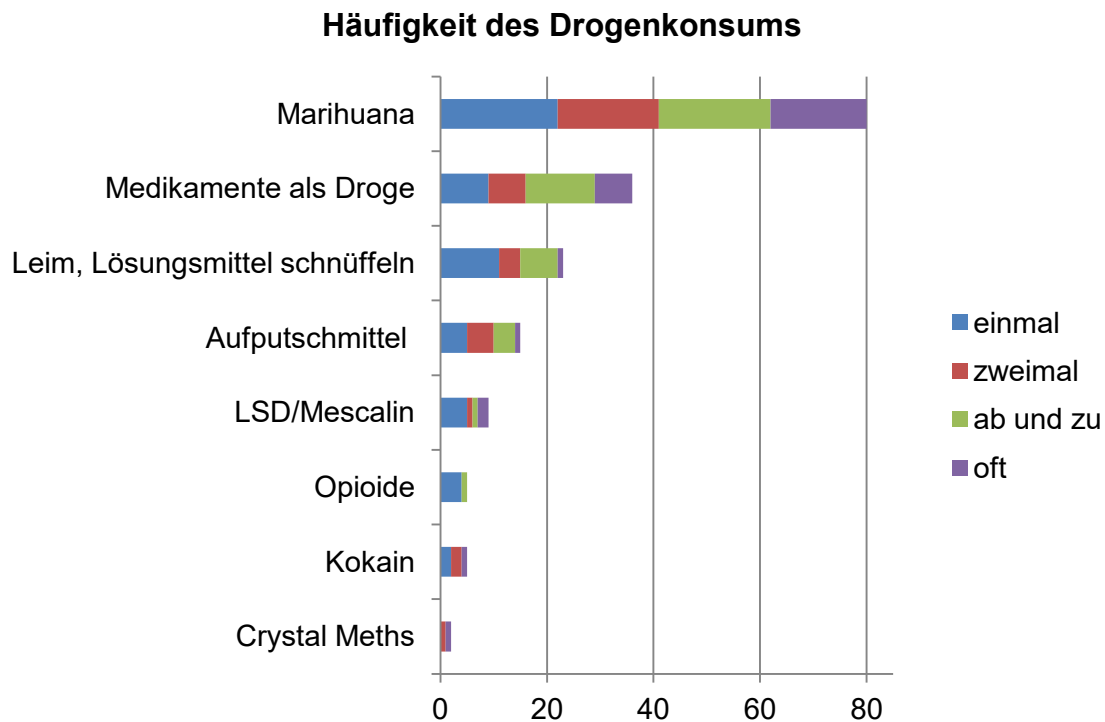
Anschließend wurde nach dem Konsum verschiedener Drogen gefragt. Dabei zeigt sich, dass Marihuana die Droge ist, die am häufigsten bereits konsumiert wurde, gefolgt von Medikamenten als Drogen.

**Tab. 24: Häufigkeitsverteilung: Konsum illegaler Drogen**

	Ja	Nein	Fehlend
Marihuana	80 (19,3 %)	324 (78,3 %)	10 (2,4 %)
LSD/Mescaline (Trip)	9 (2,2 %)	395 (95,4 %)	10 (2,4 %)
Aufputschmittel (Speed, Ecstasy)	15 (3,6 %)	389 (94,0 %)	10 (2,4 %)
Opium, Heroin	5 (1,2 %)	397 (95,9 %)	12 (2,9 %)
Medikamente als Droge (Schlafmittel, Schmerzmittel)	36 (8,7 %)	367 (88,6 %)	11 (2,7 %)
Kokain	5 (1,2 %)	399 (96,4 %)	10 (2,4 %)
Leim oder Lösungsmittel geschnüffelt	23 (5,6 %)	381 (92,0 %)	10 (2,4 %)
Crystal meths	2 (0,5 %)	402 (97,1 %)	10 (2,4 %)



Die folgende Abbildung zeigt die Häufigkeit des Drogenkonsums der Probanden.



**Abb. 35: Häufigkeitsverteilung: Häufigkeit des Drogenkonsums**

#### 5.1.9.4 Vergleich des Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsums zwischen den einzelnen Behandlungsdiagnosen

Beim Vergleich des Konsums der einzelnen Behandlungsdiagnosen fällt auf, dass Patienten mit der Diagnose Bulimie überdurchschnittlich oft bereits Drogen konsumierten. Patienten mit Depression konsumieren dagegen überdurchschnittlich häufig Alkohol. Beim Thema Rauchen zeigt sich, dass hier vor allem Patienten mit Anorexie seltener Zigaretten konsumieren. Statistisch signifikant waren dabei die Unterschiede beim Thema Rauchen zwischen Anorexie und Bulimie ( $p=0,00$ , 95% KI [0,53 – 1,68]), sowie Anorexie und Depression ( $p=0,00$ , 95% KI [0,34 – 1,27]). Beim Konsum von Alkohol bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten mit Anorexie und Depression ( $p=0,009$ , 95% KI [-0,3428 - -0,0245]) Auch beim Thema Drogenkonsum waren die Unterschiede zwischen Anorexie und Bulimie ( $p=0,038$  95% KI [0,61 – 9,71]) sowie Depression ( $p=0,038$ , 95% KI [0,517 – 3,9432]) statistisch signifikant.

#### 5.1.10 Belastende Lebensereignisse

In dieser Studie wurden die belastenden Lebensereignisse der letzten zwölf Monate abgefragt. Es wurden maximal 27 der 32 möglichen Ereignisse genannt. Der Median

liegt bei 8 genannten Ereignissen. Die Angaben von 5 (1,2 %) Probanden fehlen. Die genaue Verteilung ist Abbildung 36 zu entnehmen.

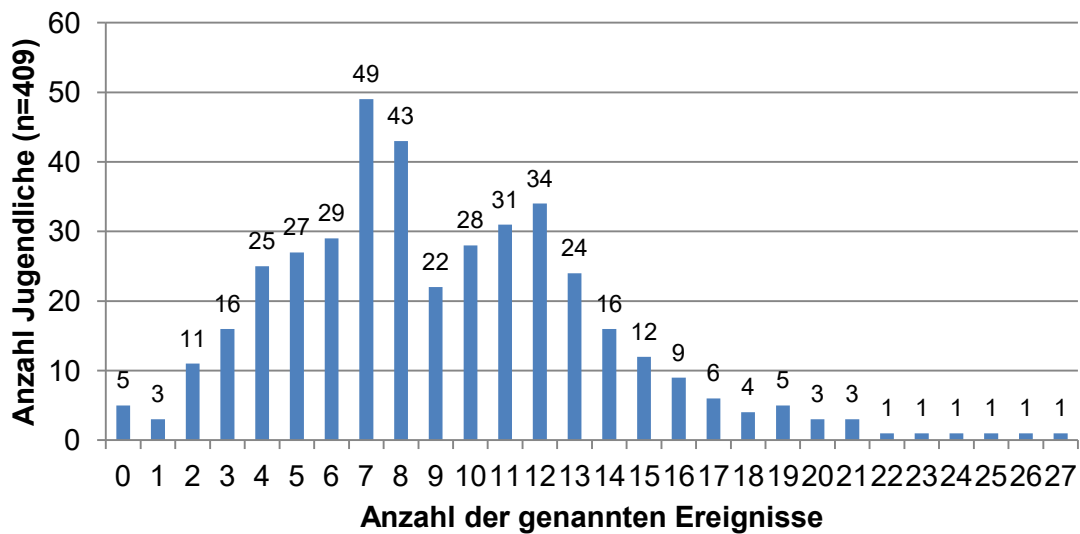


Abb. 36: Häufigkeitsverteilung: Anzahl genannter Ereignisse

(adaptiert nach Steinhausen et al., 2001 Die Züricher Lebensereignisliste)

Um den Belastungswert zu bestimmen, werden die Angaben der einzelnen Fragen von -2 (sehr unangenehm) bis +2 (sehr angenehm) addiert, d.h. je negativer die Summe, desto höher der Belastungswert. In Abbildung 37 fällt auf, dass bei der Mehrzahl der Patienten eine negative Summe steht.

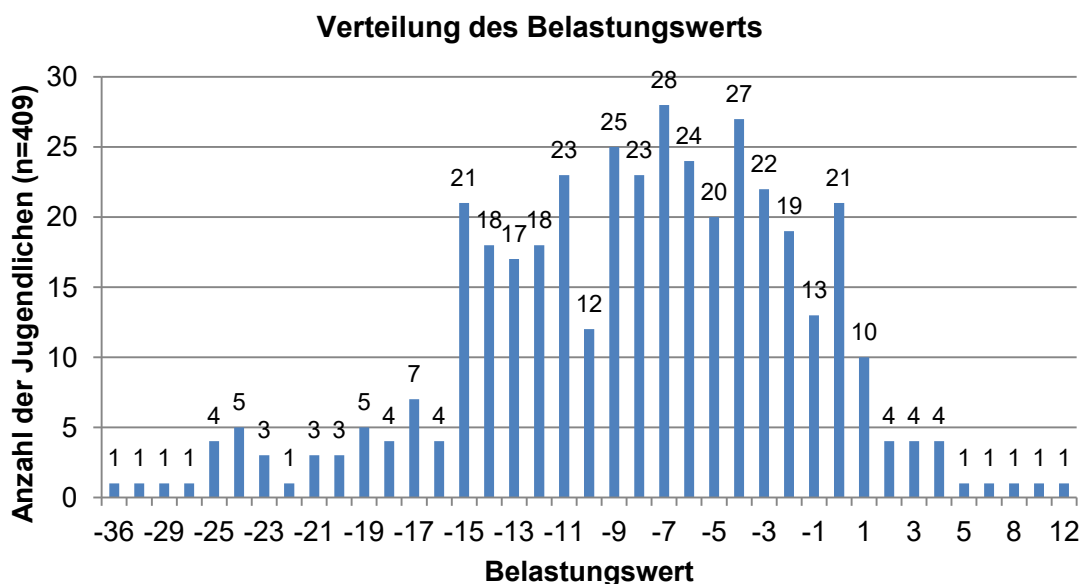


Abb. 37: Häufigkeitsverteilung: Belastungswert

Abschließend stellt Tabelle 26 die Angaben der einzelnen Items, eingeteilt in die Bereiche Schule, Familie, Freunde und Krankheiten, dar. Hier zeigt sich, dass die Hälfte der Probanden (50,7 %) in den letzten zwölf Monaten eine schlechte Prüfung abgelegt hat und 77,9 % dies als belastend empfanden. Viele Probanden (68,0 %) erlebten Streitigkeiten mit den Eltern oder anderen Familienmitgliedern, was 91,4 % belastete. Auffallend ist auch die hohe Zustimmung bei der Frage, ob sich die Probanden Sorgen um ihre Gesundheit machten. Dies bejahten 71,4 % der Patienten und 91,6 % fühlten sich dadurch belastet.

**Tab. 25: Häufigkeitsverteilung: Häufigkeit und Empfindung zu Items der ZLEL**

	Häufigkeit	Angenehm	neutral	belastend
<b>Schule</b>				
Schulwechsel	93 (22,7 %)	25 (26,9 %)	25 (26,9 %)	43 (46,2 %)
Wiederholen einer Klassenstufe	77 (18,8 %)	6 (7,8 %)	11 (14,3 %)	60 (77,9 %)
schlechte Prüfung/Klassenarbeit	208 (50,7 %)	3 (1,4 %)	49 (23,6 %)	156 (75,0 %)
Probleme/ Streitigkeiten mit Lehrern	90 (22,0 %)	3 (3,3 %)	19 (21,1 %)	68 (75,6 %)
<b>Familie und Lebensumfeld</b>				
Weggang eines Menschen aus dem Haushalt	85 (20,7 %)	13 (15,3 %)	21 (24,7 %)	51 (60,0 %)
Dazukommen eines Menschen in den Haushalt	32 (7,8 %)	9 (28,1 %)	9 (28,1 %)	14 (43,8 %)
Trennung/Scheidung der Eltern	38 (9,3 %)	2 (5,3 %)	16 (42,1 %)	20 (52,6 %)
Verlust des Arbeitsplatzes von Vater oder Mutter	17 (4,1 %)	1 (5,9 %)	4 (23,5 %)	12 (70,6 %)
Umzug	59 (14,4 %)	17 (28,8 %)	14 (23,7 %)	28 (47,5 %)
Alkohol- oder Drogenprobleme bei Familienmitgliedern	62 (15,1 %)	0	20 (32,3 %)	42 (67,7 %)
Probleme/ Streitigkeiten mit Eltern oder anderen Familienmitgliedern	279 (68,0 %)	1 (0,4 %)	23 (8,2 %)	255 (91,4 %)
schulische/berufliche Veränderung bei einem Familienmitglied	65 (15,8 %)	22 (33,8 %)	31 (47,7 %)	12 (18,5 %)
Sorgen/ Probleme bei einem Familienmitglied	198 (48,3 %)	1 (0,5 %)	32 (16,2 %)	165 (83,3 %)
Streitigkeiten/Kämpfe zwischen den Eltern	147 (35,9 %)	0	10 (6,8 %)	137 (93,2 %)
finanzielle Schwierigkeiten/Geldsorgen in der Familie	77 (18,8 %)	0	8 (10,4 %)	69 (89,6 %)
Heirat eines Elternteil/ neuer Partner/-in in Familie	47 (11,5 %)	12 (25,5 %)	17 (36,2 %)	18 (38,3 %)
Inhaftierung eines Familienmitglieds	7 (1,7 %)	0	4 (57,1 %)	3 (42,9 %)
Trennung von Familie (Krankenhaus, Pflegefamilie)	137 (33,4 %)	18 (13,1 %)	34 (24,8 %)	85 (62,1 %)
<b>Freunde/Gleichaltrige</b>				
Unter Druck gesetzt von Freunden	138 (33,7 %)	2 (1,4 %)	7 (5,1 %)	129 (93,5 %)

Streit/Probleme mit Freunden	246 (60,0 %)	1 (0,4 %)	13 (5,3 %)	232 (94,3 %)
Verliebt/ neue Beziehung mit einem Freund / einer Freundin	159 (38,8 %)	93 (58,5 %)	23 (14,5 %)	43 (27,0 %)
Ärger/Streit mit anderen Schülern/Gleichaltrigen	88 (21,5 %)	0	17 (19,3 %)	71 (80,7 %)
Umzug eines guten Freundes/einer guten Freundin	35 (8,5 %)	2 (5,7 %)	6 (17,1 %)	27 (77,2 %)
Ende einer Partnerschaft/Freundschaft	164 (40,0 %)	15 (9,2 %)	21 (12,8 %)	128 (78,0 %)
Streitigkeiten in der Beziehung zu Ihrer Freundin/Ihrem Freund	89 (21,7 %)	2 (2,3%)	10 (11,2 %)	77 (86,5 %)
Verschlechterung der Beziehung zwischen den Familienmitgliedern oder Freunden	229 (55,9 %)	1 (0,4 %)	17 (7,4 %)	211 (92,2 %)
<b>Gesundheit/Krankheit/Unfall</b>				
Sorgen um Gesundheit/Fitness	297 (72,4 %)	1 (0,3 %)	24 (8,1 %)	272 (91,6 %)
schwere Krankheit/Unfall in Familie oder Freundeskreis	78 (19,0 %)	0	13 (16,7 %)	65 (83,3 %)
selbst schwere Krankheit/Unfall	24 (5,9 %)	0	4 (16,7 %)	20 (83,3 %)
Familienmitglied/Freund im Krankenhaus	120 (29,3 %)	3 (2,5 %)	46 (38,3 %)	71 (59,2 %)
selbst im Krankenhaus?	95 (23,2 %)	3 (3,2 %)	17 (17,9 %)	75 (78,9 %)
Katastrophen (Feuer, Überschwemmung, Einbruch)	20 (4,9 %)	0	8 (40,0 %)	12 (60,0 %)
Tod eines Familienmitglieds/Freundes	69 (16,8 %)	0	8 (11,6 %)	61 (88,4 %)
<b>Sonstiges</b>				
Pläne, die ins Wasser fielen	220 (53,7 %)	2 (0,9 %)	23 (10,5 %)	195 (88,6 %)

Vergleicht man die Ergebnisse der Probanden bezüglich der einzelnen Behandlungsdiagnosen, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

### 5.1.11 Traumatische Erfahrungen

Traumatische Ereignisse in der Kindheit wurden mit dem Childhood-Trauma-Questionnaire von Klinitzke et al. erhoben. [116] In den verschiedenen Skalen zeigen sich folgende Ergebnisse. Ein höherer Mittelwert steht für eine größere Ausprägung des Missbrauchs oder der Vernachlässigung. Den höchsten Mittelwert erreicht in dieser Studie die Skala „emotionale Vernachlässigung“, den geringsten die Skala „körperlicher Missbrauch“.

**Tab. 26: Ergebnisse Unterskalen des CTQ**

	N	Min	Max	Mittelwert	SD
Emotionaler Missbrauch	405	5	25	9,33	4,57

Körperlicher Missbrauch	406	5	15	5,57	1,74
Sexueller Missbrauch	279	5	25	5,69	2,81
Emotionale Vernachlässigung	401	5	24	9,47	4,15
Körperliche Vernachlässigung	407	5	18	6,59	2,16

Range: je Skala 5-25

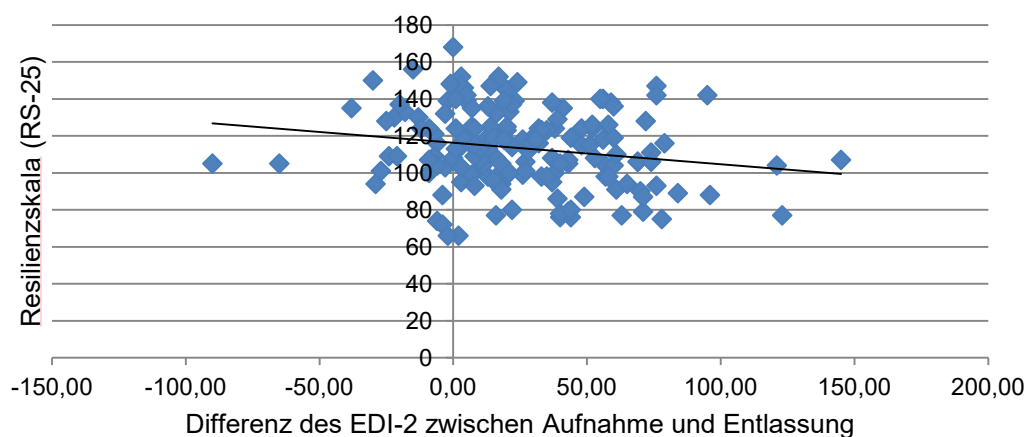
Beim Vergleich der Ausprägung der einzelnen Skalen getrennt nach den Behandlungsdiagnosen fallen bei der Diagnose Bulimie und Depression in allen Skalen höhere Werte als in der Gesamtstichprobe auf. Statistisch signifikant unterscheiden sich dabei in der Skala *körperliche Misshandlung* Patienten mit Anorexie und Bulimie ( $p=0,006$ , 95% KI [-5,6816 – 0,0857])

## 5.2 Outcome und Risikofaktoren

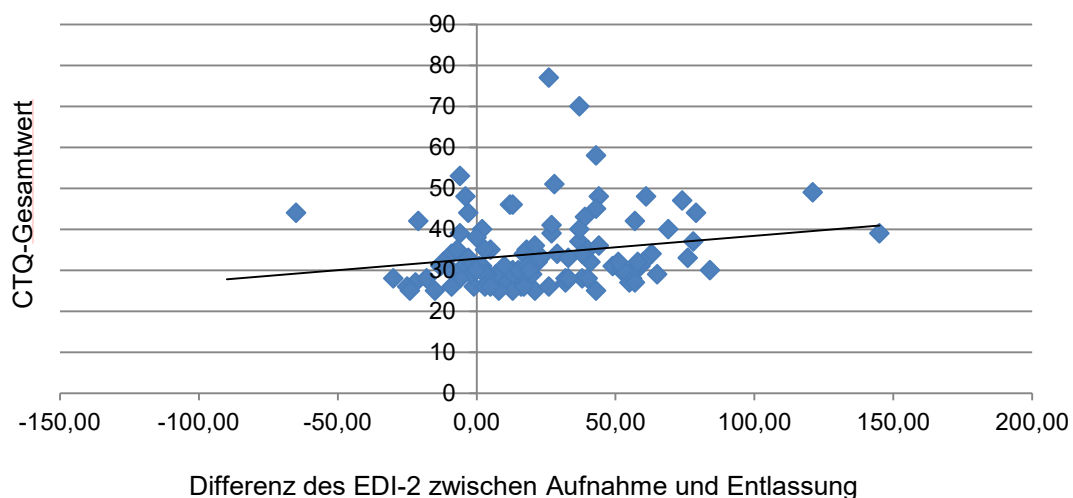
Um den Therapieerfolg bei den Patienten mit Anorexie zu bestimmen wurden die Differenz des Scores des EDI-2 sowie die Differenz des BMI bei Aufnahme und Entlassung bestimmt. Dabei wird die Höhe der Differenz des Scores des EDI-2 bzw. des BMIs als Maß für den Therapieerfolg verwendet, eine positive Differenz spricht hier für eine Verbesserung des EDI-2 bzw. des BMIs. Folgende Variablen zeigten dabei eine signifikante lineare Korrelation zur Differenz des EDI-2: Die Differenz des BMI zwischen Aufnahme und Entlassung (Signifikanz: 0,021; Korrelation nach Pearson: 0,187), Gefühle beim Betrachten von Mode- und Fitnessmagazinen (Signifikanz: 0,013; Korrelation nach Pearson: 0,206), Gesamtwert Resilienzskala (Signifikanz: 0,015; Korrelation nach Pearson: 0,190), Gesamtwert Childhood-Trauma-Questionnaire (Signifikanz: 0,042; Korrelation nach Pearson: 0,196). Die folgenden Abbildungen zeigen Korrelationsgraphiken für die Variablen, die jeweils signifikant mit der Differenz des EDI-2 oder des BMI zwischen Aufnahme und Entlassung korrelieren.

Eine signifikante lineare Korrelation zur Differenz des BMI zeigten folgende Variablen: Die Differenz des EDI-2 (Signifikanz: 0,021; Korrelation nach Pearson: 0,187), BMI bei Aufnahme (Signifikanz: 0,00; Korrelation nach Pearson: -0,707), die Skala Regeln und Kontrolle der Mutter im Züricher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (Signifikanz: 0,022; Korrelation nach Pearson: 0,175), sowie die Skala körperliche Vernachlässigung im Childhood-Trauma-Questionnaire (Signifikanz: 0,026; Korrelation nach Pearson: 0,168). Im Anschluss daran wurde eine Regression mit diesen Werten durchgeführt, die allerdings nicht die erwünschten signifikanten Ergebnisse ergab. Der

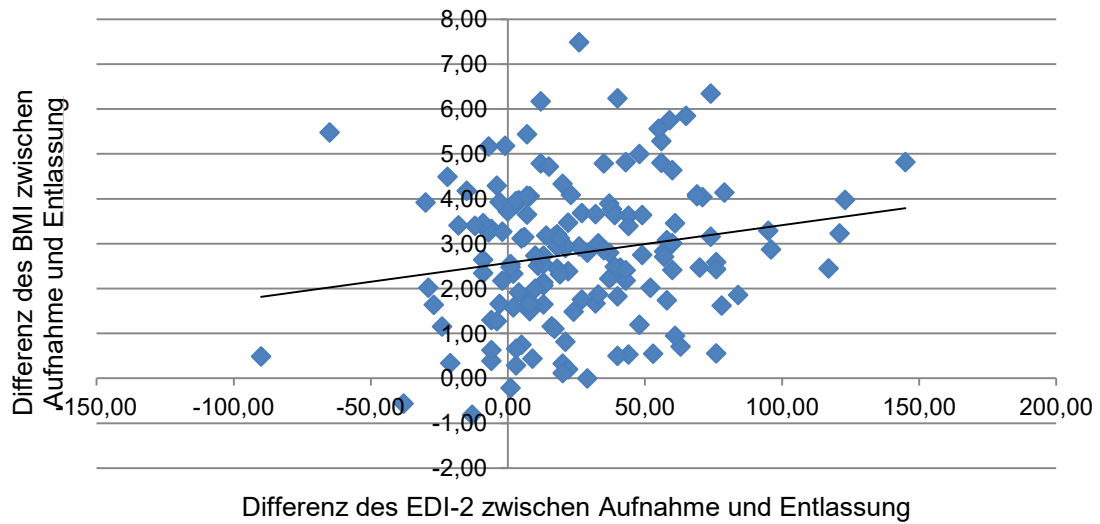
Vollständigkeit halber wurden zuletzt alle Variablen in die Regression eingeschlossen. Die Regression nach der Einschluss-Methode ergab bezüglich der Veränderung des Gesamtwerts des EDI-2 im Verlauf des Aufenthalts ein Modell, das 33,7 % der Varianzen aufklärt. Dabei wird die Vorhersage insgesamt signifikant ( $F=2,327$ ,  $p=0,011$ ). Im Einzelnen signifikant wurden dabei die folgenden Variablen: Eltern sind verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft ( $p= 0,028$ ), die Skala Regeln und Kontrolle der Mutter im Züricher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten ( $p=0,043$ ), sowie der Gesamtwert ( $p=0,031$ ) und die Unterskalen emotionaler Missbrauch ( $p=0,019$ ) und körperlicher Missbrauch ( $p=0,010$ ) im Childhood-Trauma-Questionnaire. Die Regression nach dem Einschlussmodell bezüglich der Differenz des BMI-Wertes während des Aufenthalts ergab, dass dieses Modell 43,5 % der Varianzen aufklärte. Die Vorhersage wurde auch hier signifikant ( $F= 3,239$ ,  $p<0,001$ ). Hier zeigen sich folgende Variablen als signifikant: BMI bei Aufnahme ( $p<0,001$ ) und Mobbing Erfahrungen ( $p=0,037$ ).



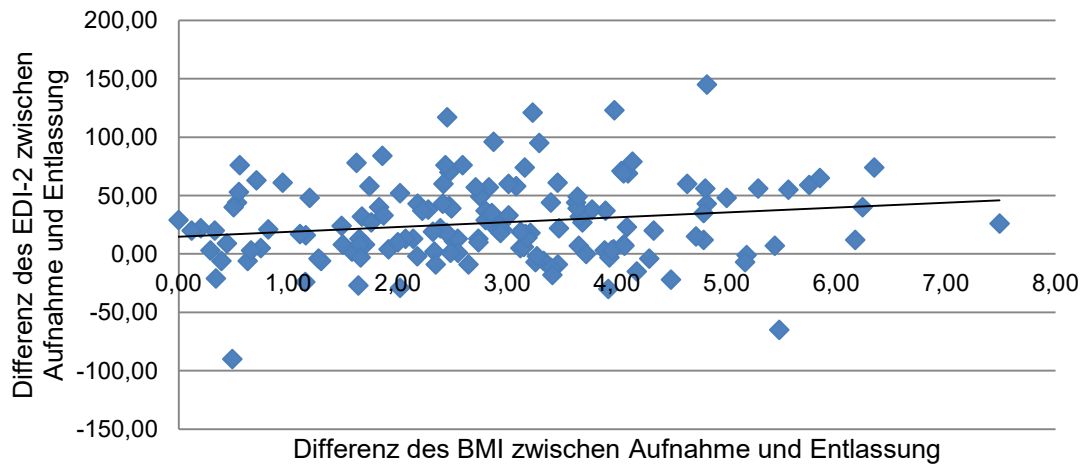
**Abb. 38: Korrelationsgraphik Differenz des EDI-2 und Resilienzskala**



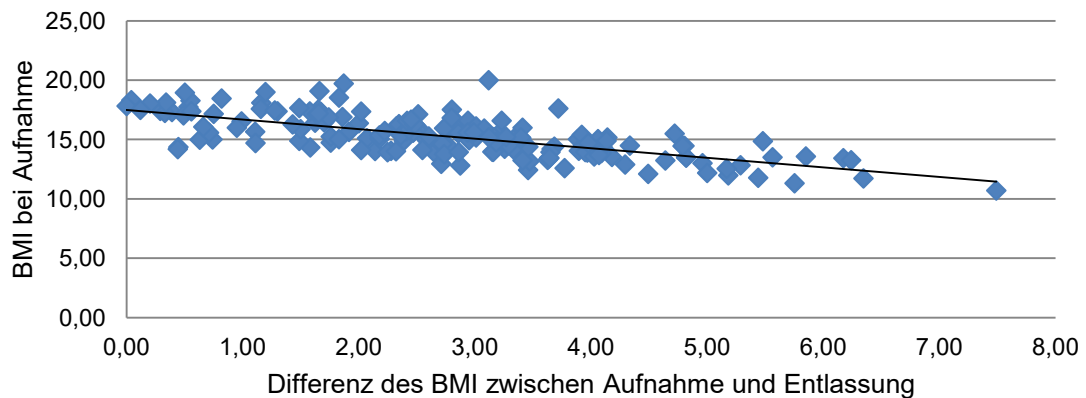
**Abb. 39: Korrelationsgraphik: Differenz des EDI-2 und CTQ**



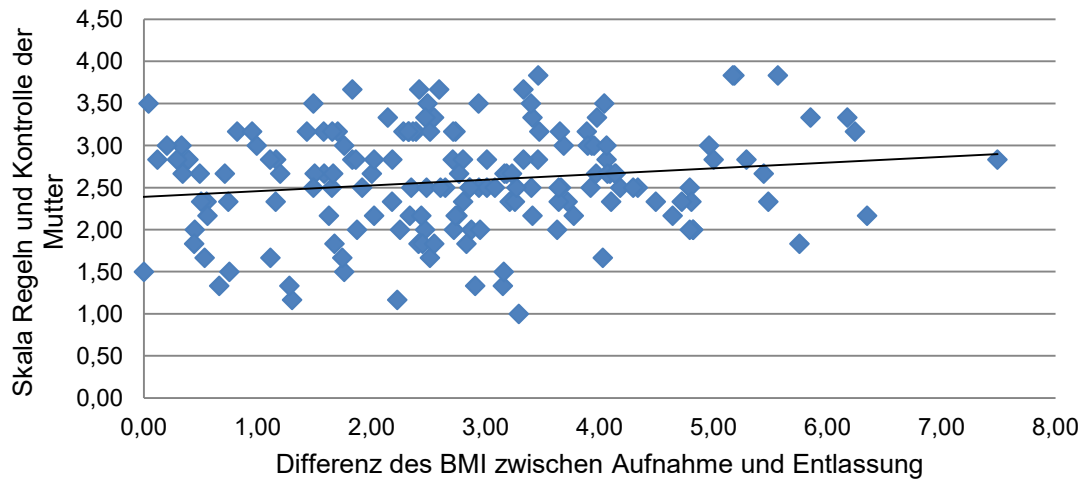
**Abb. 40: Korrelationsgraphik: Differenz des EDI-2 und des BMI**



**Abb. 41: Korrelationsgraphik: Differenz des BMI und des EDI-2**



**Abb. 42: Korrelationsgraphik: Differenz des BMI und des BMI bei Aufnahme**



**Abb. 43: Korrelationsgraphik: Differenz des BMI und einer Skala aus dem ZKE**



## **6 Diskussion**

Der folgende Abschnitt soll zum einen die Ergebnisse der Erhebung zu den Hauptfragestellungen zusammenfassen und interpretieren und zum anderen Erkenntnisse und Begrenzungen der Studie darstellen.

### **6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse**

Im Rahmen dieser Studie wurden nach Kenntnis der Verfasserin erstmals verschiedene Risikofaktoren und Resilienz als Schutzfaktor bei Jugendlichen erhoben, die sich in stationärer Behandlung befanden. Das Ziel der Studie war es, die Ausprägung der Risikofaktoren bei den Probanden mit der Ausprägung in der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen, die Unterschiede in der Ausprägung zwischen den verschiedenen Behandlungsdiagnosen zu untersuchen und herauszufinden, wie sich die Faktoren auf den Therapieerfolg auswirken. Wie erwartet unterschied sich die Ausprägung der meisten Risikofaktoren deutlich von der Allgemeinbevölkerung. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit interpretiert und im Kontext der bestehenden Literatur diskutiert.

#### **6.1.1 Ausprägung der einzelnen Risikofaktoren bei stationär behandelten Jugendlichen**

Eine Hauptfragestellung der Studie war die Erhebung verschiedener Risikofaktoren, bei denen bereits aus der Literatur ein Zusammenhang mit dem Auftreten psychischer Erkrankungen vorbekannt war, sowie der Vergleich mit der Ausprägung in der Allgemeinbevölkerung. Hier zeigte sich wie erwartet eine höhere Ausprägung bei vielen Risikofaktoren sowie eine geringere Ausprägung der Resilienz als Schutzfaktor verglichen mit Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung.

##### *6.1.1.1 Mediennutzung*

Hier wurde nach dem Besitz und der Dauer der Nutzung verschiedener Medien gefragt. Diese Daten sollen im Folgenden mit den Ergebnissen der JIM-Studie verglichen werden. Im Jahr 2017 wurden 1200 Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren zu ihrem Medienbesitz und –konsum befragt. In unserer Erhebung besitzen wie erwartet fast alle Probanden (99,3%) ein Smartphone, gefolgt von einem Computer/Laptop, den 74,2 % der Probanden selbst besitzen. Diese Ergebnisse sind mit der Jim-Studie vergleichbar. Hier haben 97 % der Probanden ein eigenes

Smartphone und 69 % einen eigenen Computer oder Laptop. [78] Betrachtet man die Nutzungsdauer der einzelnen Medien, so gaben die Probanden dieser Erhebung im Schnitt an, die folgenden Medien zu nutzen: Fernseher: 90,3 min/Tag, Internet: 155,0 min/Tag, Computer: 68,56 min/Tag. Die Basisdaten, die regelmäßig als Zusammenfassung verschiedener Studien zum Thema Medienkonsum von der Zeitschrift Media Perspektiven herausgegeben werden, zeigen, dass in dieser Erhebungen Jugendliche von 14-19 Jahren mit 114 Minuten pro Tag deutlich länger den Fernseher nutzen als die Jugendlichen in unserer Studie. [125] Auch die Ergebnisse der Onlinestudie von ARD und ZDF, die im März bis April 2017 ca. 2000 Personen ab 14 Jahren über die Mediennutzung befragt hat, zeigen mit 274 Minuten pro Tag bei den Probanden im Alter von 14-29 Jahren eine deutlich höhere Nutzungsdauer des Internets als in unserer Studie. [126]

#### 6.1.1.2 Mobbing

Beim Themenkomplex Mobbing zeigen sich wie erwartet deutliche Unterschiede zu Daten aus der Allgemeinbevölkerung. In unserer Erhebung konnten 20,5% der Probanden als Mobbingtäter identifiziert werden, 10,5 % als Mobbingopfer und 5,5 % sowohl als Mobbingopfer als auch als –täter. 63,5 % hatten bisher keine Erfahrungen als Täter oder Opfer gemacht. Sowohl die deutschen Daten aus der internationalen HBSC-Studie von 2014 als auch Ergebnisse der bundesweiten KiGGs-Erhebung sprechen sowohl für einen deutlich höheren Anteil von Unbeteiligten als auch einen deutlich niedrigeren Anteil von Mobbingtätern und –opfern in beiden Studien [127], [128].

**Tab. 27: Mobbing Erfahrungen: Vergleich mit HBSC und KiGGs**

	HBSC (2014)	KiGGs (2007)	eigene Studie
Unbeteiligte	83,2 %	73,9 %	63,5 %
Täter	7,8 %	15,6 %	20,5 %
Opfer	7,5 %	4,9 %	10,5 %
Täter-Opfer	1,4 %	5,6 %	5,5 %

#### 6.1.1.3 Cybermobbing

In unserer Erhebung berichten nur 9,8% der Probanden, dass sie bereits Erfahrungen mit Cybermobbing gemacht haben, 90,2 % verneinen dies. Hier liegen die Raten erstaunlicherweise unter den Raten aus Studien, in denen die Allgemeinbevölkerung befragt wurde. 2011 wurde beispielsweise vom Institut für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung (IKG) der Universität Bielefeld eine Studie zur Prävalenz von Cybermobbing in Deutschland an 1881 Jugendlichen zwischen 11 und 20 Jahren

durchgeführt. In dieser Studie gaben 13,9 % der Probanden an, sie seien von Cybermobbing betroffen oder in der Vergangenheit betroffen gewesen. [129] 2016 wurde vom Bündnis gegen Cybermobbing eine Studie bei Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren zur Prävalenz von Cybermobbing durchgeführt. Hier zeigte sich, dass insgesamt 12,7 % der Probanden diese Form des Mobbings erlebt haben. [130]

**Tab. 28: Cybermobbing: Vergleich mit IKG und Bündnis gegen Cybermobbing**

		IKG (2012)	Bündnis gegen Cybermobbing (2017)	eigene Studie
Cybermobbing	Ja	13,9 %	12,7 %	9,8 %
	nein	86,7 %	87,3 %	90,2 %

#### 6.1.1.4 Unterstützung durch Mitschüler und Lehrer

Die Mittelwerte der Teacher and Classmate support scale liegen in dieser Erhebung bei 11,15 (SD: 2,7) und 10,78 (SD: 2,8) bei einem möglichen Wert zwischen 3 und 15. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Werten aus dem WHO-Jugendgesundheitssurvey „Health Behaviour in School-aged Children“ von 2013/14 so zeigen sich bei der Classmate support scale deutlich signifikante Unterschiede. In der HBSC Studie ergab sich ein Mittelwert von 12,2 (SD: 2,1). [131] Die Differenz zeigte sich mit  $p < 0,0001$  deutlich signifikant. Dies spricht wie erwartet dafür, dass die soziale Unterstützung durch Mitschüler von den Probanden unserer Studie signifikant niedriger empfunden wurde. Der Unterschied bei der Teacher support scale zeigte sich nicht signifikant.

#### 6.1.1.5 Resilienz

Zur Erfassung des Schutzfaktors Resilienz wurde die Resilienzskala (RS-25) mit ihren beiden Unterskalen verwendet. [99] Hier lag der Mittelwert der Gesamtskala (RS-Ges) bei 106,78 (SD: 22,9), der Wert der Skala *persönliche Kompetenz* (RS-Komp) bei 77,67 (SD: 16,1) und der Wert der Skala *Akzeptanz des Selbst und des Lebens* (RS-Akz) bei 29,08 (SD: 9,0). Alle drei Skalen unterscheiden sich signifikant von den Werten der Validierungsstichprobe. Dies deutet wie erwartet auf eine deutlich geringere Ausprägung der Resilienz in der Stichprobe unserer Erhebung als in der Allgemeinbevölkerung hin.

**Tab. 29: Resilienz Vergleich mit Validierungsstudie**

	Mittelwert eigene Studie	Standardabweichung eigene Erhebung	Mittelwert Validierungsstichprobe	Standardabweichung Validierungsstichprobe
RS-Komp	77,67	16,056	91,16	15,92
RS-Akz	29,08	8,971	42,61	7,44
RS-Ges	106,78	22,947	135,33	23,665

**Tab. 30: Resilienz: Signifikanz der Unterschiede**

	Differenz	Standardfehler	95% KI	Signifikanzlevel
RS-Komp	13.490	0.868	11.7885 - 15.1915	< 0.0001
RS-Akz	13,530	0,420	12,7062 – 14,3538	< 0.0001
RS-Ges	28,550	1,667	25,2771 – 31,8229	< 0.0001

#### 6.1.1.6 Erziehung

Es wurde der Züricher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten von Reitzle ausgewählt, um die subjektive Wahrnehmung der Probanden auf die elterliche Erziehung abzubilden. Dieser Fragebogen erfasst die Erziehung für Mutter und Vater getrennt in den Skalen *Wärme und Unterstützung*, *psychologischer Druck* und *Regeln und Kontrolle*. [113] Die Ergebnisse der Studie und der Validierungsstichprobe zeigen die Tabellen 32 und 33.

**Tab. 31: Vergleich der Ergebnisse des ZKE der Mutter mit der Validierungsstichprobe**

Mutter				
	Mittelwert eigene Erhebung	SD Mittelwert eigene Erhebung	Mittelwert Validierungsstichprobe	SD Mittelwert Validierungsstichprobe
Wärme und Unterstützung	2,22	0,61	2,24	0,46
psychologischer Druck	0,81	0,57	0,81	0,53
Regeln und Kontrolle	1,55	0,63	1,92	0,58

**Tab. 32: Vergleich der Ergebnisse des ZKE des Vaters mit der Validierungsstichprobe**

Vater				
	Mittelwert eigene Erhebung	SD Mittelwert eigene Erhebung	Mittelwert Validierungsstichprobe	SD Mittelwert Validierungsstichprobe
Wärme und Unterstützung	1,91	0,77	2,07	0,52
psychologischer Druck	0,81	0,57	0,78	0,50
Regeln und Kontrolle	1,34	0,67	1,73	0,61

Hier zeigen sich nur die Unterschiede in der Skala *Regeln und Kontrolle* bei Mutter und Vater und *Wärme und Unterstützung* beim Vater mit  $p < 0,0001$  deutlich statistisch signifikant. Die jugendlichen Probanden, die im Rahmen der Validierungsstichprobe befragt wurden, empfanden also ein höheres Maß an Regeln und Kontrolle bei beiden Elternteilen als die Probanden in unserer Erhebung. Gemäß der Literatur geht ein geringeres Niveau an Regeln und Kontrolle mit einem erhöhten Risiko für externalisierende Störungen einher. Ein höheres Maß an Wärme und Unterstützung wird in der Literatur mit einer geringeren Symptombelastung, einem höheren Selbstwert und einer aktiven Bewältigung von schwierigen Situationen verbunden. [113] Dass diese zumindest beim Vater signifikant geringer ausgeprägt ist, passt also zu den Erwartungen.

**Tab. 33: ZKE: Signifikanz der Unterschiede**

	Differenz	Standardfehler	95% KI	Signifikanzlevel
Wärme und Unterstützung Mutter	0,030	0,031	-0,0310 – 0,0910	0,3347
psychologischer Druck Mutter	0,005	0,033	-0,694 – 0,0598	0,8841
Regeln und Kontrolle Mutter	0,367	0,063	0,2957 – 0,4381	< 0,0001
Wärme und Unterstützung Vater	0,162	0,038	0,0886 - 0,2360	< 0,0001
psychologischer Druck Vater	0,034	0,032	-0,0979 – 0,0293	0,2900
Regeln und Kontrolle Vater	0,394	0,039	0,3177 – 0,4711	< 0,0001

#### 6.1.1.7 Alkohol-, Nikotin-, und Drogenkonsum

In unserer Erhebung gaben 83,1 % der Probanden an, bereits Alkohol probiert zu haben. 10,6 % der Patienten berichten von regelmäßigem Alkoholkonsum. In der aktuellen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2015 haben mit 68,0 % deutlich weniger Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren Alkohol bereits probiert. Der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol konsumieren liegt hier wie in unserer Erhebung bei 10,6 %. [132] Auch in der KiGGs-Studie liegt die Lebenszeitprävalenz von Alkoholkonsum bei den Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren mit 63,4 % niedriger als in unserer Studie. Mit 38,6 % der männlichen und 22,2 % der weiblichen Probanden berichten hier aber deutlich mehr Jugendliche von regelmäßigem Konsum. [91]

In unserer Erhebung berichten 51,5 % der Probanden, noch nie geraucht zu haben. Von den 47,1 % der Probanden, die bereits einige Züge oder eine ganze Zigarette geraucht zu haben, raucht ca. die Hälfte (50,3 %) aktuell überhaupt nicht, 32,8 % aktuell täglich und 16,9 % ab und zu. Das Einstiegsalter für Zigarettenkonsum lag im

Mittel bei 14,08 Jahren (SD: 1,536). Auch hier werden zum Vergleich die Zahlen der aktuellen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herangezogen. Darin berichten mit 77,3 % der 12- bis 17-jährigen Probanden deutlich mehr Jugendliche, noch nie geraucht zu haben. Auch die Zahlen bei gelegentlichem und regelmäßigem Zigarettenkonsum sind deutlich niedriger als in dieser Studie. Das Einstiegsalter für Jugendliche liegt mit 14,8 Jahren höher als in dieser Studie. [132]

Auch beim Thema Konsum von illegalen Drogen unterscheiden sie die Ergebnisse unserer Erhebung von den Werten in der Allgemeinbevölkerung. In unserer Studie berichten 27,1 % von Konsum illegaler Drogen. Am häufigsten ist dabei mit 19,3 % Marihuana konsumiert worden. Die Erhebung der BZgA von 2015 berichtet, dass nur 10,5 % der Befragten bereits illegale Drogen konsumiert haben. Auch hier ist Marihuana mit 9,7 % am häufigsten, aber dennoch deutlich seltener konsumiert worden. [132] Der Konsum von Marihuana ist auch in der KiGGs-Studie untersucht worden. Hier konsumierten 9,2 % der männlichen und 6,2 % der weiblichen Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren Cannabis. [91]

Zusammenfassend zeigt sich, dass deutlich mehr Jugendlichen in unserer Stichprobe bereits sowohl Alkohol, Zigaretten als auch illegale Drogen konsumiert haben als in Studien mit Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung. Dies entspricht der Erwartung, da, wie im theoretischen Hintergrund dargestellt, ein Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und psychosozialen Belastungsfaktoren oder psychischen Erkrankungen in verschiedenen Studien dargestellt werden konnte.

#### 6.1.1.8 *Lebensereignisse*

Mithilfe der Züricher Lebensereignis-Liste wurden positive und negative Erlebnisse in den letzten 12 Monaten abgefragt. Hier wurden maximal 27 Ereignisse genannt, der Median lag bei 8 genannten Ereignissen. Der Belastungswert als Summe aus positiven und negativen Ereignissen erreichte Werte zwischen -36 und +12 mit einem Modalwert von -7 und einem Median bei -9. In der Validierungsstichprobe wurden über 1000 Probanden zwischen 10 und 17 Jahren in 36 Items zu den Lebensereignissen der letzten 12 Monate befragt. Die Probanden nannten hier maximal 23 Ereignisse, der Median lag bei 7 Ereignissen. Obwohl in unserer Studie 4 Items weniger zur Auswahl standen, wurden also im Mittel deutlich mehr Ereignisse genannt. Betrachtet man den Belastungswert werden die Unterschiede noch deutlicher. In der Validierungsstichprobe erreichte dieser Werte von -14 bis +30, der Modalwert lag bei +2 und der Median bei +5. Ein positiver Median des Belastungswert weist hier darauf hin, dass im Mittel die Ereignisse der letzten 12 Monate positiv bewertet werden. Im

Gegensatz dazu ist der Median mit -9 in unserer Erhebung negativ, die Erlebnisse der letzten 12 Monaten werden also im Durchschnitt negativ bewertet.

#### 6.1.1.9 Traumatische Erfahrungen

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit wurden mithilfe des Childhood-Trauma-Questionnaire erfasst. In der Validierungsstichprobe wurden 2010 die Fragebögen von 2500 zufällig ausgewählten Probanden zwischen 14 und 90 Jahren ausgewertet. [116] Wie erwartet zeigen die Mittelwerte der Skalen *emotionaler Missbrauch* (eigene Erhebung: 9,33 (SD:4,57), Validierungsstichprobe: 6,49 (SD: 2,6),  $p < 0,0001$ ) und *sexueller Missbrauch* (eigene Erhebung: 5,69 (SD:2,81), Validierungsstichprobe: 5,45 (SD: 1,66),  $p = 0,0356$ ) in unserer Erhebung signifikant höhere Werte als in der Validierungsstudie. In den restlichen Skalen *körperlicher Missbrauch*, *körperliche Vernachlässigung* und *emotionale Vernachlässigung* ist der Mittelwert der Validierungsstudie erstaunlicherweise signifikant höher als in unserer klinischen Studie. Allerdings wurden die Werte der Jugendlichen Probanden hier mit Allgemeinbevölkerungsdaten von Probanden im Alter von 14 bis 90 Jahren verglichen, was die Interpretierbarkeit der Ergebnisse deutlich einschränkt.

**Tab. 34: CTQ: Vergleich der Ergebnisse mit der Validierungsstichprobe**

	Mittelwert klinische Erhebung	SD klinische Erhebung	Mittelwert Validierungsstichprobe	SD Validierungsstichprobe
Emotionaler Missbrauch	9,33	4,57	6,49	2,60
Körperlicher Missbrauch	5,57	1,74	5,88	2,18
Sexueller Missbrauch	5,69	2,81	5,45	1,66
Emotionale Vernachlässigung	9,47	4,15	10,05	4,23
Körperliche Vernachlässigung	6,59	2,16	8,1	3,00

**Tab. 35: CTQ: Signifikanz der Unterschiede**

	Differenz	Standardfehler	95%-KI	Signifikanzlevel
Emotionaler Missbrauch	- 2,810	0,158	-3,1502 – 2,5298	< 0,0001
Körperlicher Missbrauch	0,310	0,114	0,0871 – 0,5329	0,0064
Sexueller Missbrauch	- 0,240	0,114	-0,4638 - -0,0162	0,0356
Emotionale Vernachlässigung	0,580	0,227	0,1350 – 1,0250	0,0107
Körperliche Vernachlässigung	1,510	0,155	1,2063 – 1,8137	< 0,0001

### 6.1.2 Unterschiede der Ausprägung der einzelnen Faktoren zwischen den Behandlungsdiagnosen

Die zweite Hauptfragestellung bezieht sich auf die Unterschiede in der Ausprägung der verschiedenen Faktoren zwischen den Behandlungsdiagnosen. Hier konnten wie erwartet vor allem bei den Inhalten der Mediennutzung deutliche Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Essstörung gesehen werden. Patienten mit Essstörung schauten signifikant häufiger die Sendung „Germany`s next topmodel“ ( $p < 0,001$ ), ließen sich in der Wahrnehmung ihres eigenen Körpers stärker beeinflussen ( $p < 0,001$ ), verglichen sich häufiger mit den Kandidaten ( $p < 0,001$ ) und fühlten sich durch den Vergleich deutlich schlechter ( $p = 0,003$ ). Außerdem lesen sie signifikant häufiger Mode- ( $p < 0,001$ ) und Fitnessmagazine ( $p = 0,001$ ), verbringen einen deutlich höheren Anteil ihrer Internetnutzung mit Sport- und Fitnessseiten ( $p = 0,000$ ) und vergleichen sich häufiger mit den Bildern aus diesen Magazinen oder Internetseiten ( $p < 0,001$ ).

Vergleicht man die empfundene Unterstützung durch Lehrer und Mitschüler in der Schule, so zeigen sich hier signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit Anorexie und Depression. Patienten, die sich wegen einer Anorexie in stationärer Behandlung befanden, empfanden eine deutlich höhere Unterstützung sowohl durch Lehrer ( $p = 0,049$ ) als auch durch Mitschüler ( $p = 0,0007$ ). Analog dazu geben auch Probanden mit der Behandlungsdiagnose Depression am häufigsten an, bereits Mobbing Erfahrungen gemacht zu haben (17,7 % im Vergleich zu 16,1 % in der Gesamtstichprobe). Die Unterschiede waren hier allerdings nicht signifikant.

Auch beim Schutzfaktor Resilienz zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit den Behandlungsdiagnosen Anorexie und Depression. Hier haben



Anorexiepatienten signifikant höhere Werte in der Gesamtskala der Resilienzskala ( $p=0,001$ ) als auch in der Unterskala *persönliche Kompetenz* ( $p<0,001$ ). Dies kann als Hinweis auf eine signifikant bessere psychische Widerstandsfähigkeit gegen Belastungsfaktoren gesehen werden. In der Unterskala persönliche Kompetenz lassen sich diese Unterschiede auch zwischen den Behandlungsdiagnosen Anorexie und Bulimie darstellen ( $p=0,023$ ).

Beim Thema Nikotin, Alkohol und illegale Drogen zeigt sich, dass Patienten mit der Diagnose Anorexie insgesamt am wenigsten Substanzen konsumieren. Sie rauchen signifikant seltener als Patienten mit Bulimie ( $p<0,001$ ) oder Depression ( $p<0,001$ ), tranken weniger Alkohol als depressive Probanden ( $p=0,009$ ) und konsumierten weniger illegale Drogen als bulimische ( $p=0,038$ ) und depressive Patienten ( $p=0,038$ ). Diese Unterschiede können durch das restriktive Ess- und Konsumverhalten von Patienten mit der Diagnose Anorexie gut erklärt werden. Patienten mit Bulimie konsumierten dagegen überdurchschnittlich häufig illegale Drogen.

Vergleicht man die Werte des Childhood-Trauma-Questionnaire zwischen den einzelnen Behandlungsdiagnosen so fallen bei den Diagnosen Bulimie und Depression in allen Skalen höhere Werte als in der Gesamtstichprobe auf. Statistisch signifikant zeigen sich dabei aber nur die Unterschiede in der Skala *Körperliche Misshandlung* bei Patienten mit Anorexie und Bulimie ( $p=0,006$ ).

### **6.1.3 Auswirkungen der Faktoren auf das Therapieoutcome**

Aufgrund der großen Anzahl an Probanden mit der Behandlungsdiagnose Anorexie wurde die Auswirkung der einzelnen Faktoren auf das Therapieoutcome nur bei diesen Probanden betrachtet. Als Maß für das Outcome wurden zum einen die Differenz des BMI und zum anderen die Differenz des Scores des EDI-2 bei Aufnahme und Entlassung verwendet. Eine positive Differenz sprach für einen Therapieerfolg, die Höhe der Differenz wurde als Maß für den Therapieerfolg angesehen. Bezüglich einer positiven Veränderung des EDI-2 wurden folgende Faktoren signifikant: Differenz BMI zwischen Aufnahme und Entlassung ( $p=0,021$ ), Gesamtwert des Resilienzskala ( $p=0,015$ ), Gesamtwert des Childhood-Trauma-Questionnaire ( $p=0,042$ ), Gefühle beim Betrachten von Mode- und Fitnessmagazinen ( $p=0,013$ ). Patienten mit einer höheren Differenz des BMI, einer höheren angegebenen Resilienz, sowie einer größeren angegebenen Belastung durch traumatische Erlebnisse in der Kindheit und mit als belastender empfundene Gefühlen beim Betrachten von Magazinen zeigten also eine größere Differenz des Scores des EDI-2 zwischen Aufnahme und Entlassung.

Auf die Höhe der Differenz des BMI zwischen Aufnahme und Entlassung haben folgende Faktoren eine positive, statistisch signifikante Auswirkung: Differenz des Scores des EDI-2 ( $p=0,021$ ), die Skala Regeln und Kontrolle der Mutter im Züricher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten ( $p=0,022$ ), sowie die Skala körperliche Vernachlässigung im Childhood-Trauma-Questionnaire ( $p=0,026$ ). Außerdem zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der BMI-Differenz und dem BMI bei Aufnahme ( $p=0,00$ ). Hier sprach ein höherer BMI zu Beginn der Behandlung aber erwartungsgemäß für eine geringere BMI-Differenz.

## 6.2 Limitationen

Während des Erhebungszeitraums wurde versucht, möglichst alle neu aufgenommenen Patienten in die Studie aufzunehmen. Leider konnten aus organisatorischen Gründen nicht alle geeigneten Patienten eingeschlossen werden oder füllten den Fragebogen komplett aus. Außerdem bestand die Studie aus einer reinen Fragebogenerhebung und es gab keinen persönlichen Kontakt zwischen Patienten und Studienmitarbeitern. Somit konnten keine unklaren Items im Fragebogen besprochen werden oder bei unklaren Antworten bei den Probanden nachgefragt werden.

Da die Fragebögen nicht anonymisiert wurden, besteht die Möglichkeit, dass eher sozial erwünschte Antworten gegeben wurden und die Schwere der Belastungsfaktoren somit eher noch unterschätzt wurde.

Einige Belastungsfaktoren wurden durch selbstentwickelte Fragebogenabschnitte abgefragt, da kein validiertes Instrument zur Verfügung stand. Dadurch konnten die Ergebnisse dieser Abschnitte nicht standardisiert ausgewertet werden. Außerdem gab es hierzu keine Normstichprobe, mit der die Ergebnisse unserer Erhebung verglichen werden konnten.

Zu einigen Abschnitten gab es keine Allgemeinbevölkerungsdaten speziell für Jugendliche. Beim Vergleich der Ergebnisse des Schutzfaktors Resilienz wurden beispielsweise für die beiden Unterskalen persönliche Kompetenz und Akzeptanz des Selbst und des Lebens die Werte aus der Validierungsstichprobe mit ca. 2000 Personen im Alter von 14 bis 95 herangezogen. Nur für den Gesamtsummenwert standen Werte von Probanden im Alter von 14 bis 30 Jahren zur Verfügung. [99] Auch beim Vergleich der Werte des CTQ standen keine Werte speziell für Jugendliche

im Alter von 13 bis 18 zur Verfügung.[116] Dies führt zu einer erschwerten Interpretation dieser Ergebnisse.

### **6.3 Ausblick**

Die Untersuchung konnte wichtige Erkenntnisse zur Ausprägung von Risikofaktoren und der Resilienz als Schutzfaktor bei Jugendlichen, die sich in stationärer Behandlung befanden, liefern. In dieser Studie wurde zudem unserer Recherche nach zum ersten Mal die Auswirkung verschiedenster Faktoren auf das Therapieoutcome bei Jugendlichen untersucht. Deshalb konnten die Effekte von einzelnen Faktoren auf das Outcome nicht mit Ergebnissen aus anderen Studien verglichen werden.

Es konnte bestätigt werden, dass sich die Ausprägung der meisten Risikofaktoren in der Stichprobe deutlich von der Schwere in der Allgemeinbevölkerung unterscheidet und dass die Resilienz als Schutzfaktor bei unseren Probanden deutlich geringer ausgeprägt war.

Außerdem zeigt sich, dass sich sowohl ein Aufwachsen bei verheirateten oder zusammen lebenden Eltern als auch eine Erziehung mit hoher elterlicher Kontrolle positiv auf das Therapieoutcome auswirkt. Das würde dafür sprechen, im Rahmen der Behandlung einen stärkeren Fokus auf die Einbindung der Familie zu legen und gezielte Unterstützung für Eltern jugendlicher Patienten anzubieten.

Auch Mobbing Erfahrungen haben als Belastungsfaktor in unserer Studie einen signifikanten Einfluss auf das Therapieoutcome. Dies könnte zu der Empfehlung führen, intensivere Prävention und Aufklärung gegen Mobbing zu betreiben, da dies sowohl ein Risikofaktor für die Entstehung als auch ein hemmender Faktor in der Behandlung von psychischen Erkrankungen sein könnte.

Unsere Ergebnisse zeigen zudem, dass das Therapieoutcome mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit zusammenhängt. Das könnte darauf hinweisen, diese Erfahrungen stärker in die Therapie einzubeziehen und als einen Kernpunkt der Therapie zu bearbeiten.

In weiteren Studien würde sich zum einen eine systematische Erhebung von Risiko- und Schutzfaktoren in größeren Stichproben sowohl von psychisch erkrankten Probanden als auch von Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung anbieten, um die Auswirkung dieser Faktoren besser untersuchen und mit noch höherem Erkenntnisgrad bewerten zu können. Zum anderen wäre eine noch genauere

Untersuchung der Auswirkungen dieser Faktoren auf das Outcome einer Therapie wichtig. Dies könnte zu einem noch besseren Verständnis führen, auf welche Belastungsfaktoren in der Therapie ein besonderer Fokus gelegt werden sollte und welche Jugendlichen besonders von Präventions- und Therapiekonzepten profitieren könnten.

## 7 Zusammenfassung

Aktuell betrachtet man die Entstehung psychischer Erkrankungen als ein multifaktorielles, biopsychosoziales Modell. Dies kann als Wechselspiel zwischen verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren angesehen werden. Als Risiko- oder Schutzfaktoren werden alle Bedingungen bezeichnet, die die psychische Gesundheit beeinflussen können.

In dieser Studie wurde die Ausprägung verschiedener, aus der Literatur bekannter psychosozialer Risikofaktoren und des Schutzfaktors Resilienz bei Jugendlichen, die sich in stationärer Behandlung befinden, untersucht. Zudem wurde überprüft, wie sich die Ausprägungen der einzelnen Faktoren zwischen den verschiedenen Behandlungsdiagnosen unterscheiden und welcher Effekt auf das Therapieoutcome besteht.

Anhand eines Fragebogensets aus verschiedenen standardisierten und selbst entwickelten Abschnitten wurden diese Faktoren an einer Stichprobe von 414 Patienten im Alter von 12 bis 19 Jahren erhoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass die einzelnen Risikofaktoren bei den Probanden in unserer Stichprobe wie erwartet zum Großteil stärker ausgeprägt sind als in der Allgemeinbevölkerung und die Resilienz als Schutzfaktor deutlich geringere Werte aufweist. Besonders große Unterschiede zeigten sich in den Bereichen klassisches Mobbing, belastende Lebensereignisse, Substanzkonsum und dem Schutzfaktor Resilienz. Bezüglich der verschiedenen Ausprägung der Faktoren zwischen den Diagnosen zeigten sich bei vielen Faktoren signifikante Unterschiede, beispielsweise zwischen Patienten mit und ohne Essstörung bei den Inhalten der Mediennutzung und der Beeinflussung der eigenen Selbstwahrnehmung. Auch ein Zusammenhang zwischen einzelnen Faktoren und dem Therapieoutcome bei Anorexiepatienten konnte bestätigt werden.

Die Ergebnisse der Erhebung bestätigen die Grundhypothese dieser Arbeit und lassen wie erwartet darauf schließen, dass psychosoziale Risikofaktoren und der Schutzfaktor Resilienz für die Entstehung und den Verlauf einer psychischen Erkrankung von großer Bedeutung sind. Dabei lassen sich zum Teil Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosen und Auswirkungen auf den Therapieerfolg feststellen. Bezüglich des Zusammenhangs mit dem Outcome zeigt sich die Wichtigkeit weiterer Untersuchungen, da es insbesondere für Jugendliche nur wenige Studien gibt.

## 8 Literaturverzeichnis

1. Döpfner, M., *Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen*, in *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. 2013, Petermann, F. (Hrsg.): Göttingen. p. 31-56.
2. Steinhausen, H.-C., *KAPITEL 2 - Definition, Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, in *Psychische Störungen Bei Kindern und Jugendlichen (7., neu bearbeitete und erweiterte Auflage)*. 2010, Urban & Fischer: Munich. p. 23-35.
3. Barkmann, C. and M. Schulte-Markwort, *Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick*. *Psychiat Prax*, 2004. **31**(06): p. 278-287.
4. Remschmidt, H., *Der Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, in *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. I.*, H. Remschmidt and M.H. Schmidt, (Hrsg.), Editors. 1988: Thieme, Stuttgart. p. 143-152.
5. Weyerer, S. and H. Bickel, *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. 1. Auflage ed. 2007, Stuttgart.
6. Petermann, F., *Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. *Kindheit und Entwicklung*, 2005. **14**(1): p. 48-57.
7. Ford, T., R. Goodman, and H. Meltzer, *The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. **42**(10): p. 1203-11.
8. Meltzer, H., et al., *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. *International Review of Psychiatry*, 2003. **15**(1-2): p. 185-187.
9. Merikangas, K.R., et al., *Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A)*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2010. **49**(10): p. 980-9.
10. Kessler, R.C., et al., *Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication adolescent supplement*. *Archives of General Psychiatry*, 2012. **69**(4): p. 372-380.
11. Kessler, R.C., et al., *Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A)*. *Psychol Med*, 2012. **42**(9): p. 1997-2010.
12. Ravens-Sieberer, U., et al., *The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2008. **17 Suppl 1**: p. 10-21.
13. Ravens-Sieberer, U., et al., *[Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2007. **50**(5-6): p. 871-8.
14. Barkmann, C. and M. Schulte-Markwort, *Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis*. *J Epidemiol Community Health*, 2012. **66**(3): p. 194-203.
15. Ihle, W. and G. Esser, *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. *Psychologische Rundschau*, 2002. **53**(4): p. 159-169.
16. Esser, G., et al., *Die Kurpfalzerhebung - Ziele, Methoden und bisherige Ergebnisse*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 2000. **29**(4): p. 233-245.
17. Esser, G., et al., *Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 2000. **29**(4): p. 276-283.
18. Kim-Cohen, J., et al., *Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort*. *Archives of General Psychiatry*, 2003. **60**(7): p. 709-717.

19. Hintzpeter, B., et al., *Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten*. *Kindheit und Entwicklung*, 2014. **23**(4): p. 229-238.
20. Wittchen, H.-U. (2000). "Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen". *Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
21. Burgess, P.M., et al., *Service Use for Mental Health Problems: Findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009. **43**(7): p. 615-623.
22. Slade, T., et al., *2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: Methods and Key Findings*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009. **43**(7): p. 594-605.
23. Wang, P.S., et al., *Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication*. *Archives of General Psychiatry*, 2005. **62**(6): p. 603-613.
24. Lambert, M., et al., *[Mental health of children, adolescents and young adults--part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences]*. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2013. **81**(11): p. 614-27.
25. G. Schüßler and A. Brunbauer, *Psychologische Grundlagen psychischer Erkrankungen*, in *Psychiatrie und Psychotherapie*, H.-J. Möller, G. Laux, and H.-P.H. Kapfhammer, Editors. 2008: Heidelberg. p. 228-265.
26. Lippke, S. and B. Renneberg, *Konzepte von Gesundheit und Krankheit*, in *Gesundheitspsychologie*. 2006, Renneberg, Babette, Hammelstein, Philipp (Hrsg.): Springer Verlag, Heidelberg. p. 7-12.
27. Steinhausen, H.-C., *KAPITEL 3 - Ätiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, in *Psychische Störungen Bei Kindern und Jugendlichen (7., neu bearbeitete und erweiterte Auflage)*. 2010, Urban & Fischer: Munich. p. 37-53.
28. Laucht, M., G. Esser, and M.H. Schmidt, *Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 2000. **29**(4): p. 246-262.
29. Wille, N., S. Bettge, and U. Ravens-Sieberer, *Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2008. **17**: p. 133-147.
30. McLaughlin, K.A., et al., *Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of us adolescents*. *Archives of General Psychiatry*, 2012. **69**(11): p. 1151-1160.
31. Kraemer, H., et al., *Coming to terms with the terms of risk*. *Archives of General Psychiatry*, 1997. **54**(4): p. 337-343.
32. Rutter, M., *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1987. **57**(3): p. 316-331.
33. Scheithauer, H. and F. Petermann, *Überblicksarbeit Prädiktion aggressiv/dissozialen Verhaltens: Entwicklungsmodelle, Risikobedingungen und Multiple-Gating-Screening*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2002. **10**(3): p. 121-140.
34. Kazdin, A.E., et al., *Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology*. *Clinical Psychology Review*, 1997. **17**(4): p. 375-406.
35. Pine, D.S. and N.A. Fox, *Childhood antecedents and risk for adult mental disorders*. *Annu Rev Psychol*, 2015. **66**: p. 459-85.
36. Shanahan, L., et al., *Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents*. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008. **49**(1): p. 34-42.

37. Oldehinkel, A.J. and J. Ormel, *A longitudinal perspective on childhood adversities and onset risk of various psychiatric disorders*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2015. **24**(6): p. 641-50.
38. Cyranowski, J.M., et al., *Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model*. Archives of General Psychiatry, 2000. **57**(1): p. 21-27.
39. Thomas, A. and S. Chess, *Temperament und Entwicklung*. 1980, Stuttgart: Enke.
40. Petermann, U. and F. Petermann, *Erziehungskompetenz*. Kindheit und Entwicklung, 2006. **15**(1): p. 1-8.
41. Baumrind, D., *Parenting Styles and adolescent development*, in *Encyclopedia of adolescence 2*, P.A. Lerner RM, Brooks-Gunn J (eds), Editor. 1991: Garland, New York. p. 746-758.
42. Steinberg, L., *We Know Some Things: Parent-Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect*. Journal of Research on Adolescence, 2001. **11**(1): p. 1-19.
43. Campbell, S.B., *Behavior Problems in Preschool Children: Clinical and Developmental Issues (2nd ed)*. 2002, New York: Guilford.
44. Pettit, G.S., et al., *Antecedents and Behavior-Problem Outcomes of Parental Monitoring and Psychological Control in Early Adolescence*. Child Dev, 2001. **72**(2): p. 583-598.
45. Micco, J.A., et al., *Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: a meta-analysis*. J Anxiety Disord, 2009. **23**(8): p. 1158-64.
46. Myrna M. Weissman, P.D., et al., *Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later*. American Journal of Psychiatry, 2006. **163**(6): p. 1001-1008.
47. Richters J. and W. S., *Beyond diathesis: Toward an understanding of high-risk environments*, in *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Rolf J. and e. al., Editors. 1990: Cambridge University Press, New York. p. 67-96.
48. Roustit, C., et al., *Exploring mediating factors in the association between parental psychological distress and psychosocial maladjustment in adolescence*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2010. **19**(7): p. 597-604.
49. Östman, M. and L. Hansson, *Children in families with a severely mentally ill member*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2002. **37**(5): p. 243-248.
50. Esbjorn, B.H., et al., *Child and adolescent psychiatry and family status: a nationwide register-based study*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2008. **17**(8): p. 484-90.
51. Sünderhauf, H., *Kapitel: Scheidungsfolgen für Kinder*, in *Wechselmodell: Psychologie – Recht – Praxis: Abwechselnde Kinderbetreuung durch Eltern nach Trennung und Scheidung*. 2013, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. p. 211-259.
52. Franz, M. and H. Lensche, *Allein erziehend - allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungstichprobe*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2003. **49**(2): p. 115-138.
53. Pakenham, K.I., et al., *The psychosocial impact of caregiving on young people who have a parent with an illness or disability: Comparisons between young caregivers and noncaregivers*. Rehabilitation Psychology, 2006. **51**(2): p. 113-126.
54. Ireland, M.J. and K.I. Pakenham, *Youth adjustment to parental illness or disability: the role of illness characteristics, caregiving, and attachment*. Psychol Health Med, 2010. **15**(6): p. 632-45.
55. Goodyer, I., I. Kolvin, and S. Gatzanis, *Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence*. British Journal of Psychiatry, 1985. **174**: p. 517-523.
56. Kanner, A.D., et al., *Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts Versus Major Life Events*. Journal of Behavioral Medicine, 1981. **4**(1): p. 1-39.



57. Goodyer, I., C. Wright, and P. Altham, *The friendships and recent life events of anxious and depressed schoolage children*. British Journal of Psychiatry, 1990. **156**: p. 689- 698.
58. Garnefski, N., V. Kraaij, and P. Spinhoven, *Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems*. Personality and Individual Differences, 2001. **30**(8): p. 1311-1327.
59. Agid, O., Y. Kohn, and B. Lerer, *Environmental stress and psychiatric illness*. Biomedicine & Pharmacotherapy, 2000. **54**(3): p. 135-141.
60. Wilhelm, K., P. Mitchell, and H. Niven, *Life events, first depression onset and the serotonin transporter gene*. British Journal of Psychiatry, 2006. **188**: p. 210-215.
61. Chen, L.P., et al., *Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis*. Mayo Clin Proc, 2010. **85**(7): p. 618-29.
62. Cicchetti, D. and F.A. Rogosch, *A developmental psychopathology perspective on adolescence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2002. **70**(1): p. 6-20.
63. Ullman, S.E., *Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors*. J Child Sex Abus, 2007. **16**(1): p. 19-36.
64. Kim, J., et al., *Child maltreatment and trajectories of personality and behavioral functioning: implications for the development of personality disorder*. Dev Psychopathol, 2009. **21**(3): p. 889-912.
65. Carlson, E.A., B. Egeland, and L.A. Sroufe, *A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms*. Dev Psychopathol, 2009. **21**(4): p. 1311-34.
66. Ottová-Jordan, V., et al., *Psychische Gesundheit und Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern, in Schule und Gesundheit - Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys "Health Behaviour in School-aged Children"*, L. Bilz, G. Sudeck, and J.H. Bucksch, Editors. 2016, Beltz Juventa: Weinheim. p. 48-64.
67. Bilz, L., *Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11-bis 15-Jährigen*. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 2013. **60**(Preprint 2013).
68. Eriksson, U. and E. Sellstrom, *School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: a multilevel study*. Scand J Public Health, 2010. **38**(4): p. 344-50.
69. Ritter, M., L. Bilz, and W. Melzer, *Schulische und außerschulische Unterstützung als Ressource für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern, in Schule und Gesundheit - Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys "Health Behaviour in School-aged Children"*, m. Richter, Editor. 2016. p. 181-199.
70. Olweus, D., *Mobbing in Schulen: Fakten und Intervention, in Jugendhilfe und Schule: Handbuch für eine gelingende Kooperation*, A. Henschel, et al., Editors. 2008, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. p. 247-266.
71. Dickow, B., et al., *Stressverarbeitung, psychische Auffälligkeiten und Bullying bei Jungen*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2009. **58**(2): p. 125-138.
72. Gini, G. and T. Pozzoli, *Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis*. Pediatrics, 2009. **123**(3): p. 1059-65.
73. Riebel, J. and R.S. Jäger, *Klassifikation von Cyberbullying - Eine empirische Untersuchung zu einem Kategoriensystem für die Spielarten virtueller Gewalt*. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 2009. **4**(2): p. 233-240.
74. Petermann, F. and N.v. Marées, *Cyber-Mobbing: Eine Bestandsaufnahme*. Kindheit und Entwicklung, 2013. **22**(3): p. 145-154.
75. Monks, C.P., S. Robinson, and P. Worlidge, *The emergence of cyberbullying: A survey of primary school pupils' perceptions and experiences*. School Psychology International, 2012. **33**(5): p. 477-491.
76. Sourander, A., et al., *Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study*. Archives of General Psychiatry, 2010. **67**(7): p. 720-728.

77. Litwiler, B.J. and A.M. Brausch, *Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use*. J Youth Adolesc, 2013. **42**(5): p. 675-84.
78. *Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs): JIM-Studie 2017. Jugend, Information, (Multi-)Media*. Stuttgart 2017.
79. Lampert, T., R. Sygusch, and R. Schlack, *[Use of electronic media in adolescence. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 643-52.
80. Morrison, C.M. and H. Gore, *The relationship between excessive Internet use and depression: a questionnaire-based study of 1,319 young people and adults*. Psychopathology, 2010. **43**(2): p. 121-6.
81. Kappos, A.D., *The impact of electronic media on mental and somatic children's health*. Int J Hyg Environ Health, 2007. **210**(5): p. 555-62.
82. Ekinci, Ö., et al., *Association Between Internet Use and Sleep Problems in Adolescents*. Arch Neuropsychiatr, 2014. **51**: p. 122-128.
83. King, D.L., et al., *Sleep Interference Effects of Pathological Electronic Media Use during Adolescence*. International Journal of Mental Health and Addiction, 2013. **12**(1): p. 21-35.
84. Casiano, H., et al., *Media Use and Health Outcomes in Adolescents: Findings from a Nationally Representative Survey*. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012. **21**(4): p. 296-301.
85. Götz, M., C. Mendel, and S. Malewski, *»Dafür muss ich nur noch abnehmen« Die Rolle von Germany's next topmodel und anderen Fernsehsendungen bei psychosomatischen Essstörungen*. Television, 2015. **28**(1): p. 61-67.
86. Derenne, J.L. and E.V. Beresin, *Body Image, Media, and Eating Disorders*. Academic Psychiatry, 2006. **30**(3): p. 257-261.
87. Groesz, L., M. Levine, and S. Murnen, *The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review*. The International Journal Of Eating Disorders, 2002. **31**(1): p. 1-16.
88. Bell, B.T. and H. Dittmar, *Does Media Type Matter? The Role of Identification in Adolescent Girls' Media Consumption and the Impact of Different Thin-Ideal Media on Body Image*. Sex Roles, 2011. **65**(7-8): p. 478-490.
89. Goodwin, H., E. Haycraft, and C. Meyer, *Sociocultural risk factors for compulsive exercise: a prospective study of adolescents*. Eur Eat Disord Rev, 2014. **22**(5): p. 360-5.
90. Juarez, L., E. Soto, and M.E. Pritchard, *Drive for muscularity and drive for thinness: the impact of pro-anorexia websites*. Eat Disord, 2012. **20**(2): p. 99-112.
91. Lampert, T. and M. Thamm, *[Consumption of tobacco, alcohol and drugs among adolescents in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 600-8.
92. Moor, I., et al., *Tabak-, Alkohol- und Cannabis Konsum im Jugendalter, in Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys "Health Behaviour in School-aged Children"*, L. Bilz, G. Sudeck, and J.H. Bucksch, Editors. 2016, Beltz Juventa: Weinheim. p. 65-83.
93. Steinhausen, H.-C., S. Eschmann, and C.W. Metzke, *Continuity, psychosocial correlates, and outcome of problematic substance use from adolescence to young adulthood in a community sample*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2007. **1**: p. 12-12.
94. Federman, E.B., et al., *Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and American Indian young adolescents the Great Smoky Mountains Study*. Drug and Alcohol Dependence, 1997. **44**(2): p. 69-78.

95. Hinckers, A., et al., *[Alcohol consumption in adolescence--social and individual influential factors]*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 2005. **33**(4): p. 273-82; quiz 283-4.
96. Arseneault, L., et al., *Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence*. British Journal of Psychiatry, 2004. **184**(2): p. 110-117.
97. Gibbs, M., et al., *Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis*. J Affect Disord, 2015. **171**: p. 39-47.
98. Patton, G.C., et al., *Cannabis use and mental health in young people: cohort study*. BMJ, 2002. **325**(7374): p. 1195-1198.
99. Schumacher, J., et al., *Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal*. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 2005. **53**(1): p. 16-39.
100. Holtmann, M. and M.H. Schmidt, *Resilienz im Kindes- und Jugendalter*. Kindheit und Entwicklung, 2004. **13**(4): p. 195-200.
101. Block, J.H. and J. Block, *The role of ego-control and ego-resilience in the organization of behavior*, in *Development of cognition, affect and social relations*, W.A. Collins, Editor. 1980: Hillsdale, NJ: Erlbaum. p. 39-101.
102. Leipold, B. and W. Greve, *Resilience. A Conceptual Bridge Between Coping and Development*. European Psychologist, 2009. **14**(1): p. 40-50.
103. Campbell-Sills, L., S.L. Cohan, and M.B. Stein, *Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults*. Behav Res Ther, 2006. **44**(4): p. 585-99.
104. Davidson, R.J., *Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity*. American Psychologist, 2000. **55**(11): p. 1196-1214.
105. Bonanno, G.A., *Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?* American Psychologist, 2004. **59**(1): p. 20-28.
106. Friborg, O., et al., *Resilience as a moderator of pain and stress*. J Psychosom Res, 2006. **61**(2): p. 213-9.
107. Bundeszentrale für politische Bildung, (2016). "Datenreport 2016". 2016.
108. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/HaushalteFamilien.html> [13.11.2017].
109. Stahl-von Zabern, J., *Scheidungsbewältigung bei fünf- bis neunjährigen Kindern unter Berücksichtigung der Belastungssituation und der vorhandenen Bewältigungsressourcen*, in *Dissertation*. 2011: Universität Koblenz-Landau.
110. Jäger, R.S., et al., *Mobbing bei Schülerinnen und Schülern in der Bundesrepublik Deutschland. Eine empirische Untersuchung auf der Grundlage einer Online-Befragung*. Zentrum für empirische pädagogische Forschung
111. *Ich, Du, Wir - Wie gehen wir miteinander um? Fragebogen zum Thema Mobbing und Gewalt* ([www.bpb.de/lernen/grafstat/Mobbing/46588/m-04-01.fragebogen-mobbing-und-gewalt](http://www.bpb.de/lernen/grafstat/Mobbing/46588/m-04-01.fragebogen-mobbing-und-gewalt)) [15.12.2017].
112. Torsheim, T., B. Wold, and O. Samdal, *The Teacher and Classmate Support Scale*. School Psychology International, 2000. **21**(2): p. 195-212.
113. Reitzle, M., C.W. Metzke, and H.-C. Steinhausen, *Eltern und Kinder: Der Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE)*. Diagnostica, 2001. **47**(4): p. 196-207.
114. Müller R, Abbet JP. *Veränderung im Konsum legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Trenduntersuchung bei 11-16 jährigen Schülern unter Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO Europe)*. [Changing trends in the consumption of legal and illegal drugs by 11-16-year-old adolescent pupils. Findings from a study conducted under the auspices of the World Health Organisation

- (WHO Europe) Lausanne , Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme. [Swiss Professional Service for Alcohol Problems]; 1991.
115. Steinhausen, H.-C. and C.W. Metzke, *Die Zürcher Lebensereignis-Liste (ZLEL): Ergebnisse einer Schweizer epidemiologischen Untersuchung*. Kindheit und Entwicklung, 2001. **10**(1): p. 47-55.
  116. Klinitzke, G., et al., [The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2012. **62**(2): p. 47-51.
  117. Thiel, A., et al., *Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI-2*. Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 1997. **47**: p. 365-376.
  118. Schäfer, M., *Mobbing unter Schülern: Phänomenologie, Dynamik und Ansätze zur Prävention/Intervention.*, in *Enzyklopädie der Angewandten Entwicklungspsychologie*. 2008, Petermann, F., Schneider, W.: Göttingen: Hogrefe. p. 521-546.
  119. Torsheim, T. and B. Wold, *School-Related Stress, School Support, and Somatic Complaints: A General Population Study*. *Journal of Adolescent Research*, 2001. **16**(3): p. 293-303.
  120. Torsheim, T., L.E. Aaroe, and B. Wold, *School-related stress, social support, and distress: Prospective analysis of reciprocal and multilevel relationships*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2003. **44**(2): p. 153-159.
  121. Bronfenbrenner, U., *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. 1979, Harvard University Press, Cambridge, MA.
  122. Schwarz, J.C., M.L. Barton-Henry, and T. Pruzinsky, *Assessing Child-rearing Behaviors: A Comparison of Ratings Made by Mother, Father, Child, and Sibling on the CRPBI*. *Child Development*, 1985. **56**(2): p. 462.
  123. Bernstein, D.P. and e. al., *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect*. *American Journal of Psychiatry*, 1994. **151**(8): p. 1132-1136.
  124. Salbach-Andrae, H., et al., [Psychometric properties of the Eating Disorder Inventory (EDI-2) in adolescents]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 2010. **38**(3): p. 219-28.
  125. *Media Perspektiven Basisdaten 2016 unter: <http://www.ard-werbung.de/media-perspektiven/basisdaten/> [07.01.2018]*.
  126. Koch, W. and B. Frees, *ARD/ZDF-Onlinestudie 2017: Neun von zehn Deutschen online*. MP, 2017. **9**: p. 434-446.
  127. Oertel, L., W. Melzer, and N. Schmechtig, *Gewalt und Mobbing im Schulkontext und dessen Folgen für die Gesundheit*, in *Schule und Gesundheit - Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey* "Health Behaviour in School-aged Children", L. Bilz, G. Sudeck, and J.H. Buchsch, Editors. 2016, Beltz Juventa: Weinheim. p. 222-245.
  128. Schlack, R. and H. Holling, [Children's and adolescents' experiences of violence based on subjective self-reporting. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2007. **50**(5-6): p. 819-26.
  129. Sitzer, P., et al., *Ergebnisbericht der Online-Studie "Cyberbullying bei Schülerinnen und Schülern"*.
  130. Leest, U. and C. Schneider, *Cyberlife II Spannungsfeld zwischen Faszination und Gefahr - Cybermobbing bei Schülerinnen und Schülern*. Bündnis gegen Cybermobbing, 2017.
  131. Ritter, M., L. Bilz, and W. Melzer, *Schulische und außerschulische Unterstützung als Ressource für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern*, in *Schule und Gesundheit - Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey* "Health Behaviour in School-aged Children", L. Bilz, G. Sudeck, and J.H. Buchsch, Editors. 2016, Beltz Juventa: Weinheim. p. 181-199.
  132. Orth, B., *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und*

*Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2016.*

## 9 Anhang

### 9.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Biopsychosoziales Modell (adaptiert nach: Lippke, 2006, Konzepte von Gesundheit und Krankheit, [26]) .....	18
Abb. 2: Multifaktorielle Ätiologie psychischer Erkrankungen (adaptiert nach: Steinhausen, 2010, Ätiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, [27]) .....	19
Abb. 3: Geschlechtsverteilung .....	34
Abb. 4: Häufigkeitsverteilung: Wohnsituation .....	36
Abb. 5: Häufigkeit der Summe der Belastungen.....	49
Abb. 6: Häufigkeit der Summe der Belastungen durch somatische und psychische Erkrankungen .....	49
Abb. 7: Besitz einzelner Medien.....	50
Abb. 8: Häufigkeitsverteilung: Regelmäßiges Anschauen von GNTM .....	51
Abb. 9: Häufigkeitsverteilung Beeinflussung der Körperwahrnehmung .....	52
Abb. 10: Häufigkeitsverteilung Vergleich mit Kandidatinnen.....	52
Abb. 11: Häufigkeitsverteilung Gefühle bei Vergleich mit Kandidatinnen .....	53
Abb. 12: Häufigkeitsverteilung Nutzung von ProAna/ProMia Internetseiten .....	53
Abb. 13: Häufigkeitsverteilung Lesen von Mode- und Fitnessmagazinen.....	54
Abb. 14: Häufigkeitsverteilung Anteil von Sport-/Fitnessseiten an der Internetnutzung	54
Abb. 15: Häufigkeitsverteilung Vergleich mit Bildern aus Zeitschriften/Internetseiten ..	55
Abb. 16: Häufigkeitsverteilung Gefühl bei Vergleich.....	55
Abb. 17: Häufigkeitsverteilung: Mobbing Erfahrungen in der Vergangenheit .....	56
Abb. 18: Häufigkeitsverteilung aktuelle Dauer des körperlichen Mobbings.....	57
Abb. 19: Häufigkeitsverteilung körperliches Mobbing .....	57
Abb. 20: Häufigkeitsverteilung aktuelle Dauer verbales Mobbing .....	58
Abb. 21: Häufigkeitsverteilung Häufigkeit verbales Mobbing insgesamt.....	58
Abb. 22: Häufigkeitsverteilung aktuelle Dauer psychische Gewalt .....	59
Abb. 23: Häufigkeitsverteilung Häufigkeit psychische Gewalt insgesamt .....	59
Abb. 24: Häufigkeitsverteilung: Motiv, Täter zu werden.....	60
Abb. 25: Häufigkeitsverteilung: Erfahrungen mit Cybermobbing in der Vergangenheit	61
Abb. 26: Häufigkeitsverteilung: Dauer Cybermobbing .....	62
Abb. 27: Häufigkeitsverteilung: Häufigkeit Cybermobbing .....	62
Abb. 28: Häufigkeitsverteilung: Fehlzeiten .....	63
Abb. 29: Häufigkeitsverteilung: Gründe für Fehlzeiten .....	64
Abb. 30: Häufigkeitsverteilung: Rauchverhalten.....	69

Abb. 31: Häufigkeitsverteilung: aktuelles Rauchverhalten.....	69
Abb. 32: Häufigkeitsverteilung: Alkoholkonsum.....	70
Abb. 33: Häufigkeitsverteilung: Rauschtrinken.....	71
Abb. 34: Häufigkeitsverteilung: Gründe von Alkoholkonsum.....	72
Abb. 35: Häufigkeitsverteilung: Häufigkeit des Drogenkonsums.....	73
Abb. 36: Häufigkeitsverteilung: Anzahl genannter Ereignisse.....	74
Abb. 37: Häufigkeitsverteilung: Belastungswert.....	74
Abb. 38: Korrelationsgraphik Differenz des EDI-2 und Resilienzskala.....	78
Abb. 39: Korrelationsgraphik: Differenz des EDI-2 und CTQ.....	78
Abb. 40: Korrelationsgraphik: Differenz des EDI-2 und des BMI.....	79
Abb. 41: Korrelationsgraphik: Differenz des BMI und des EDI-2.....	79
Abb. 42: Korrelationsgraphik: Differenz des BMI und des BMI bei Aufnahme.....	79
Abb. 43: Korrelationsgraphik: Differenz des BMI und einer Skala aus dem ZKE.....	80

## 9.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Behandlungsdiagnose.....	34
Tab. 2: Wohnsituation.....	35
Tab. 3: Schulart.....	36
Tab. 4: Zusammenfassung Fragebogenset.....	37
Tab. 5: Emotionale Reaktion auf Scheidung.....	44
Tab. 6: Ergebnisse des Fragebogens zur Emotionalen Scheidungsverarbeitung.....	45
Tab. 7: Ergebnistabelle: neue Partner in der Familie.....	46
Tab. 8: Häufige somatische Erkrankungen in der Familie.....	47
Tab. 9: Häufige psychische Erkrankungen in der Familie.....	47
Tab. 10: Belastungen durch Krankheiten in der Familie.....	48
Tab. 11: Dauer der Mediennutzung.....	51
Tab. 13: Häufigkeitsverteilung: Mobbingtäter.....	60
Tab. 14: Häufigkeitsverteilung: Wiederholung von Klassenstufen.....	64
Tab. 15: Häufigkeitsverteilung: Gründe für Wiederholen einer Klassenstufe.....	65
Tab. 16: Häufigkeitsverteilung: persönliche Einstellungen zur Schule.....	65
Tab. 17: Unterschiede in der Unterstützung durch Lehrer und Schüler bei Anorexie und Depression.....	66
Tab. 18: Mittelwert und Summe der Academic Stress Subscale und High Academic Expectation Subscales.....	66
Tab. 19: Häufigkeitsverteilung: Einzelne Items.....	67
Tab. 20: Ergebnisse Resilienzskala und Unterskalen.....	67
Tab. 21: Ergebnisse ZKE Mutter.....	68

Tab. 22: Ergebnisse ZKE Vater .....	68
Tab. 23: Häufigkeitsverteilung: Anzahl der täglichen Zigaretten .....	70
Tab. 24: Häufigkeitsverteilung: Konsum einzelner Alkoholika .....	71
Tab. 25: Häufigkeitsverteilung: Konsum illegaler Drogen .....	72
Tab. 26: Häufigkeitsverteilung: Häufigkeit und Empfindung zu Items der ZLEL.....	75
Tab. 27: Ergebnisse Unterskalen des CTQ.....	76
Tab. 28: Mobbingerfahrungen: Vergleich mit HBSC und KiGGs .....	82
Tab. 29: Cybermobbing: Vergleich mit IKG und Bündnis gegen Cybermobbing.....	83
Tab. 30: Resilienz Vergleich mit Validierungsstudie .....	84
Tab. 31: Resilienz: Signifikanz der Unterschiede .....	84
Tab. 32: Vergleich der Ergebnisse des ZKE der Mutter mit der Validierungsstichprobe .....	84
Tab. 33: Vergleich der Ergebnisse des ZKE des Vaters mit der Validierungsstichprobe .....	84
Tab. 34: ZKE: Signifikanz der Unterschiede.....	85
Tab. 35: CTQ: Vergleich der Ergebnisse mit der Validierungsstichprobe .....	87
Tab. 36: CTQ: Signifikanz der Unterschiede .....	88

### 9.3 Abkürzungsverzeichnis

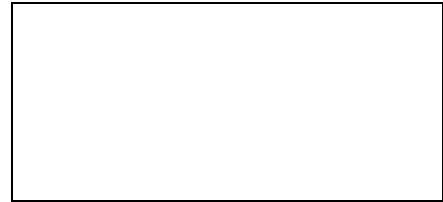
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CTQ	Childhood-Trauma-Questionnaire
DUI	Duration of Untreated Illness
IKG	Institut für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung
NCS-A	National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement
WHO	World Health Organization
ZLEL	Züricher Lebensereignis-Liste



## 9.4 Fragebogenset



Roseneck



# Aufnahmefragebogen zu psychosozialen Faktoren für Jugendliche

Liebe Patientin, lieber Patient,

in diesem Fragebogen bitten wir Sie um Informationen zu möglichen Faktoren in Ihrem Leben, die eine Rolle bei der Entstehung oder der Aufrechterhaltung Ihrer Erkrankung gespielt haben oder spielen könnten (z.B. schwierige Situationen in Schule, mit Freunden oder der Familie). Wir fragen auch nach Ihren persönlichen Stärken.

Wir bitten Sie, alle Fragen sorgfältig und ehrlich zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns, Sie und Ihre Probleme zu verstehen und mit Ihnen gemeinsam einen Weg zu finden, Ihre Erkrankung zu überwinden.

Falls Sie beim Ausfüllen des Fragebogens Fragen haben oder Ihnen die Beantwortung schwer fallen sollte, wenden Sie sich bitte jederzeit an Ihre Therapeutin oder Ihren Therapeuten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!