



Masterarbeit

Selbst- und Fremdeinschätzungen von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Jugendlichen

Danielle Zollinger

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Dr. Agnes von Wyl

Zürich, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Abstract

Im Rahmen dieser Masterarbeit werden die Selbstbeurteilung von 32 Jugendlichen und die Fremdbeurteilungen von Eltern und Lehrpersonen zu Verhaltensstärken und -auffälligkeiten von Jugendlichen untersucht. Als Erhebungsinstrument dient dabei der Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ). Die Urteilsübereinstimmungen von Eltern und Jugendlichen sind von Geschlecht und Störungsform der Jugendlichen abhängig und weisen signifikante Effekte auf. Beurteilungen der Eltern und Lehrpersonen zeigen für Jungen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Gesamtproblemwert und erfahrenen psychosozialen Beeinträchtigungen. Bei Eltern besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Inanspruchnahmeverhalten. Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche bilden verschiedene Teilaspekte von Problemverhalten ab, die im diagnostischen Prozess zu berücksichtigen sind. Weiterführende Untersuchungen sollten die Urteilsübereinstimmung beeinflussenden Faktoren wie kulturelle und sozioökonomische Faktoren sowie Kommunikationsmuster und Beziehungsaspekte in der Familie mit einschliessen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1 Einleitung | 1 |
| I Theoretischer Hintergrund | 2 |
| 2 Lebensphase Adoleszenz | 2 |
| 2.1 Funktionen von Beziehungen zu Gleichaltrigen | 3 |
| 2.2 Problemwahrnehmung der Jugendlichen | 4 |
| 2.3 Begriffsklärungen | 5 |
| 2.4 Falldefinition und Fallidentifikation | 7 |
| 2.5 Dimensionale Betrachtungsweise von Verhaltensauffälligkeiten | 8 |
| 2.6 Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten | 9 |
| 2.7 Geschlechtsunterschiede und Komorbidität | 10 |
| 2.8 Inanspruchnahmeverhalten | 11 |
| 2.9 Zusammenfassende Erkenntnisse | 13 |
| | |
| 3 Diagnostische Einschätzung der Problematik | 13 |
| 3.1 Multimethodale und situationsspezifische Diagnostik | 14 |
| 3.2 Unterschiede zwischen Informanten | 15 |
| 3.3 Lehrer als Informanten | 16 |
| 3.4 Mögliche Ursachen für geringe Übereinstimmungen zwischen Beurteilern | 17 |
| 3.4.1 Validität der Urteile in Abhängigkeit der Störungsform | 17 |
| 3.4.2 Unterschiede zwischen Eltern | 18 |
| 3.4.3 Symptombewertungen von Kindern und Jugendlichen | 18 |
| 3.4.4 Unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung | 19 |
| 3.4.5 Berücksichtigung des Selbsturteils | 19 |
| 3.4.6 Merkmale von Verhalten | 20 |
| 3.4.7 Soziale Erwünschtheit | 20 |
| 3.4.8 Alter und Geschlecht | 21 |
| 3.4.9 Kultureller Hintergrund | 22 |
| 3.5 Auswirkungen der Diskordanzen | 23 |
| 3.6 Zusammenfassende Erkenntnisse | 23 |
| 3.7 Fragestellungen und Hypothesen | 24 |
| | |
| II Empirischer Teil | 26 |
| 4 Methode | 26 |
| 4.1 Design und Durchführung | 26 |
| 4.2 Beschreibung der Stichprobe | 27 |
| 4.3 Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ) | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4 Persönliche Daten | 32 |
| 4.5 Statistische Auswertung | 32 |
| 5 Ergebnisse | 34 |
| 5.1 Praktikabilität | 34 |
| 5.2 Symptomprävalenzen | 35 |
| 5.3 Vergleich der zentralen Tendenz | 36 |
| 5.4 Syndromprävalenzraten | 38 |
| 5.5 Rangkorrelationen | 42 |
| 5.6 Internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten | 46 |
| 5.7 Zusammenhang des Gesamtproblemwertes und des Belastungswertes | 46 |
| 5.8 Explorative Untersuchung zum Inanspruchnahmeverhalten | 48 |
| 6 Diskussion | 49 |
| 6.1 Zusammenfassende Darstellung und Interpretation der Ergebnisse | 49 |
| 6.2 Beantwortung der Forschungsfragen | 50 |
| 6.3 Weitere Erkenntnisse der Studie | 57 |
| 6.4 Zusammenfassende Erkenntnisse | 60 |
| 6.5 Praktikabilität des Messinstrumentes | 61 |
| 6.6 Stärken und Schwächen der Untersuchung | 62 |
| 6.7 Ausblick | 63 |
| 6.8 Schlussfolgerungen | 65 |
| Literaturverzeichnis | 67 |
| Anhangsverzeichnis | A |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1. Zeitstrahl des Drei-Phasen-Prozesses der Kohortenstudie | 26 |
|--|----|

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Dimensionales Kategoriencluster nach Achenbach (1991a; b; c; d) | 8 |
| Tabelle 2: Häufigkeit der von Eltern berichteten Schwierigkeiten der Jugendlichen | 10 |
| Tabelle 3: Merkmale, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen | 12 |
| Tabelle 4: Art der Inanspruchnahme bei Jugendlichen | 28 |
| Tabelle 5: Feedback der schriftlichen Befragung | 28 |
| Tabelle 6: Art der Inanspruchnahme der Eltern | 29 |
| Tabelle 7: Bereiche der Rohwerte für Subskalen, Gesamtproblemwert und Belastungswert | 32 |
| Tabelle 8: Symptomprävalenzraten für einzelne Items in den Beurteilungen der Jugendlichen | 35 |
| Tabelle 9: Symptomprävalenzraten für einzelne Items in den Beurteilungen der Lehrpersonen | 36 |
| Tabelle 10: Wilcoxon-Test bei Lehrpersonen und Jugendlichen | 37 |
| Tabelle 11: Wilcoxon-Test bei Eltern und Jugendlichen | 37 |
| Tabelle 12: Wilcoxon-Test bei Eltern und Lehrpersonen | 38 |
| Tabelle 13: Kategoriale Ergebnisse der SDQ-Skalen in der Beurteilung der Jugendlichen | 39 |
| Tabelle 14: Kategoriale Ergebnisse der SDQ-Skalen in der Beurteilung der Eltern | 40 |
| Tabelle 15: Kategoriale Ergebnisse der SDQ-Skalen in der Beurteilung der Lehrpersonen | 42 |
| Tabelle 16: Interrater-Korrelationen für Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche | 43 |
| Tabelle 17: Rangkorrelationen der Skalen für Beurteilungen der Eltern und Mädchen | 44 |
| Tabelle 18: Rangkorrelationen der Skalen für Beurteilungen der Eltern und Jungen | 44 |
| Tabelle 19: Rangkorrelationen der Skalen für Beurteilungen der Lehrpersonen und Mädchen | 45 |
| Tabelle 20: Rangkorrelationen der Skalen für Beurteilungen der Lehrpersonen und Jungen | 46 |
| Tabelle 21: Internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten Eltern und Jugendliche | 46 |
| Tabelle 22: Zusammenhang Gesamtproblemwert und Belastungswert – Eltern | 47 |
| Tabelle 23: Zusammenhang Gesamtproblemwert und Belastungswert – Lehrpersonen | 47 |
| Tabelle 24: Zusammenhang Gesamtproblemwert und Belastungswert – Jugendliche | 48 |
| Tabelle 25: Zusammenhang des Inanspruchnahmeverhaltens der Eltern und der Subskalen | 49 |

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem ersten Teilprojekt der Schulabgängerstudie, einer Kohortenstudie zur Früherkennung von psychischen Störungen bei Schülerinnen und Schülern vor Abschluss der obligatorischen Schulzeit (9. Schuljahr). Die Studie wird an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Departement Angewandte Psychologie) in Zusammenarbeit mit der Integrierten Psychiatrie Winterthur-Zürcher Unterland durchgeführt.

In dieser Masterarbeit geht es darum, anhand eines Screeninginstrumentes Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Jugendlichen zu erfassen. Die Jugendlichen sollen sich dabei selbst beurteilen, zusätzlich werden sie von ihren Eltern und den Klassenlehrpersonen eingeschätzt. Aus der Literatur ist bekannt, dass die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung aufgrund von verschiedenen Beurteilungsperspektiven sehr gering ist. Diese Arbeit vergleicht die Perspektiven von Jugendlichen, Eltern und Lehrpersonen hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen miteinander und untersucht, in welchen Bereichen die Angaben zusammenhängen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob das Geschlecht und die Störungsform der Jugendlichen die Urteilsübereinstimmungen beeinflussen. Da Symptome bei Jugendlichen häufig mit psychosozialen und Leistungsbeeinträchtigungen einhergehen (Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer, 2002), wird ausserdem untersucht, inwiefern die Einschätzungen zu Symptomen mit daraus entstehenden psychosozialen Beeinträchtigungen im Alltag der Jugendlichen übereinstimmen. Verschiedene Studien berichten, dass professionelle Hilfe im Jugendalter seltener in Anspruch genommen wird, als es nach Häufigkeit psychischer Störungen nötig wäre. Es soll daher explorativ untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen den berichteten Symptomen, der Wahrnehmung von Stress und Beeinträchtigung sowie dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern besteht. Das Forschungsinteresse dieser Arbeit richtet sich neben den Urteilsübereinstimmungen auch auf die Untersuchung der Durchführbarkeit des Screenings und die Praktikabilität des Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ)¹. Es soll überprüft werden, wie sich die verschiedenen Schritte des Vorgehens bewähren und wo Veränderungen notwendig sind.

Der theoretische Teil der vorliegenden Masterarbeit geht zuerst auf die Lebensphase der Adoleszenz ein. Dazu werden unter anderem die Funktionen von Beziehungen zu Gleichaltrigen sowie die Problemwahrnehmung der Jugendlichen in der Adoleszenz aufgezeigt. Störungskonzepte und die dimensionale Klassifikation psychischer Störungen im Kindes-

¹ Der Strengths-and-Difficulties-Questionnaire soll dabei nicht validiert werden.

und Jugendalter bilden anschliessend die Grundlagen für die Darstellung der Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Störungen im Jugendalter. Die Arbeit widmet sich zudem dem Inanspruchnahmeverhalten von professioneller Hilfe, das in der Studie explorativ untersucht wird. Weiter wird die diagnostische Einschätzung der Problematik sowie deren Besonderheiten und Schwierigkeiten ausführlich dargestellt.

Zu Beginn des empirischen Teils dieser Arbeit werden zunächst die Stichprobe, das Untersuchungsdesign und die Methode beschrieben. Dabei werden zu Beginn auf das Untersuchungsdesign und die Ziele der Hauptstudie Bezug genommen. Das verwendete Messinstrument wird detailliert dargestellt, bevor Angaben zur statistischen Auswertung und die Darstellung der Ergebnisse folgen. Diese werden in der Diskussion gemäss den Fragestellungen und Hypothesen interpretiert und diskutiert. Zum Schluss dient der Diskussionsteil einer kritischen Begutachtung dieser Arbeit und es folgt ein Ausblick auf die Umsetzbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass die Begriffe „Informant“ und „Beurteiler“ synonym verwendet werden und die Quelle der Informationen darstellen. In dieser Studie werden die Angaben von Vätern und Müttern nicht getrennt voneinander untersucht bzw. erfasst. Im Kapitel 5.5 wird die englische Bezeichnung „interrater“ eingeführt. Dieser Begriff steht für unterschiedliche Beurteiler (z.B. Lehrpersonen und Eltern oder Eltern und Jugendliche).

I Theoretischer Hintergrund

Die folgenden zwei Kapitel bilden die theoretische Grundlage der vorliegenden Arbeit. Kapitel 2 fokussiert auf den entwicklungspsychologischen Hintergrund der Arbeit, wobei zentrale Begriffe geklärt und relevante Modelle vorgestellt werden. Kapitel 3 befasst sich mit der diagnostischen Einschätzung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten und bereitet den aktuellen Forschungsstand dazu auf.

2 Lebensphase Adoleszenz

Jugend und Adoleszenz sind zwei synonym verwendete Begriffe für den Lebensabschnitt zwischen dem Ende der Kindheit und dem Beginn des Erwachsenenstatus (Grob, 2007). Die Zuschreibung der Attribute „nicht mehr Kind“ und „noch nicht Erwachsener“ beschreibt einen Übertritt zu einem noch nicht bekannten Ort (Lewin, 1963) und betont die Veränderungsdynamik dieser Zwischenposition. Übergänge gelten entwicklungstheoretisch betrachtet als veränderungssensitive Phasen (Oerter & Dreher, 2008) und werden, was die Innen- wie auch die Aussenwelt der Jugendlichen betrifft, als normativ-kritisch gesehen (Bürgin, 2002). Bisherige Möglichkeiten werden in dieser Lebensphase einerseits erwei-

tert, andererseits wird vorhandene Sicherheit aufgegeben. Somit stellen Übergänge auch labile Phasen dar, da vorhandene Gewohnheiten und Verhaltensmuster in ihrer vertrauten Form an Gültigkeit und Funktionalität verlieren und Bewältigungsstrategien für die neuen Anforderungen noch nicht verfügbar sind (Oerter & Dreher, 2008).

Der Beginn der Adoleszenz wird durch das Einsetzen der Pubertät, also der biologisch-geschlechtlichen Reifung, bestimmt (Flammer & Alsaker, 2002). Auftretende biophysiological Veränderungen haben psychische wie auch soziale Auswirkungen. Das Körperempfinden verändert sich, zudem treten Schamgefühle, neue Unabhängigkeitsgefühle – zum Teil verbunden mit Aggression oder Gewalt – und Selbstzweifel ein. Dazu kommen eine verstärkte Abgrenzung von der Familie mit gleichzeitiger Zuwendung zu den Peers, psychische Vulnerabilität und Rückzugstendenzen (Grob, 2007; Hurrelmann, 2004). Adoleszente beginnen als unabhängige Personen mit eigenständigen Bewältigungsmöglichkeiten zu funktionieren, was von der Aussenwelt, insbesondere von Eltern, Geschwistern und Freunden auch so wahrgenommen wird (Bürgin, 2002). Für den Abschluss des Jugendalters besteht kein biologisches Kriterium (Flammer & Alsaker, 2002). Entscheidend ist der Erwerb von Kompetenzen zur Ausgestaltung der Aufgaben eines Erwachsenen in den Bereichen Beruf, Partnerschaft, Konsum, Freizeit, Leistungsbereitschaft und politischer Beteiligung (Grob, 2007).

2.1 Funktionen von Beziehungen zu Gleichaltrigen

Wie Dreher und Dreher (1996) in ihrem Modell der Entwicklungsaufgaben aufzeigen, gehört die Gestaltung von Beziehungen zu Freunden zur „Entwicklungsarbeit“ in der Lebensphase der Adoleszenz. Das „Eintauchen“ der Jugendlichen in Gleichaltrigenbeziehungen und Cliques ist zudem eines der auffälligsten Phänomene beim Übertritt von der Kindheit in die Adoleszenz (Fend, 1998). Gruppen Gleichaltriger ermöglichen die Entwicklung von gemeinsamen Handlungsorientierungen und Sinnbezügen, mit denen sich Jugendliche von anderen Jugendlichen und der übrigen sozialen Umwelt abgrenzen können. Ihre Identität wird dadurch stabilisiert (Hurrelmann, 2004). Für das emotionale Wohlbefinden von Jugendlichen sind Beziehungen zu Gleichaltrigen somit unentbehrlich. Durch ihre Verbundenheit können Jugendliche untereinander auch emotionale und sexuelle Themen aufgreifen, die sie in der Familie nicht besprechen können (Fend, 1998). Gleichaltrigenbeziehungen sind auch ein wichtiges Übungsfeld für sozialkognitive Fähigkeiten, also für die Einübung von Prinzipien der Perspektivenübernahme und des Aushandelns (Krappmann, 1992). Zudem ermöglichen diese Beziehungen auch die Entwicklung und Einübung von prosozialer Motivation, welche die Bereitschaft und Fähigkeit zu hilfevollem Handeln und die Übernahme von Verantwortung umfasst (Fend, 1998).

Freundschaften können jedoch auch Kehrseiten haben und belastend sein. Wenn Jugendliche abseits von anderen stehen oder keine Freunde haben, kann das sehr dramatische psychische Konsequenzen haben (Fend, 1998; Hurrelmann, 2004). Ergebnisse aus dem Projekt zur Belastung von Schülerinnen und Schülern im Alter von 10 bis 16 Jahren in der Schweiz und in Norwegen haben aufgezeigt, dass von insgesamt 2532 Schülerinnen und Schülern 346 (13.7%) sagten, dass sie keine beste Freundin oder besten Freund hatten. Dieser Teil der Jugendlichen berichtete von deutlich mehr depressiven Tendenzen und von weniger Wohlbefinden. Sie zeigten auch negative Selbstbewertungen, fühlten sich unter Gleichaltrigen nicht wohl und hatten das Gefühl, „anders zu sein“, als die anderen (Alsaaker, 2000).

2.2 Problemwahrnehmung der Jugendlichen

Erst wenn sie die Fähigkeit zu formal-logischen Operationen erreichen, entwickeln Jugendliche langsam eine Auffassung von Krankheit und Gesundheit, die der Vorstellung von Erwachsenen entspricht. Im Entwicklungsabschnitt des Jugendalters ist es für die Jugendlichen nicht leicht, zwischen „gesund“ und „krank“ zu unterscheiden. Psychische Symptome wahrzunehmen, ist dabei noch schwieriger als die Wahrnehmung von körperlichen Symptomen (Seiffge-Krenke, 1994). Nach dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand gefragt, bezeichnet die Mehrheit der Befragten (90%) aus der Shell Jugendstudie (2006) ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ oder „gut“. Davon abzuleiten ist, dass es im Alter von 12 bis 25 Jahren eine kleine Gruppe Jugendlicher gibt, die ihren Gesundheitszustand nur als „einigermaßen“ oder „schlecht“ bezeichnet und somit in ihrem subjektiven Wohlbefinden eingeschränkt ist (Langness et al., 2006). Auch andere Studien wie die HSBC-SMASH Studie aus dem Jahr 2002 konnten feststellen, dass die Mehrheit der Jugendlichen von 11 bis 20 Jahren ihre Gesundheit als gut einschätzt. Dennoch sind verschiedene Beschwerden verbreitet wie zum Beispiel Rücken- und Kopfschmerzen sowie Schlafstörungen (Tschumper & Diserens, 2004). Goldbeck und Stieglitz (2009) postulieren, dass die Mitteilung von psychischen Problemen oder einer Andersartigkeit im Jugendalter dem Wunsch nach Normalität und Zugehörigkeit deutlich widerstrebt. Verschiedene entwicklungspsychologische Phänomene, die in der frühen bis mittleren Adoleszenz auftreten, können die Erhebung von diagnostischen Informationen zum Gesundheits- bzw. Krankheitszustand erschweren (Seiffge-Krenke, 1994). Die erste Herausforderung stellt dabei die Herstellung eines Kontaktes und einer Beziehung dar. Bei den Jugendlichen ändern sich die bevorzugten Ansprechpartner nämlich um das 15. Lebensjahr und sie orientieren sich an den kulturellen Normen und Gewohnheiten sowie Einstellungen und Verhaltensweisen von Gleichaltrigen (Goldbeck & Stieglitz, 2009).

Die Wahrnehmung von Stress und Beeinträchtigung durch die Jugendlichen selbst wurde bisher noch nicht direkt untersucht, dies könnte jedoch zu den geringen Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen beitragen (De los Reyes & Kazdin, 2005). Wenn Adoleszente über emotionale oder Verhaltensprobleme berichten, ist häufig zu beobachten, dass die Beeinträchtigung durch diese Probleme im Verhältnis zu den Symptomen nicht übereinstimmt (Phares & Compas, 1990). Problemwahrnehmung und Äusserungsbereitschaft stimmen bei Jugendlichen gemäss Seiffge-Krenke (1986) oft nicht überein. Jugendliche vermögen ihre Symptome gemäss Tylim (1978) nur ansatzweise präzise zu beschreiben. Eine erhöhte Selbstwahrnehmung verhindert eine realistische Einschätzung der Probleme. Diese Schwierigkeiten in der Selbstdarstellung und Selbstwahrnehmung treten phasenspezifisch auf und tragen möglicherweise dazu bei, dass die Äusserungen von Jugendlichen oft vage sind. Auf die Erhebung gesundheits- und krankheitsrelevanter Informationen haben diese entwicklungspsychologischen Phänomene Auswirkungen. Diese zeigen sich in den unterschiedlichen Beschreibungs- und Aussagemustern von Jugendlichen, Eltern und Gesundheitsexperten (Seiffge-Krenke, 1994).

2.3 Begriffsklärungen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit „Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen“. Damit stellt sich die Frage, wo sich die Grenze zwischen „verhaltensauffällig“ und „verhaltensunauffällig“ befindet. Auffälligkeiten können laut Fröhlich-Gildhoff (2007) entweder vor dem Hintergrund eines natürlichen Kontinuums zwischen normalen und abnormen psychischen Phänomenen betrachtet werden (Kontinuitätsannahme) oder aber als eine qualitativ klare Unterscheidung zwischen unauffälligem und auffälligem Verhalten (Diskontinuitätsannahme). Bei der Unterscheidung „auffällig“ und „nicht-auffällig“ wird ersichtlich, dass der Bezugspunkt immer eine Norm ist. Laut Myszker (2005) ist der Begriff der „Verhaltensauffälligkeit“ zu allgemein gehalten und mehrdeutig, so dass er sich nicht für den wissenschaftlichen Gebrauch eignet. Fichtner (2000) sieht jedoch auch einen Vorzug des Begriffs: Denn mit diesem wird einer Person kein situationsunabhängiges Merkmal zugeschrieben, derjenige, der das Verhalten als auffällig wahrnimmt und definiert, wird ebenfalls miteinbezogen. Ein störendes Verhalten bleibt so nicht auf das Kind oder den Jugendlichen beschränkt, sondern schliesst seine Umwelt und Beobachter mit ein. Ein ebenso gebräuchlicher und in der Literatur verwendeter Begriff ist jener der „Verhaltensstörung“ der laut Goetze (2001) die Gefahr der Stigmatisierung birgt. Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht in ihrem Klassifikationssystem ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) wie folgt auf den Begriff ein:

„'Störung' ist kein exakter Begriff. Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastungen, mit Beeinträchtigungen von Funktionen verbunden sind. Soziale Abweichungen oder soziale Konflikte allein, ohne persönliche Beeinträchtigungen sollten nicht als psychische Störungen im hier definierten Sinne angesehen werden.“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008, S.23)

Die Festlegung dessen, was als soziale Abweichung gilt, ist vor allem kulturabhängig: Während ein bestimmtes Verhalten in einer sozialen Umgebung als unangepasst gilt, zählt es in einer anderen zur bestehenden Verhaltensnorm. Das Erleben und Verhalten der Jugendlichen steht zudem immer auch in einem Zusammenhang mit ihrer psychischen Entwicklung, hat eine bio-physische Basis und ist erklärbar auf dem Hintergrund einer sozialen Ökologie. Diese beinhaltet die Umwelt und Nachbarschaft, in der die Jugendlichen aufwachsen und leben (Goetze, 2001). Aus diesen Betrachtungen wird ersichtlich, dass die beiden Begriffe der „Auffälligkeit“ und „Störung“ nicht eindeutig definiert werden können. Fröhlich-Gildhoff (2007) fasst zusammen, dass es sich bei beiden Begriffen eher um Dimensionen handelt, die einer Entwicklungsdynamik unterliegen. Bei der Einschätzung von „psychischer Auffälligkeit“ sollte deshalb der Entwicklungsstand des jeweiligen Jugendlichen immer mit einbezogen werden.

Neben den beiden Dimensionen der psychischen Auffälligkeit und der psychischen Störung soll noch der Begriff der „Adoleszenzkrise“ betrachtet werden. Die Adoleszenzkrise gehört zu einem normalen Entwicklungs- und Reifungsablauf und kennzeichnet nach Remschmidt (1992) eine „normale“ Krise innerhalb einer kritischen Phase der Entwicklung von Jugendlichen. Der Begriff der Adoleszenzkrise wird in den heutigen Lehrbüchern jedoch nicht mehr oft verwendet. Remschmidt (1992) empfindet die Ausweitung des Begriffs als problematisch, da er weder von Lebensschwierigkeiten noch von psychiatrischen Erkrankungen genügend abzugrenzen ist. Nach Streek-Fischer, Fegert & Freyberger (2009) scheint es jedoch sinnvoll, an dem Begriff der Adoleszenzkrise festzuhalten, da eine dynamische Betrachtung von krisenhaften Verläufen bei Jugendlichen beibehalten werden sollte. Zudem werden psychische Auffälligkeiten durch den Begriff der Adoleszenzkrise weniger schnell klassifiziert. Arnett (1999) betont, dass externalisierende und internalisierende Formen von Auffälligkeiten in der Zeit der Adoleszenz normal sind. Eine Adoleszenzkrise geht mit Störungen einher, die im Rahmen der Adoleszenz auftauchen können und zwischen normalen und krankhaften Verhaltensmustern einzuordnen sind. Wenn von einer Adoleszenzkrise gesprochen wird, sollten der Zeitfaktor und der adoleszenztypische Aus-

löser für die Krise beachtet werden. Zudem sollte keine schwere psychische Dekompensation oder Psychopathologie vorliegen (Streek-Fischer et al., 2009).

2.4 Falldefinition und Fallidentifikation

Laut Fröhlich-Gildhoff (2007) ist es sinnvoll, Symptome und Auffälligkeiten unter Diagnose-Begriffen zusammenzufassen. Diese ermöglichen individuumsübergreifende Betrachtungen der Störungen oder Auffälligkeiten und erleichtern die Kommunikation zwischen Fachpersonen (Döpfner & Petermann, 2008). Anhand einer Falldefinition können Prävalenzraten ermittelt werden. Die Fallidentifikation beinhaltet das diagnostische und methodische Vorgehen, mit der eine Schülerin oder ein Schüler als „Fall“ bestimmt wird. Ob eine psychische „Auffälligkeit“ bzw. „Störung“ vorliegt, hängt nicht nur davon ab, ob Symptome vorhanden sind, sondern auch, wie stark diese sind, wie viele es sind und ob die Symptome mit psychosozialen und Leistungsbeeinträchtigungen einhergehen. Zudem spielen die Dauer der Symptomatik und die Verlaufskriterien eine Rolle (Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer, 2002).

Die Merkmale der Beeinträchtigung umfassen laut Steinhausen (2000) das erstmalige Leiden an dem jeweiligen Problem, das Vorliegen einer sozialen Einengung oder Beeinträchtigung der Entwicklung und die Auswirkungen der psychischen Auffälligkeiten auf andere. Diese funktionale Beeinträchtigung in der Alltagsgestaltung stellt bereits einen wichtigen Indikator für die Hilfsbedürftigkeit und die klinische Relevanz einer Symptomatik dar (Petermann, 2005). In der Untersuchung von Angold, Costello, Farmer, Burners & Erkanli (1999) zeigte sich, dass eine Anzahl von Jugendlichen aufgrund von psychischen Problemen an bedeutsamen psychosozialen Beeinträchtigungen litten. Wurde nur die reine Symptomatik betrachtet, befanden sich diese Jugendlichen jedoch im subklinischen Bereich. Auch Goodman (1999) betont, dass ein exklusiver Fokus auf die Symptome verhindert, zusätzliche Faktoren zu erkennen, die zu einer psychischen Störung beitragen. Um mit Gewissheit einen Fall und die Schwere der Störung bestimmen zu können, kann man untersuchen, ob verschiedene Informationsquellen (Eltern, Lehrpersonen, Jugendliche) in ihren Einschätzungen im Vorhandensein einer Auffälligkeit oder Störung übereinstimmen (Petermann, 2005). Die zusätzliche Berücksichtigung der psychosozialen Beeinträchtigung oder die Schwere der Symptomatik kann den Anteil der identifizierten Fälle deutlich senken (Roberts, 1999; Petermann, 2005).

Bei der Klassifizierung von Auffälligkeiten helfen Fragebögen: Dabei wird ein bestimmter Grenzwert (Cut-Off) bestimmt, bei dem eine Person auffällig ist. Alle Jugendlichen, deren Screening-Wert unterhalb des Cut-Off liegt, gelten als unauffällig. Wenn sich die Werte

jedoch oberhalb dieses Grenzwertes befinden, werden sie als auffällig bezeichnet und erhalten einen positiven Screening-Befund (Tröster, 2009).

2.5 Dimensionale Betrachtungsweise von Verhaltensauffälligkeiten

Psychische Störungen können sich im Kindes- und Jugendalter sehr heterogen äussern und zeigen sich in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand variabel. Unterschiede zwischen „normalem“ und „gestörtem“ Verhalten und Erleben im Kindes- und Jugendalter werden daher bei vielen Störungsbildern eher als graduell und dimensional denn als grundlegend und kategorial betrachtet (Petermann et al., 2002). Für die vorliegende Arbeit ist deshalb die dimensionale Betrachtungsweise von psychischen Auffälligkeiten von Interesse.

Ein dimensionales Klassifikationssystem basiert auf einer fest definierten Menge von Verhaltensmerkmalen, wie beispielsweise die von Achenbach (1991, 1997) entwickelte dimensionale Klassifikation, die sich international durchgesetzt hat. Diese basiert auf den Urteilen von Eltern, Lehrern und Jugendlichen, die anhand von Fragebögen erfasst wurden (Petermann et al., 2002). Wie in der Tabelle 1 dargestellt, lassen sich im dimensional Klassifikationssystem zu emotionalen Problemen und Verhaltensstörungen nach Achenbach die zwei zentralen Dimensionen externalisierende und internalisierende Störungen unterscheiden. Aufgrund von gleichzeitig auftretenden Symptomen ist eine zweidimensionale Klassifikation sicher fraglich. Sie besitzt jedoch heuristischen Wert für die Beschreibung und Kategorisierung der vielfältig auftretenden Symptome und Symptomklassen (Reynolds, 2001).

Tabelle 1

Dimensionales Kategoriencluster nach Achenbach (1991a; b; c; d)

Internalisierende Auffälligkeiten

- Sozialer Rückzug: Kinder mit hoher Ausprägung auf der Skala möchten lieber alleine sein, sind verschlossen, weigern sich zu sprechen, sind eher schüchtern, wenig aktiv und häufiger traurig verstimmt.
- Körperliche Beschwerden: Die Skala setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome beschreiben (Schwindelgefühle, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen).
- Ängstlich/Depressiv: Die Skala erfasst neben einer allgemeinen Ängstlichkeit und Nervosität auch Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung.

Externalisierende Auffälligkeiten

- Dissoziales Verhalten: Die Skala erfasst dissoziale Verhaltensweisen (z.B. Lügen, Stehlen, Schule-Schwänzen) und Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit Dissozialität auftreten (z.B. „ist lieber mit Älteren zusammen“).
 - Aggressives Verhalten: Die Skala erfasst verbal- und körperlich-aggressive Verhaltensweisen sowie Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit aggressivem Verhalten auftreten (z.B. „spielt den Clown“, „redet viel“, „sehr laut“).
-

Gemischte Auffälligkeiten

- Soziale Probleme: Die Skala umfasst vor allem Ablehnung durch Gleichaltrige sowie unreifes und erwachsenenabhängiges Sozialverhalten.
 - Schizoid/Zwanghaft: Die Skala erfasst neben den Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln auch psychotisch anmutende Verhaltensweisen (Halluzinationen) und eigenartiges, bizarres Denken und Verhalten. Achenbach gibt dieser Skala die Bezeichnung („Thought Problems“).
 - Aufmerksamkeitsprobleme: Die Skala setzt sich aus Items zur motorischen Unruhe, Impulsivität, zu Konzentrationsstörungen und aus Items zusammen, die häufig in Verbindung mit hyperkinetischem Verhalten auftreten (z.B. „verhält sich zu jung“, „tapsig“).
-

2.6 Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten

Dieser Abschnitt gibt einen kurzen Überblick über wesentliche Ergebnisse epidemiologischer Studien mit kategorialen und dimensionalem Ansatz. Dabei bezieht sich die Darstellung auf den Bereich der Periodenprävalenz. Dazu werden zuerst die Ergebnisse kategorialer Studien vorgestellt, anschliessend wird auf die wichtigsten Resultate einer aktuellen dimensional Studie eingegangen. Aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsmethoden, Stichprobenszusammenstellungen sowie verschiedener Instrumente ergeben sich grosse Unterschiede bezüglich der ermittelten Gesamtprävalenzen der seelischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Goetze, 2001; Eschmann, Weber-Häner & Steinhausen, 2007). Petermann et al. (2002) sprechen von „methodischen Inkonsistenzen epidemiologischer Studien“. Unterschiedliche Erfassungszeiträume, verschiedene Diagnosekriterien sowie unterschiedliche Cut-off-Werte und die Einbeziehung und Gewichtung unterschiedlicher Informanten tragen zu diesen Inkonsistenzen bei.

In der Überblicksarbeit von Ihle und Esser (2002), in denen nur Studien mit grossen, repräsentativen Stichproben, strukturierten Interviews sowie einer Fallbestimmung nach DSM-IV oder ICD-10, berücksichtigt wurden, konnte ein Median für die Periodenprävalenz von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter von 18% aufgezeigt werden. Zu den häufigsten Störungen zählen Angststörungen (10.4%), gefolgt von dissozialen (7.5%), depressiven (4.4%) und hyperkinetischen Störungen (4.4%). Fombonne (2002) spricht in seiner Untersuchung von einer vergleichbaren Häufigkeit von emotionalen Störungsbildern (v. a. Angst und Depression) und externalisierenden Störungen. Auch Eschmann et al. (2007) kommen in einem Übersichtsartikel zum Schluss, dass die mittlere Periodenprävalenz für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den neueren Studien bei 22% liegt. In den westlichen Industriegesellschaften muss demgemäss im Durchschnitt bei etwa jedem fünften Kind bzw. Jugendlichen mit dem Auftreten einer psychischen Störung, welche die Kriterien der internationalen Klassifikationssysteme ICD10 oder DSM-IV er-

füllt, gerechnet werden. Diese Prozentzahl verringert sich auf ungefähr 16%, sobald das Kriterium der psychosozialen Funktionstüchtigkeit miteinbezogen wird.

In Deutschland wurde mit der erweiterten Version des Strength-and-Difficulties Questionnaire und weiteren standardisierten Screening-Instrumenten eine bundesweit repräsentative Studie an 2863 Familien mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren durchgeführt (Ravens-Sieberer et al., 2008). Tabelle 2 zeigt die relative Häufigkeit, mit der ein Kind mit auffälligen Symptomen und Beeinträchtigungen von den Eltern beurteilt worden ist. Die Prävalenz der Jugendlichen mit deutlichen Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen beträgt 4.9%, davon erreichen Jungen einen Wert von 5.7% und sind also häufiger betroffen als Mädchen mit 4.0%.

Tabelle 2

Häufigkeit der von Eltern berichteten Schwierigkeiten der Jugendlichen

| | Prävalenz der Jugendlichen mit Symptomen und Beeinträchtigungen |
|---|---|
| Psychische Auffälligkeiten (SDQ abnormal) | |
| Total (11-17 Jahre) | 4.9% |
| Mädchen | 4.0% |
| Jungen | 5.7% |

Anmerkung. (N = 2'833)

2.7 Geschlechtsunterschiede und Komorbidität

Die meisten psychopathologischen Auffälligkeiten treten bis zur Pubertät häufiger bei Jungen auf als bei Mädchen, dies ist aber für verschiedene Syndrome sehr unterschiedlich (Petermann et al., 2002; Remschmidt, 2008). Besonders auffällig ist die Tatsache, dass Jungen häufiger von externalisierenden und Mädchen häufiger von internalisierenden Störungen betroffen sind (Ihle & Esser, 2002). Dies wird auch von der Shell-Jugendstudie 2006 bestätigt; Jungen reagieren bei Alltagsbelastungen häufig mit externalisierenden Verhaltensweisen und tragen auf diese Art ihre Spannungen aus sich heraus (Langness, Leven & Hurrelmann, 2006). Im Vergleich zu Jungen beobachten sich Mädchen selbst kritischer und verfügen über eine grössere Sensibilität ihrem physischen und psychischen Zustand gegenüber (Hurrelmann, 2004). Nach dem Einsetzen der Pubertät zeigen sich im Auftreten psychischer Auffälligkeiten und Störungen zunehmend Unterschiede bei den Geschlechtern. Mädchen scheinen mit dem Einsetzen der Pubertät in stärkerem Ausmass von psychosozialen und biologischen Stressoren sowie Entwicklungsanforderungen konfrontiert zu sein als Jungen (Petermann et al., 2002) und weisen mit zunehmendem Alter häufiger internalisierende Störungen auf (Plück, Döpfner & Lehmkuhl, 2000).

Ein weiteres Problem bei epidemiologischen Studien gerade bei Kindern und Jugendlichen betrifft das gleichzeitige Auftreten von mehreren unterschiedlichen Symptomen bzw. Symptomklassen (Fröhlich-Gildhoff, 2007). Das Auftreten komorbider Störungen stellt bei Kindern und Jugendlichen oft eher die Regel als die Ausnahme dar (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004). So weisen Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungsbildern mit einer relativ grossen Wahrscheinlichkeit (50%) auch Auffälligkeiten im Bereich aggressiv-dissozialer Verhaltensweisen auf (Rutter, Giller & Hagell, 1998; Plück et al., 2000).

2.8 Inanspruchnahmeverhalten

Ein wesentlicher Teil der Jugendlichen, der sich in epidemiologischen Studien als psychisch auffällig oder gestört erweist, erhält keine Hilfeleistungen (Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, van der Ende & Verhulst, 2003; Petermann, 2005). Es stellt sich die Frage, durch welche Merkmale des Kindes und seiner Umgebung das Erkennen einer Behandlungsbedürftigkeit sowie das Aufsuchen professioneller Hilfe beeinflusst werden können. Zwaanswijk et al. (2003) konnten in einer Übersichtsarbeit Merkmale ermitteln, in denen sich Personen mit psychischen Störungen, die fachliche Hilfe aufgesucht haben, von unbehandelten Personen unterscheiden (Tabelle 3).

Jugendliche treten in der Regel über ihre Eltern² in Kontakt mit Hilfseinrichtungen. Eltern oder Personen im näheren sozialen Umfeld des Kindes (z. B. Lehrpersonen, Kindergärtnerin) entscheiden auch in der Regel, ob ein bestimmtes Verhalten der Jugendlichen deviant ist oder nicht (Verhulst, 1995). Pavuluri, Luk und McGee (1996) untersuchten das Inanspruchnahmeverhalten der Eltern bei Vorschulkindern und ergänzten das Filter-Modell von Goldberg und Huxley (1980), das den Prozess der Hilfesuche beschreibt, um folgende Aspekte: Die Eltern erkennen, dass ihr Kind Probleme hat oder sich auffällig verhält. Sie ziehen in Erwägung, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und überwinden mögliche Barrieren (z. B. negative Einstellungen gegenüber Hilfseinrichtungen), um fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Costello, Pescosolido, Angold und Burns (1998) entwickelten das „Service Access Model“, in dem die Problemwahrnehmung der Eltern von zwei Komponenten definiert wird:

- die Wahrnehmung, dass das Kind Probleme hat („problem perception“)
- die Erkenntnis, inwiefern die Probleme des Kindes Auswirkungen haben auf das Umfeld („family impact“)

² Die Eltern sind, wenn nicht anders erwähnt, immer Mutter und Vater der Jugendlichen.

Laut Teagle (2002) ist die Problemwahrnehmung der Eltern ein wichtiger Faktor in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. In ihrer Studie fanden sie heraus, dass über die Hälfte der Eltern (60.9%), deren Kinder ein oder mehrere psychiatrische Diagnosen hatten, diese nicht wahrnahmen. Thompson, Hunt & Issakidis (2004) betonen, dass unter den Jugendlichen mangelnde Kenntnisse bestehen, was psychische Krankheiten und psychische Gesundheit angeht und diese die häufigste Ursache für eine verzögerte Inanspruchnahme von Hilfe sind. Ungenügende oder fehlende Kenntnis von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit trägt zur verlangsamten Problemwahrnehmung bei. Wright, Jorm, Harris und McGorry (2007) untersuchten in ihrer Studie bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren Zusammenhänge zwischen der Fähigkeit, eine Depression oder Psychose allgemein zu erkennen und ihrer Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfe. Die Einstellung zu Behandlung und selbsttherapeutischen Massnahmen wurde ebenfalls erhoben. Ergebnisse zeigten auf, dass weniger als 50% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren die Symptome einer Depression und nur ca. 40% der Jugendlichen die Symptome einer Psychose erkannten. Ein ebenfalls wichtiger Faktor für das Bewusstsein und die Kennzeichnung von psychischen Schwierigkeiten bei Jugendlichen ist ihr kultureller Hintergrund. Verschiedene Kulturen haben unterschiedliche Grenzwerte für die Wahrnehmung und Interpretation von psychischen Problemen (Roberts, Alegria, Ramsay-Roberts & Ger Chen, 2005).

Tabelle 3

Merkmale, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen

Kind- und Jugendbezogene Merkmale

- Geschlecht (abhängig vom Alter der Jugendlichen: in der frühen Adoleszenz häufiger Jungen, mittlere und späte Adoleszenz häufiger Mädchen)
- Alter (inkonsistente Befunde)
- Schwere der Symptome bzw. Störung
- Persistierende Probleme
- Komorbide Symptome
- Wahrnehmung von Stress und Beeinträchtigung
- Hohes Selbstbewusstsein
- Bildungsstand der Jugendlichen

Familienbezogene Merkmale

- Störungsform (häufiger externalisierende Störungen, internalisierende Symptome werden oft nicht erkannt)
 - Einstellung und Vorstellung der Eltern über die Probleme des Kindes
 - Andere medizinische oder schulische Probleme der Jugendlichen
 - Belastungswahrnehmung (experienced burden) der Eltern
 - Psychische Probleme der Eltern
 - Psychosoziale, familiäre Stressoren
 - Bildungsniveau und soziale Schicht der Eltern (ist abhängig vom Gesundheitssystem eines Landes)
 - Migrationshintergrund
 - Familienzusammenstellung
-

Anmerkung. Zwaanswijk et al., 2003

Verschiedene Studien der vergangenen Jahre untersuchten die funktionelle und psychosoziale Beeinträchtigung der Symptome bei Jugendlichen (Angold et al. 1998, Goodman 1999). Die Rolle der elterlichen Belastung (parental burden) nimmt dabei für das Inanspruchnahmeverhalten eine zentrale Rolle ein. Angold et al. (1998) sowie Farmer, Burns und Angold (1997) konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass die Belastung, welche die Eltern durch die Schwierigkeiten des Kindes erleben, ein einflussreicher Faktor ist, um professionelle Hilfe aufzusuchen. Sayal (2004) wies in seinem Artikel auf den Zusammenhang zwischen externalisierenden und internalisierenden Symptomen und der elterlichen Belastung hin. Über die Zeit erwies sich die Intensität der Symptomatik als besserer Prädiktor für die Inanspruchnahme von Hilfe im Vergleich zur psychosozialen Beeinträchtigung und Belastung (burden of disease).

2.9 Zusammenfassende Erkenntnisse

Wie aus der Literatur ersichtlich wird, ist die Adoleszenz eine sehr veränderungssensitive Phase zwischen Kindheit und der Welt der Erwachsenen. Eine der zahlreichen Herausforderungen in dieser Zeit ist die Entwicklung einer sozialen Identität, die eine soziale Integration in der Gruppe und Gesellschaft erst ermöglicht. Eine nicht gelungene Integration in die Gruppe von Gleichaltrigen kann für Jugendliche negative Auswirkungen haben, die sich in Verhaltensauffälligkeiten und psychosozialen Beeinträchtigungen zeigen. Die Erfassung des sozialen Kontextes von Jugendlichen ist daher für die vorliegende Arbeit von grosser Bedeutung. In der Adoleszenz zeigen sich zudem häufig externalisierende und internalisierende Symptome, die aber gemäss Arnett (1999) durchaus normal sind. Der Unterscheidung von „auffälligen“ und „unauffälligen“ Verhaltensweisen kommt dadurch grosse Bedeutung zu. Dabei sollen Kriterien zur Bestimmung von „Auffälligkeit“ und „Störung“ herangezogen werden, die nicht nur die reine Symptomatik erfassen, sondern auch Probleme, die auf der sozialen Ebene anzutreffen und mit psychosozialen Beeinträchtigungen und Belastungen verbunden sind (siehe WHO-Definition). Da sich psychische Auffälligkeiten und Störungen im Jugendalter sehr heterogen äussern, müssen diese eher als graduell und dimensional betrachtet werden. Kriterien zu auffälligem Verhalten sind immer kulturabhängig und an Normvorstellungen gebunden. Störendes Verhalten bei Jugendlichen schliesst auch immer seine Beobachter und Umwelt mit ein und ist erklärbar auf dem Hintergrund einer sozialen Ökologie.

3 Diagnostische Einschätzung der Problematik

Das folgende Kapitel wendet sich der diagnostischen Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten im Jugendalter zu. Verschiedene umfangreiche quantitative und epidemiologische Untersuchungen zu psychischen Störungen im Jugendalter und zu Übereinstimmungen der

Beurteilungen von Verhaltensauffälligkeiten sind dabei wesentliche Ausgangspunkte für die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes. Daraus werden schliesslich die Fragestellungen dieser Masterarbeit abgeleitet.

3.1 Multimethodale und situationsspezifische Diagnostik

Die Verhaltens- und Psychodiagnostik durch standardisierte Verfahren stellt neben der grundsätzlichen Exploration des Kindes oder Jugendlichen, seinen Eltern und anderen Bezugspersonen den Kern der Diagnostik psychischer Störungen dar. Die Verhaltens- und Psychodiagnostik berücksichtigt mehrere Ebenen und ist dabei multimethodal, situationspezifisch, individualisiert und behandlungsbezogen ausgerichtet. Sie wird als multimodal bezeichnet (Döpfner & Petermann, 2008). Für die vorliegende Arbeit sind die beiden Merkmale der multimethodalen und situationsspezifischen Diagnostik von Bedeutung.

Die multimodale Diagnostik wendet zur Erfassung psychischer Störungen verschiedene Methoden an, die miteinander kombiniert werden können. Die Beurteilungen der Eltern, Lehrpersonen sowie das Selbsturteil der Jugendlichen können anhand eines standardisierten Fragebogens erfasst werden. Das Verhalten der Jugendlichen wird dabei retrospektiv für einen gewissen Zeitraum, meistens für die letzten sechs Monate, beurteilt. Bei einem strukturierten Interview zur Erfassung von Symptomen, werden die Informanten von einer professionellen Person befragt, diese bildet sich ein klinisches Urteil auf der Basis der erhaltenen Informationen. Weitere Ansätze stellen die Verhaltensbeobachtung des direkt in der Situation auftretenden Verhaltens sowie die Selbstbeobachtung der Kinder und Jugendlichen dar (Döpfner, Lehmkuhl, Petermann & Scheithauer, 2002). Die geringen Überschneidungen zwischen verschiedenen Beurteilern weisen auf die Situationsabhängigkeit von Verhaltensauffälligkeiten hin, wie eine Vielzahl von Studien zeigen konnte (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; Plück et al., 2000; Grills & Ollendick, 2002). Die Erfassung von psychischen Auffälligkeiten muss daher in verschiedenen Lebensräumen von Kindern und Jugendlichen stattfinden.

Die multimodale Verhaltens- und Psychodiagnostik wird in zwei Phasen unterteilt. In der ersten Phase werden sogenannte Basisverfahren eingesetzt, in denen das Urteil der Eltern, Lehrpersonen und das Selbsturteil der Jugendlichen erhoben werden. Dies erfolgt durch standardisierte Verfahren, die ein grosse Bandbreite von psychischen Auffälligkeiten abdecken und gleichzeitig eine Filterfunktion einnehmen (Döpfner & Petermann, 2008). Das Ergebnis eines solchen Screenings ist keine Diagnose. Anhand eines positiven Screening-Befundes liegt lediglich ein Verdacht auf eine Störung vor, dem in der zweiten Phase mit Hilfe von störungsspezifischen multimodalen Verfahren nachgegangen werden soll (Tröster, 2009; Döpfner & Petermann, 2008).

In den weiteren Kapiteln folgen nun aktuelle Studienergebnisse auf der Basis sowohl von Fragebögen wie auch von strukturierten diagnostischen Interviews.

3.2 Unterschiede zwischen Informanten

In einer wegweisenden Meta-Analyse untersuchten Achenbach et al. (1987) die Ergebnisse von 119 Studien, in denen das Verhalten der Kinder mit verschiedenen Störungen von verschiedenen Informanten beurteilt worden war. Im Durchschnitt korrelierten die Angaben der Kinder mit denjenigen der Eltern mit $r = .25^3$, die Angaben der Lehrer mit denjenigen der Kinder mit $r = .20^3$, die Angaben der Eltern mit denjenigen der Lehrer mit $r = .27^3$. Diese Ergebnisse wurden bisher in mehreren Studien repliziert, welche sich die Urteilerübereinstimmung zum Forschungsgegenstand nahmen. Goodman (2001) ermittelte mit dem Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ) in einer nicht-klinischen Studie mit 3'983 11 bis 15-Jährigen eine Eltern-Kind-Übereinstimmung von $r = .48^3 (.46)^4$ für den Gesamtproblemwert und $r = .30^3 (.25)^4$ für den Belastungswert (impact score). Bei den Subskalen variierte die Übereinstimmung zwischen $r = .30^3 (.30)^4$ und $.44^3 (.41)^4$. Die Interrater-Korrelationen zwischen Eltern und Lehrpersonen betragen für den Gesamtproblemwert $r = .46^3 (.42)^4$ für den Belastungswert $r = .37^3 (.32)^4$. Für die Lehrpersonen-Kind-Übereinstimmung wurde für den Gesamtproblemwert $r = .33^3 (.29)^4$ und für den Belastungswert $r = .23^3 (.24)^4$ ermittelt. Becker et al. (2004) machten in ihrer Studie darauf aufmerksam, dass ermittelte Korrelationen anhand des SDQ die Mittelwertsvergleiche der Meta-Analyse von Achenbach et al. (1987) überschreiten.

Auch wenn sich die Angaben einzelner Beurteilerquellen stark unterscheiden, besitzen sie im Einzelnen nicht unbedingt eine geringe Validität. Die unterschiedlichen Informationen können für sich genommen verschiedene Sichtweisen und wichtige Aspekte des kindlichen Problemverhaltens abbilden, die in eine abschliessende Diagnosestellung miteinbezogen werden müssen (Achenbach et al., 1987; Karver, 2006). Verschiedene Informanten haben unterschiedliche Konzepte vom Verhalten eines Kindes, weil sie die Grenze zwischen unauffällig und auffällig sowie Normen oder Zeitintervalle verschieden auffassen (Foley et al., 2005). Diskordante Angaben zu untersuchen, ist von zentraler Wichtigkeit, weil es in der psychopathologischen Diagnostik nach De los Reyes und Kazdin (2005) bis heute keinen „gold standard“ gibt.

Die multimodale Diagnostik mit unterschiedlichen Informanten kreiert also ein Dilemma, wenn die Angaben stark variieren (Grills & Ollendick, 2003). Um diesem Dilemma entge-

³ Korrelationen nach Pearson $p < .001$

⁴ Rangkorrelationen nach Spearman $p < .001$

genzuwirken, wurden in verschiedenen Studien einerseits alle Symptome für die Diagnosestellung miteinbezogen, die von den unterschiedlichen Informationsquellen berichtet wurden; andererseits wurden die einzelnen Angaben in ihrer Relevanz bewertet und gewichtet, um ein klinisches Urteil zu bilden. Die Ergebnisse (Martin, Ford, Dyer-Friedman, Tang & Huffman, 2004; Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000) zeigen auf, dass eine Vorgehensweise, welche allen Informanten sowie deren Einschätzungen gleich viel Bedeutung zuschreibt, anderen Vorgehensweisen vorzuziehen ist.

3.3 Lehrer als Informanten

Wie in Kapitel 3.1 erwähnt wurde, müssen psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen aufgrund der Situationsabhängigkeit des Verhaltens in verschiedenen Bereichen des Alltags erfasst werden (Achenbach et al., 1987). Fremdbeurteilungen der Lehrpersonen nehmen dabei einen wichtigen Stellenwert ein. Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten in den Beurteilungen von Lehrpersonen fallen jedoch häufig tiefer aus als bei anderen Beurteilern. Lehrpersonen beurteilen Schwierigkeiten bei Jugendlichen oft als weniger problematisch und auffällig als Eltern und die Jugendlichen selbst (Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000; Goodman, 2001).

Saile (2007) konnte in seiner Untersuchung mit 642 Schülerinnen und Schülern im Alter zwischen 9 und 14 Jahren aufzeigen, dass das Lehrerurteil reliable Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten und prosoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen geben kann. Prosoziales Verhalten wird dabei häufig mit einem hohen Niveau kognitiver Entwicklung sowie positiven Beziehungen zu Gleichaltrigen assoziiert. Kinder mit Verhaltensstörungen sind dagegen häufiger beeinträchtigt sowohl in der Informationsverarbeitung, in ihrer Selbstwahrnehmung und ihrer Wahrnehmung der Umwelt. Auch werden sie häufig von den Gleichaltrigen zurückgewiesen oder nicht beachtet (Saile, 2007; Knafo & Plomin, 2006).

In der prospektiven Längsschnittanalyse von Sourander et al. (2004) mit 18-jährigen männlichen Jugendlichen stellte sich heraus, dass nur die Lehrer-Einschätzung des Problemverhaltens und des Hilfebedarfs der Studienteilnehmer den Kontakt zu Hilfeeinrichtungen zehn Jahre später vorhersagen konnte. Dieses Ergebnis hebt die Bedeutung der Einschätzungen der Lehrpersonen bei der Erkennung psychischer Probleme im Kindes- und Jugendalter hervor. Auch in anderen Studien (Farmer et al. 1999, Fachverband Sucht, 2008) zeigte sich, dass ein Kontakt zu Hilfeeinrichtungen in vielen Fällen über die Schule entsteht bzw. veranlasst wird.

3.4 Mögliche Ursachen für geringe Übereinstimmungen zwischen Beurteilern

Diskordanzen haben eine Reihe von Ursachen, wie De Los Reyes und Kazdin (2005) in ihrer Studie aufzeigen. Verschiedene Faktoren, die einen Einfluss auf diskordante Urteile haben könnten, lassen sich folgenden Problembereichen zuteilen:

Charakteristika der Kinder und Jugendlichen:

- Alter und Geschlecht des Kindes
- Nationalität / Kultureller Hintergrund
- Soziale Erwünschtheit
- Intensität und Art der Symptomatik sowie wahrgenommener Stress und Beeinträchtigung

Charakteristika der Eltern:

- Psychopathologie der Eltern (z.B. Depression und Angst)
- wahrgenommener Stress in der Familie oder zwischen den Elternteilen und sozial-ökonomische Aspekte

Charakteristika der Familie:

- Ehestatus (geschieden oder verheiratet)
- Eltern-Kind-Beziehung und Anzahl Geschwister

Die Befunde in klinischen sowie nicht-klinischen Stichproben sind bisher inkonsistent und bieten noch keine Schlussfolgerungen für die fehlende Übereinstimmung der Angaben (De los Reyes & Kazdin, 2005). In den folgenden Unterkapiteln wird nun auf ausgewählte verschiedene Einflussfaktoren eingegangen.

3.4.1 Validität der Urteile in Abhängigkeit der Störungsform

In den Meta-Analysen von Achenbach et al. (1987) und Karver (2006) wurde ersichtlich, dass in klinischen Stichproben die Übereinstimmung der Beurteilungen von Eltern und Kindern geringer ist für internalisierende Störungen als für externalisierende. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass es sich bei internalisierenden Störungen hauptsächlich um verdeckte Prozesse handelt, welche nur bedingt einer Beobachtung zugänglich sind oder über welche die Eltern keine hinreichenden Informationen besitzen (Karver, 2006). In nicht-klinischen Studien haben Seiffge-Krenke und Kollmar (1998) sowie Verhulst und van der Ende (1992) das Gegenteil aufgezeigt, dort wurde eine grössere Eltern-Kind-Übereinstimmung für internalisierende Probleme ermittelt. Allgemein lässt sich sagen, dass Eltern und Lehrpersonen gleichwertige Informationen erzeugen, die jedoch von der Störungsform des Jugendlichen abhängig sind. Während emotionale Probleme

me reliabler von den Eltern eingeschätzt werden, ist das Fremdurteil der Lehrpersonen meist aussagekräftiger in Bezug auf die Wahrnehmung von Verhaltens- und Hyperaktivitätsstörungen. Das Selbsturteil in Bezug auf letztgenannte Auffälligkeiten ist weniger zuverlässig als das Fremdurteil der Eltern und Lehrpersonen (Goodman et al., 2000). Herjanic und Reich (1982) kommen in ihrer Studie mit 307 Kindern im Alter von 6 bis 16 Jahren zu ähnlichen Resultaten. Mütter können häufiger und auch reliabler über verhaltensorientierte Symptome berichten, während die Kinder über subjektive Symptome besser Auskunft geben können.

3.4.2 Unterschiede zwischen Eltern

Zwischen den Urteilen beider Elternteile werden ebenfalls Unterschiede sichtbar. So konnten Lindholm und Touliatos (1981) Einschätzungen von Müttern und Vätern von über 1000 jugendlichen Patienten machen und aufzeigen, dass Mütter die Schwere einer Verhaltens- und Erlebensstörung bei ihren Kindern zu überschätzen scheinen, während Väter sich sorgloser und zuversichtlicher geben. In einer Studie mit 11- bis 16-jährigen krebskranken Kindern konnten Davé, Nazareth, Senior und Sherr (2008) feststellen, dass Väter häufiger über Verhaltensprobleme und Hyperaktivität ihrer Kinder berichteten als Mütter. Eine mögliche Erklärung für diese diskordanten Urteile ist, dass Mütter mehr Zeit mit den Kindern verbringen und deshalb mit der Zeit desensibilisiert werden für deren Schwierigkeiten. Treutler und Epkins (2003) bestätigen diese Hypothese in ihrer Untersuchung: Mütter, die häufiger als Väter über internalisierende Auffälligkeiten berichten, verbringen deutlich mehr Zeit mit den Kindern. Wie Phares bereits 1997 feststellte, werden Mütter im Vergleich zu Vätern häufig als akkuratere Beobachterinnen in Bezug auf internalisierende Schwierigkeiten betrachtet.

3.4.3 Symptombeurteilungen von Kindern und Jugendlichen

In verschiedenen Studien konnte zudem festgestellt werden, dass Kinder und Jugendliche häufiger über Symptome berichten, als ihre Eltern es tun. Dies hat laut Salbach-Andrae, Lenz und Lehmkuhl (2009) jedoch einen Zusammenhang mit der Anzahl und der Art von Problemen sowie der untersuchten Stichprobe. In nicht-klinischen Stichproben schätzen Jugendliche ihre Symptome als schwerwiegender ein als ihre Eltern oder Lehrer (Achenbach et al., 1987; Sourander, Helstela & Helenius, 1999). Im Gegensatz zu klinischen Stichproben, in welchen Eltern den Symptomen der Jugendlichen mehr Bedeutung beimessen und sie als schwerwiegender einschätzen (Kolko & Kazdin, 1993). Eine mögliche Erklärung für die fehlende Urteilerübereinstimmung könnte die Leugnung oder die Tendenz zum Beschönigen der psychologischen Probleme sein.

Wird die psychosoziale Beeinträchtigung der Symptome betrachtet, zeigt sich ein anderes Bild. So konnten Van Roy, Groholt, Heyerdahl und Clench-Aas (2010) in einer nicht-klinischen Studie aufzeigen, dass Kinder zwar häufiger über Symptome berichteten, aber sich durch diese weniger beeinträchtigt einschätzten als ihre Eltern. Wille, Bettge, Wittchen und Ravens-Sieberer (2008) konnten auch schon Resultate in diese Richtung aufzeigen, nämlich dass Eltern Symptome und psychosoziale Beeinträchtigungen, im Verhältnis konsistenter einschätzen als Kinder und Jugendliche. Zudem werden Jungen von ihren Eltern als psychosozial beeinträchtigt eingeschätzt als Mädchen. Kinder und Jugendliche berichten mehrheitlich zum Zeitpunkt der Untersuchung über ihre momentane Wahrnehmung in Bezug auf ihre Emotionen und ihr Verhalten und sind sensibler für kleinere Schwierigkeiten, auch wenn diese weniger beeinträchtigend und von den Eltern weniger leicht erkennbar sind. Eltern hingegen berichten über eine langfristige Wahrnehmung und beziehen dabei Symptome ein, die über eine längere Zeitspanne aufgetreten sind (Van Roy et al., 2010).

3.4.4 Unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung

Verschiedene Beurteiler können ein Problemverhalten sehr unterschiedlich wahrnehmen und bewerten. Die Psychopathologie der Eltern ist ein Faktor, der in diesem Zusammenhang bereits häufig untersucht wurde. Verschiedene Studien, die beide Elternteile einbezogen und in ihrem Einfluss verglichen haben, konnten aufzeigen, dass die Zusammenhänge zwischen Störungen der kindlichen Entwicklung und Auffälligkeiten der Mutter-Kind- und der Vater-Kind-Beziehung nahezu vergleichbar sind (Laucht, 2003). Die Studie von Federer, Stüber, Margraf, Schneider und Herrle (2001) zeigt, dass depressive Mütter ihre Kinder ängstlicher einschätzen als diese es selbst tun. Die Feststellung von Kazdin (1994), dass psychopathologisch auffällige Eltern ihre Kinder als auffälliger einschätzen als andere Eltern, wird durch dieses Ergebnis bestätigt. Foley et al. (2005) sprechen dabei von einem Eltern-Bias, wobei Eltern ihre Kinder in Bezug auf ihre eigene psychiatrische Geschichte einschätzen und somit den Gesundheitszustand der Kinder in verfälschter Weise wiedergeben. Möglicherweise beeinflusst die Pathologie der Eltern ihre Wahrnehmung des kindlichen Verhaltens. Für die pathologischere Wahrnehmung des Kindes könnten depressive Schuldgefühle verantwortlich sein (Federer et al., 2001).

3.4.5 Berücksichtigung des Selbsturteils

Foley et al. (2005) machen in ihrer Untersuchung darauf aufmerksam, dass Merkmale von internalisierenden Problemen wie Anspannung und Reizbarkeit von Eltern missinterpretiert werden können und darum zu einer geringen Übereinstimmung der Beurteilungen von Eltern und ihren Kindern beitragen. Bei der Beurteilung internalisierender Auffälligkeiten sollte daher auf das Selbsturteil und die Exploration von Kindern und Jugendlichen beson-

deres Gewicht gelegt werden; bei externalisierenden Auffälligkeiten sollten hingegen verstärkt die Eltern/Lehrer berücksichtigt werden (Döpfner & Lehmkuhl, 1997). Das Beachten von Selbsteinschätzungen ist gemäss Martin et al. (2004) besonders wichtig in derjenigen Gruppe von Kindern, welche bei sich selbst Verhaltensprobleme wahrnimmt, die jedoch von den Eltern weniger beobachtet werden. Kinder in dieser Gruppe können internalisierende Probleme von klinischer Relevanz erleben und ihre Selbsteinschätzungen können wichtige und spezifische Informationen bezüglich ihres Wohlbefindens geben.

Internalisierende Probleme wie depressive Symptome und Störungen bei Kindern und Jugendlichen bleiben oft unentdeckt, weil sie im Vergleich zu Hyperaktivität oder Verhaltensproblemen weniger Auswirkungen auf das Umfeld des Kindes (Familienmitglieder, Freunde etc.) haben (Bettge, Wille, Barkmann, Schulte-Markwort & Ravens-Sieberer, 2008). In der Konsequenz erhalten depressive Kinder und Jugendliche weniger Hilfe und Behandlung als es nötig wäre (Ravens-Sieberer et al., 2008). Um depressive Symptome und Störungen besser zu entdecken, ist es wichtig, die Selbsteinschätzung der Betroffenen – also die eigene Sicht – auf ihre Probleme zu berücksichtigen (Bettge et al., 2008).

3.4.6 Merkmale von Verhalten

Herjanic und Reich (1982) betonen, dass die Urteilerübereinstimmung zwischen Eltern und Jugendlichen höher ist für Fragen, die in Bezug auf eine konkrete, intensive (schwere) und beobachtbare Symptomatik hin formuliert sind. Karver (2006) nennt vier Verhaltensmerkmale, die für die Übereinstimmung zwischen Eltern und Jugendlichen zentral sind. Für konkordante Urteile muss das Verhalten der Jugendlichen von den Eltern beobachtbar sein und wahrgenommen werden können. Verhaltensweisen sollten zudem über verschiedene Situationen hinweg konsistent vorkommen. Beurteilende, die ein Kind im gleichen Kontext (z. B. in der Familie) erleben, zeigen nach Achenbach (1991d) höhere Übereinstimmungen, als Beurteilende, die das Kind in unterschiedlichen Kontexten erleben (z. B. in der Schule und in der Familie). Verhaltensweisen, die einfacher erinnerbar und abrufbar sind, wahrscheinlich weil sie auch besser beobachtbar sind, sollten in den Einschätzungen höhere Übereinstimmungen haben. Letztendlich sollten Eltern und Jugendliche höhere Übereinstimmungen in den Angaben haben, wenn sie beide gewillt sind, erinnerte Verhaltensweisen zu berichten. Verhaltensweisen, die von den Informanten ungerne berichtet werden, weil sie beispielsweise beschönigt oder geleugnet werden, haben tiefere Übereinstimmungen in den Einschätzungen.

3.4.7 Soziale Erwünschtheit

Die Tendenz von Kindern und Jugendlichen, ihre Symptome zu beschönigen und sich sozial erwünscht zu verhalten, könnte teilweise zur geringen Urteilerübereinstimmung beitra-

gen (Di Bartolo, Albano, Barlow & Heimberg, 1998). Kinder und Jugendliche können dazu neigen, emotionale Schwierigkeiten zu verdecken oder zu leugnen, wenn sie von den Eltern darauf angesprochen werden. Sie wollen ein positives Selbstbild bewahren (Pina, Silverman, Saavedra & Weems, 2001). Dieser Zusammenhang wurde bisher nur wenig empirisch untersucht (Grills & Ollendick, 2002). Grills und Ollendick (2003) konnten jedoch einen Zusammenhang aufzeigen zwischen sozialer Erwünschtheit und grösserer Übereinstimmung der Beurteilungen zwischen Eltern und Kindern in Bezug auf internalisierende Probleme wie z. B. Depression.

3.4.8 Alter und Geschlecht

Die vorhandenen Studien zeigen in Bezug auf das Alter und Geschlecht der Jugendlichen widersprüchliche Ergebnisse. Achenbach et al. (1987) fanden in ihrer Meta-Analyse eine grössere Übereinstimmung der Beurteilungen zwischen den Informanten und Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren als zwischen den Informanten und Jugendlichen von 12 bis 19 Jahren. Interpretationen besagen, dass das Verhalten von jüngeren Kindern von Dritten besser beobachtet werden kann. Interessanterweise wurden in den Studien von Karver (2006) und Van der Meer, Dixon & Rose (2008) keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen gefunden, wohingegen Martin et al. (2004) in ihrer Studie deutliche Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben in Bezug auf das Alter der Jugendlichen erkannten. So stimmen in klinischen Stichproben die Angaben der Eltern eher mit jüngeren Kindern überein, während sich in nicht-klinischen Stichproben höhere Übereinstimmungsraten feststellen lassen zwischen Eltern und älteren Kindern. Die Studie von Kolko und Kazdin (1993) konnte eine grössere Eltern-Kind-Übereinstimmung für Mädchen in Bezug auf Verhaltensprobleme nachweisen. Obwohl in verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Untersuchungen Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht der Jugendlichen und den diskordanten Angaben gefunden wurden (Angold et al., 1987; Verhulst & van der Ende, 1992; Grills & Ollendick, 2002), konnten wiederum andere Studien keine Geschlechtseffekte finden (Choudhury, Pimentell & Kendall, 2003; Verhulst, Althaus & Berden, 1987).

Geschlechtsunterschiede stehen oft in Zusammenhang mit der Störungsform. Im Elternurteil wurden Jungen bei externalisierenden Verhaltensweisen im Vergleich zu Mädchen als auffälliger eingeschätzt, während im Selbsturteil keine eindeutigen Geschlechtsunterschiede erkennbar sind (Verhulst, van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997). Dasselbe gilt für die eingeschätzte psychosoziale Beeinträchtigung der Symptome, bei der Jungen von den Eltern als beeinträchtigter und belasteter eingeschätzt werden als Mädchen (Wille et al., 2008). Weiter erwähnen die Autoren, dass geschlechtsspezifisches Verhalten bei Jungen dafür verantwortlich sein könnte, dass selbst eingeschätzte psychosoziale Beeinträchtigung

gen seltener eintreten. Kämmerer (2001) weist darauf hin, dass expansives Störungsverhalten geschlechtsstereotyp für Jungen ist und eher als auffällig, abweichend und als behandlungsbedürftig definiert wird. Mädchen weisen eher stilles, unauffälliges Verhalten auf, welches damit eher ignoriert und in der Kindheit als nicht behandlungsbedürftig angesehen wird. Diese Aussage wird von Hurrelmann (2004) bestätigt und weiter ausformuliert. Er betont, dass die kulturelle und soziale Interpretation der unterschiedlichen Verhaltensweisen eine wichtige Rolle spielt. Dies macht es einem Jungen oder einem Mädchen unmöglich, zwischen den eigenen Anlagen und Merkmalen und den stereotypen Erwartungen der Umwelt an sie zu unterscheiden.

3.4.9 Kultureller Hintergrund

Von den Studien, die Zusammenhänge zwischen den Charakteristiken der Informanten und den Urteilerübereinstimmungen untersucht haben, haben nur wenige den kulturellen Hintergrund berücksichtigt (De los Reyes & Kazdin, 2005). In einigen Untersuchungen wurde festgestellt, dass es Unterschiede zwischen den Nationalitäten in Bezug auf die Wahrnehmung und Interpretation von problematischem Verhalten der Kinder und Jugendlichen gibt. Weisz et al. (1988) postulieren, dass ein so genannter Schwellenwert (threshold effect) existiert, der für das Verständnis von kulturellen Unterschieden in der Selbsteinschätzung von Jugendlichen und der Fremdeinschätzung von Eltern oder Lehrern in Bezug auf emotionale und Verhaltensprobleme massgebend ist. Das Schwellenwert-Modell suggeriert, dass verschiedene Kulturen unterschiedliche Schwellenwerte benutzen, um psychische Probleme bei Jugendlichen zu benennen.

Interkulturelle Studien, welche die Child Behavior Checklist (CBCL) und den Youth Self-Report (YRS) eingesetzt haben, konnten aufzeigen, dass skandinavische Eltern über weniger Symptome berichteten als Eltern aus anderen Ländern. Skandinavische Jugendliche berichteten jedoch über mehr Symptome als Jugendliche aus anderen Ländern (Rescorla et al., 2007; Heiervang, Goodman & Goodman, 2008). Letztgenannte Autoren konnten bei Vergleichen mit dem Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ) bei einer norwegischen und britischen Bevölkerung feststellen, dass norwegische Eltern und Lehrer emotionale Probleme der Kinder deutlich weniger häufig wahrnahmen als britische Eltern und Lehrer. Die Tatsache, dass eine Verbindung zwischen Nationalität und entsprechenden Aussagemustern besteht, macht auf die Notwendigkeit aufmerksam, dass vor interkulturellen Vergleichen länderübergreifende Aussage-Bias genau evaluiert werden müssen (Heiervang, Goodman & Goodman, 2008).

3.5 Auswirkungen der Diskordanzen

Die Auswirkungen der diskordanten Angaben zwischen verschiedenen Informanten wurde bisher wenig beachtet. Es kann vermutet werden, dass die fehlende Übereinstimmung zwischen Eltern und Jugendlichen in Bezug auf Symptome der Jugendlichen klinische Bedeutung haben könnte. Inwieweit Eltern und Jugendliche in ihren Einschätzungen zu Vorkommen und Art der Probleme übereinstimmen, könnte ihre Fähigkeit, gemeinsame Therapieziele zu entwickeln, beeinflussen (Ferdinand, van der Ende & Verhulst, 2004).

Fehlende Übereinstimmungen bei Eltern und Jugendlichen können die Behandlung von Symptomen behindern. Yeh und Weisz (2001) konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass Eltern und Kinder zu 63% in der Therapie scheitern, wenn sie sich auf kein gemeinsames Therapieziel einigen können. Die Therapie misslingt zu 36%, wenn sie sich nicht auf die zu behandelnden Symptome einigen können. Diese Befunde machen auf die Bedeutung der Diskordanzen in der Behandlungsplanung aufmerksam, da sie die Therapeuten, Psychologen und Ärzte oft vor Probleme in der Zielvereinbarung stellen. Eine Urteilsdiskordanz kann die aktive Teilnahme in einer Therapie behindern, weil kein gemeinsames Therapieziel gefunden wird. Zudem kann es die Möglichkeiten des Therapeuten behindern, tragfähige therapeutische Beziehungen zu Eltern und Kind aufzubauen, insbesondere wenn der Therapeut eine eigene Vorstellung von den Problemen hat, die er zu bearbeiten gedenkt (Hawley & Weisz, 2003). Klinische Psychologen und Therapeuten, welche nichtübereinstimmende Angaben in Einschätzungen vor sich haben, sollten gemäss Van der Meer et al. (2008) die Diskordanzen in der Therapie ansprechen und in die Behandlung einbeziehen. Dies ist dann besonders wichtig, wenn man die Erkenntnis aus ihrer Studie betrachtet, wonach 4% der Kinder ihre eigenen emotionalen und Verhaltensprobleme wahrgenommen und als klinisch relevant eingeschätzt haben, während dies bei den Eltern nicht der Fall war. Wenn in diesen Fällen nur die Berichte der Eltern beachtet werden, besteht für Kinder dieser Gruppe das Risiko, dass deren Probleme unentdeckt bleiben.

3.6 Zusammenfassende Erkenntnisse

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Literatur und Forschung sind für die Fragestellungen dieser Arbeit folgende Erkenntnisse wichtig: Da das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten situativ unterschiedlich ist (Achenbach et al., 1987; Grills & Ollendick, 2002), muss die Erfassung von Auffälligkeiten in verschiedenen Lebensräumen von Jugendlichen stattfinden. Goodman (2001) ermittelte mit dem Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ) in einer nicht-klinischen Studie positive, aber geringe Übereinstimmungen der Angaben von Eltern und Jugendlichen, Eltern und Lehrpersonen sowie Lehrpersonen und Jugendlichen. In dieser Arbeit werden aus diesem Grund positive, aber geringe Zusammenhänge der Angaben erwartet. In der Literatur zu Eltern-Kind-Übereinstimmungen in

Bezug auf Beurteilungen zu Verhaltensstärken und -auffälligkeiten können Belege gefunden werden, dass das Geschlecht der Jugendlichen einen Einfluss auf diskordante Angaben hat (Verhulst & van der Ende, 1992; Grills & Ollendick, 2002), weswegen die Zusammenhänge zwischen Eltern und Mädchen und Eltern und Jungen getrennt voneinander untersucht werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Störungsform der Jugendlichen einen Einfluss auf diskordante Angaben hat. So wird in dieser nicht-klinischen Studie angenommen, dass zwischen Eltern und Jugendlichen eine höhere Urteilsübereinstimmung für internalisierende Auffälligkeiten besteht.

Ein weiterer Aspekt, der in dieser Arbeit untersucht wird, ist die Übereinstimmung der berichteten Symptome mit den psychosozialen Beeinträchtigungen, die sich dadurch ergeben. Zusammenfassend können in der Literatur zu Urteilsübereinstimmungen sowohl Belege für ein häufig nicht-übereinstimmendes Verhältnis von Symptomen und Beeinträchtigungen bei Jugendlichen (Phares & Compas, 1990), als auch für eine konsistentere Einschätzung der Eltern diesbezüglich gefunden werden (Wille et al., 2008). Trotz dieser Erkenntnis wird in dieser Arbeit ein Zusammenhang der Angaben zu Symptomen und Beeinträchtigungen bei Eltern und Lehrpersonen sowie Jugendlichen erwartet. Ein wesentlicher Teil der Jugendlichen, die sich in Untersuchungen als psychisch auffällig erweisen, erhalten keine angemessene Hilfe (Zwaanswijk et al., 2003; Petermann, 2005). In einer Überblicksarbeit konnten Zwaanswijk et al. (2003) bestimmte Merkmale des Kindes und seiner Umgebung ermitteln, die das Erkennen einer Behandlungsbedürftigkeit und das Inanspruchnahmeverhalten von professioneller Hilfe beeinflussen. In der vorliegenden Arbeit soll nun explorativ untersucht werden, ob die von den Eltern berichteten Symptome und die Wahrnehmung von Stress und Beeinträchtigung bei den Jugendlichen einen Zusammenhang haben mit dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern.

3.7 Fragestellungen und Hypothesen

Aufgrund der theoretischen Herleitung sowie der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes lassen sich die zentralen Fragestellungen für die vorliegende Arbeit in folgende Bereiche unterteilen:

Zusammenhang der Angaben:

1. Wie stark hängen die Angaben von Eltern und von Mädchen (1a) sowie von Jungen (1b) hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen zusammen?
2. Wie stark hängen die Angaben von Lehrpersonen und von Mädchen (2a) sowie von Jungen (2b) hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen zusammen?

3. Wie stark hängen die Angaben von Eltern und von Lehrpersonen hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen zusammen?

Zusammenhang abhängig von Störungsform:

4. Wie sieht der Zusammenhang der Beurteilungen der Eltern und der Jugendlichen hinsichtlich internalisierender und externalisierender Probleme aus?

Zusammenhang Symptome und Beeinträchtigungen:

5. Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den berichteten Symptomen (Gesamtproblemwert) und psychosozialen Beeinträchtigungen (Belastungswert) von Jungen und Mädchen bei den Beurteilungen der Eltern (5a)? Ist auch in den Beurteilungen der Lehrpersonen ein Zusammenhang ersichtlich (5b)? Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und Belastungswert bei den Selbstbeurteilungen der Jugendlichen (5c)?

Explorative Untersuchung:

6. Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert, Belastungswert und dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern?

Für die Untersuchung werden folgende weiterführende Hypothesen aufgestellt:

1. Die Beurteilungen von Eltern und von Mädchen (1a) sowie von Jungen (1b) korrelieren hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen positiv, aber gering.
2. Die Beurteilungen von Lehrpersonen und von Mädchen (2a) sowie von Jungen (2b) korrelieren hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen positiv, aber gering.
3. Die Beurteilungen der Lehrpersonen und den Eltern korrelieren hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen positiv, aber gering.
4. Es wird erwartet, dass die Übereinstimmung der Beurteilungen von Eltern und Jugendlichen betreffend internalisierender Auffälligkeiten höher ist als für externalisierende Auffälligkeiten.
5. Der Gesamtproblemwert von Jungen und Mädchen korreliert positiv, aber gering mit dem Belastungswert in den Beurteilungen der Eltern (5a), der Lehrpersonen (5b) und der Jugendlichen (5c).

II Empirischer Teil

In den folgenden Kapiteln wird die quantitative Untersuchung dieser Masterarbeit vorgestellt. In Kapitel 4 wird nach der Beschreibung der Ausgangslage und deskriptiven Darstellung der untersuchten Stichprobe das methodische Vorgehen bei der Datenerhebung und -auswertung aufgezeigt. Kapitel 5 wendet sich den gewonnenen Ergebnissen der Untersuchung zu, bevor diese im Kapitel 6 in Bezug auf die zentralen Fragestellungen kritisch reflektiert und diskutiert werden.

4 Methode

4.1 Design und Durchführung

Die Schulabgängerstudie ist in einen Drei-Phasen-Prozess unterteilt, mit dem Ziel, Schülerinnen und Schüler mit erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und so die Primär- und Sekundärfolgen beginnender psychischer Störungen zu reduzieren. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem ersten Teilprojekt, welches in der Oberstufenschule Embrach durchgeführt wurde (siehe Abbildung 1).

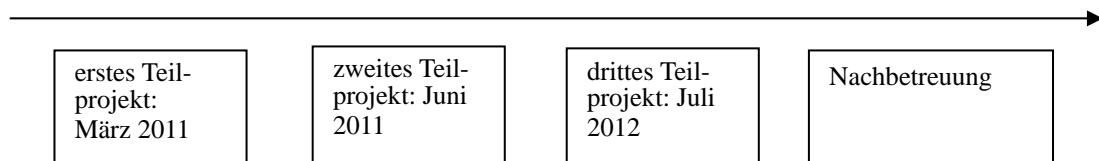


Abbildung 1. Zeitstrahl des Drei-Phasen-Prozesses der Kohortenstudie

Im zweiten Teilprojekt ist eine wiederholte Anwendung des Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ) geplant und soll vom computergestützten diagnostischen Interview Computer-Assisted Personal Interview (CAPI) des Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) unterstützt werden. Das dritte Teilprojekt ist für Juli 2012 vorgesehen, ebenso die Umsetzung der Erkenntnisse der Evaluation des SDQ. Die Nachbetreuung der auffälligen Jugendlichen kann Empfehlungen an den Schulpsychologischen Dienst oder an Regionalstellen der Kinder- und Jugendpsychiatrie beinhalten.

Für die Untersuchung der vorliegenden Arbeit wurde die Oberstufenschule Embrach im Kanton Zürich kontaktiert. Embrach ist eine suburbane Wohngemeinde und zählt knapp 8900 Einwohnerinnen und Einwohner. Zur Teilnahme angesprochen wurden Schülerinnen und Schüler des 9. Schuljahres, deren Klassenlehrpersonen und die Eltern der Jugendlichen. Die Untersuchung wurde zu Beginn den zuständigen Schulleitern der Oberstufenschule im Rahmen einer Informationssitzung vorgestellt. Dabei wurden sie über Zweck und Wichtigkeit sowie über die Durchführung und anschließende Verarbeitung der Daten der Studie informiert. Die Schulleitung informierte anschliessend die Lehrkräfte, daraufhin

bestätigten zwei Lehrpersonen (Sekundarschule-Niveau B und C) ihre Teilnahme an der Untersuchung. Beide Lehrpersonen beantworteten im Rahmen der Untersuchung pro Schülerin und Schüler einen Fragebogen mit rund 30 Fragen zu Verhaltensstärken und -auffälligkeiten.

In der Vorbereitung wurde nachgefragt, ob die Eltern eine andere Muttersprache als Deutsch haben, um den Fragebogen in den entsprechenden Sprachen vorzubereiten. Der Fragebogen (Anhang A) sowie ein Informationsschreiben der Studienleitung (Anhang B) und ein Empfehlungsschreiben der Bildungsdirektion (Anhang C) wurden zu einem Informationspaket für die Eltern zusammengefasst. Auf den drei Informationsschreiben für die Eltern wurde eine Identifikationsnummer angebracht, die sowohl die Jugendlichen wie auch die Lehrpersonen bei Bearbeitung des Fragebogens angaben. So wurde eine anonyme Bearbeitung gewährleistet und zugleich eine Zuordnung der drei Fragebogenversionen (Eltern, Jugendliche und Lehrpersonen) ermöglicht. Den Jugendlichen wurde der Fragebogen in der Selbstversion verteilt, den sie am 14. März 2011 während einer Unterrichtsstunde in den Schulklassen ausfüllten. Insgesamt dauerte die Untersuchung nach Erläuterung des Vorgehens 20 Minuten. Die Lehrperson und die Untersucherin waren während der Befragung anwesend und standen für Fragen zur Verfügung. Die Eltern wurden anhand eines Informationspaketes schriftlich über die Untersuchung informiert. Die Eltern hatten vier Tage Zeit, den Fragebogen zu bearbeiten und dem Kind wieder mit in die Schule zu geben. Der Rücklauf war bis zum 18. März 2011 abgeschlossen.

4.2 Beschreibung der Stichprobe

Von den insgesamt 33 Schülerinnen und Schülern der beiden rekrutierten Klassen nahmen 32 Jugendliche an der Befragung teil. Ein Schüler war während der Befragung abwesend. In den beiden Klassen waren Jungen deutlich häufiger vertreten als Mädchen (Jungen $n = 22$; Mädchen $n = 11$). Die Schülerinnen und Schüler waren zwischen 14 und 17 Jahre alt ($M = 15.36$; $SD = .60$). Ferner wurden sie gebeten anzugeben, ob sie wegen den beschriebenen Schwierigkeiten schon professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben. Dabei waren Mehrfachantworten möglich (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Art der Inanspruchnahme bei Jugendlichen

| Art der Behandlung | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| Schulpsychologischer Dienst | 3 | 60 |
| Kinder- oder Hausarzt | 2 | 40 |
| Psychologin/e | 1 | 20 |
| Psychotherapie oder Psychiatrische Behandlung | 1 | 20 |
| Stationäre psychiatrische Behandlung | - | - |
| Klassenlehrperson | 3 | 60 |
| Schulsozialarbeit | 1 | 20 |

Anmerkung. ($n = 5$)

Die Schülerinnen und Schüler suchten wegen wahrgenommener Schwierigkeiten am häufigsten den Kontakt zum Schulpsychologischen Dienst und zur Klassenlehrperson (jeweils 60%). 40% der Jugendlichen wurden bei einem Kinder- oder Hausarzt vorstellig. 20% der Schülerinnen und Schüler gaben an, schon einmal bei einer Psychologin oder bei einem Psychologen oder in Psychotherapie gewesen zu sein. Zudem gaben 20% der Jugendlichen an, aufgrund von emotionalen oder Verhaltensproblemen bereits bei der Schulsozialarbeiterin oder beim Schulsozialarbeiter gewesen zu sein.

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, nahmen die Lehrpersonen 33 Schülereinschätzungen vor. Insgesamt wurden 30 Elternfragebögen bearbeitet, was einer Rücklaufquote von 91% entspricht. Von den 30 Elternfragebögen sind alle aufgrund einer ausreichenden Anzahl von Antworten sowie der Angaben zum Geschlecht der Kinder auswertbar. Fehlten bei einem Fall einzelne Skalenwerte, wurde der Fall nicht komplett aus dem Datensatz eliminiert, sondern ging in die Analysen mit ein.

Tabelle 5

Feedback der schriftlichen Befragung

| | Anzahl befragter Teilnehmer (n) | Anzahl Rückläufer (n) | Rücklaufquote (%) |
|--------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Jugendliche | 33 | 32 | 97 |
| Lehrpersonen | 33 | 33 | 100 |
| Elternteile | 33 | 30 | 91 |

Von den 33 Eltern, die angesprochen wurden, nahmen 30 an der Untersuchung teil. Von gesamthaft 30 Elternteilen haben 23 (69.7%) Mütter und vier (12.1%) Väter den Fragebogen ausgefüllt. Drei Fragebogen (9.1%) wurden von beiden Elternteilen ausgefüllt. Die

Eltern wurden gebeten anzugeben, welche Nationalitäten sie haben. Von den Eltern besitzen 21 (63.3%) eine schweizerische Nationalität und neun (27.3%) eine nicht-schweizerische. Von drei Elternteilen ist die Nationalität nicht bekannt. Wie die Jugendlichen wurden auch die Eltern gebeten anzugeben, ob sie wegen emotionaler Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten der Kinder schon mal Hilfe in Anspruch genommen haben. Mehrfachantworten waren dabei möglich (Tabelle 6).

Tabelle 6

Art der Inanspruchnahme der Eltern

| Art der Behandlung | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| Schulpsychologischer Dienst | 4 | 44 |
| Kinder- oder Hausarzt | 3 | 33 |
| Psychologin/e | 5 | 55 |
| Psychotherapie oder Psychiatrische Behandlung | 1 | 11 |
| Stationäre psychiatrische Behandlung | - | - |
| Klassenlehrperson | 3 | 33 |
| Schulsozialarbeit | 1 | 11 |

Anmerkung.(n = 9); Mehrfachantworten möglich.

Von den Eltern, die wegen emotionaler Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder schon mal professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, wurde am häufigsten eine Psychologin oder ein Psychologe aufgesucht (55.6%). 44.4% der Eltern haben ihr Kind beim Schulpsychologischen Dienst vorgestellt. Der Kinder- oder Hausarzt wurde von 33.3% der Eltern kontaktiert, weitere 33.3% suchten den Kontakt zur Klassenlehrperson. Psychotherapie oder Psychiatrische Behandlung sowie den Kontakt zur Schulsozialarbeit gaben jeweils 11.1% der Eltern an.

4.3 Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ)

Der Strengths-and-Difficulties-Questionnaire (SDQ) ist ein in Grossbritannien entwickeltes Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Der Fragebogen liegt in Eltern- und Lehrerversionen sowie als Selbstbericht (ab 11 Jahren) vor (Goodman, 1997). Der SDQ ist ein international gut evaluierter Fragebogen, der auch im Vergleich mit der Child Behaviour Check List (CBCL) als reliabel und valide bekannt ist (Goodman et al., 1998; Goodman, 1999; Goodman et al., 2003). Mittlerweile steht er in über 50 Sprachen kostenfrei im Internet zur Verfügung (www.sdqinfo.org). Er kann innerhalb von 10 Minuten bearbeitet werden und bietet eine standardisierte Auswertung (Youth in Mind, 2001). Die 25 SDQ-Items erfassen positive und negative Verhaltensaspekte und lassen sich vier Problemsubskalen und einer positiv

gepolten Skala (Prosoziales Verhalten) zuordnen. Alle Items werden folgendermassen eingeführt: „Bitte markiere zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.“ Die vier Problemskalen, die sich jeweils aus 5 Items zusammensetzen, beinhalten folgende Fragen:

1. **Hyperaktivität (Hyperactivity Scale):** „Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen“; „Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig“; „Ich lasse mich leicht ablenken; finde es schwer mich zu konzentrieren“; „Ich denke nach bevor ich handle“ und „Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren“.
2. **Emotionale Probleme (Emotional Symptoms Scale):** „Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht“; „Ich mache mir häufig Sorgen“; „Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen“; „Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen“ und „Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht“.
3. **Verhaltensprobleme (Conduct Problems Scale):** „Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung“; „Normalerweise tue ich, was man mir sagt“; „Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will“; „Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogle“ und „Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)“.
4. **Probleme mit Gleichaltrigen (Peer Problems Scale):** „Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst“; „Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen“; „Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt“; „Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert“ und „Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen“.
5. **Prosoziales Verhalten (Prosocial Scale):** „Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig“; „Ich teile normalerweise mit anderen (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)“; „Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind“; „Ich bin nett zu jüngeren Kindern“ und „Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)“.

Die Eltern- und Lehrerversionen des SDQ beinhalten dieselben Items wie im Selbstbericht und sind in der 3. Person formuliert. Die vollständigen Versionen des Fragebogens finden sich im Anhang A.

Die Einschätzung erfolgt auf einer dreistufigen Skala, wobei die Ankerpunkte: 1 = „Nicht zutreffend“, 2 = „Teilweise zutreffend“ bis 3 = „Eindeutig zutreffend“ sind. Die Rohwerte werden für die Auswertung von 0 = „Nicht zutreffend“, 1 = „Teilweise zutreffend“ bis 2 = „Eindeutig zutreffend“ skaliert. Die Fragen 7, 11, 14, 21 und 25 sind umcodiert. Berechnet werden die Problemskalenwerte „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ sowie „Probleme mit Gleichaltrigen“, welche eine Ausprägung von 0-10 erreichen können. Der Gesamtproblemwert (total difficulties score) kann somit Werte von 0-40 erreichen. Der Bereich „Prosoziales Verhalten“ wird bei der Ermittlung des Gesamtwerts nicht berücksichtigt. Für die Einzelskalen wie auch für den Gesamtproblemwert liegen Grenzwerte vor, anhand derer die Jugendlichen den Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ zugeordnet werden können. In der Normierungsstichprobe legte Goodman (1997) die Grenzwerte so, dass ca. 80% der Kinder als unauffällig eingestuft wurden, 10% als grenzwertig und weitere 10% als auffällig (vgl. Tabelle 7).

Zusätzlich zu den Einzelskalen werden in der erweiterten Variante des SDQ (Goodman, 1999) globale Angaben zu Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen erfragt. In der ersten Frage wird die beurteilende Person gebeten, anzugeben, ob sie denkt, dass das Mädchen oder der Junge „keine“, „leichte“, „deutliche“ oder „massive“ Schwierigkeiten in mindestens einem der Bereiche wie Stimmung, Konzentration, Verhalten oder Umgang mit anderen hat. Falls hier über keine Schwierigkeiten berichtet werden, können die weiteren Fragen ausgelassen werden. Falls Schwierigkeiten angegeben werden, wird die Person gebeten, weitere Fragen zum subjektiv empfundenen Leidensdruck sowie der Dauer des Problems zu beantworten und anzugeben, ob durch das Problem verursachte Beeinträchtigungen und Belastungen zu Hause, mit Freunden, im Unterricht oder in der Freizeit bestehen. Die Antworten zum subjektiv empfundenen Leidensdruck sowie die damit einhergehenden Beeinträchtigungen in den vier Bereichen werden skaliert („gar nicht“ = 0, „kaum“ = 0, „deutlich“ = 1, „schwer“ = 2) und zu einem Belastungswert (total impact score) zusammengezählt. Ein Belastungswert von 1 (Kategorie „grenzwertig“) wird interpretiert als mögliche Behandlungsbedürftigkeit (caseness). Ein Wert von 2 (Kategorie „auffällig“) impliziert sehr wahrscheinliche Behandlungsbedürftigkeit.

Tabelle 7

Bereiche der Rohwerte für Subskalen, Gesamtproblemwert und Belastungswert

| Skala | Unauffällig | | | Grenzwertig | | | Auffällig | | |
|-----------------------------|-------------|------|------|-------------|-------|-------|-----------|-------|-------|
| | E | L | J | E | L | J | E | L | J |
| Emotionale Probleme | 0-3 | 0-4 | 0-5 | 4 | 5 | 6 | 5-10 | 6-10 | 7-10 |
| Probleme mit Gleichaltrigen | 0-2 | 0-3 | 0-3 | 3 | 4 | 4-5 | 4-10 | 5-10 | 6-10 |
| Verhaltensprobleme | 0-2 | 0-2 | 0-3 | 3 | 3 | 4 | 4-10 | 4-10 | 5-10 |
| Hyperaktivität | 0-5 | 0-5 | 0-5 | 6 | 6 | 6 | 7-10 | 7-10 | 7-10 |
| Prosoziales Verhalten | 6-10 | 6-10 | 6-10 | 5 | 5 | 5 | 0-4 | 0-4 | 0-4 |
| Gesamtproblemwert | 0-13 | 0-11 | 0-15 | 14-16 | 12-15 | 16-19 | 17-40 | 16-40 | 20-40 |
| Belastungswert | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | > 2 | >2 | >2 |

Anmerkung. E = Eltern, L = Lehrpersonen und J = Jugendliche

In einer ersten Pilotstudie konnten Goodman, Meltzer und Bailey (1998) nachweisen, dass der SDQ-Selbstbericht gut zwischen nicht-klinischen und klinischen Gruppen differenzieren kann. Die dimensionale Struktur der Eltern- und Lehrerversion konnte in einer deutschen Feldstichprobe mittels Faktorenanalysen von Koglin, Barquero, Mayer, Scheithauer und Petermann (2007) bestätigt werden. Cronbachs Alpha variiert zwischen $r = .73$ und $r = .86$ und ist somit zufriedenstellend. Neben den erwähnten Vorteilen des Verfahrens beinhalten laut Döpfner und Petermann (2008) die relativ kurzen Skalen aber auch Nachteile, besonders für klinische Zwecke, da nur begrenzte Informationen erhoben werden können. Goodman, Lamping und Ploubidis (2010) überprüften anhand einer britischen Stichprobe ($N: 18, 222$) die Möglichkeit, die beiden Subskalen „Emotionale Probleme“ sowie „Probleme im Umgang mit anderen“ zu einer internalisierenden Skala einzuteilen und die Verhaltens- sowie Hyperaktivitätsprobleme zu einer externalisierenden Skala zusammenzufassen. Die Überprüfung der faktoriellen Struktur belegte die SDQ-Skalenbildung für die beiden Subskalen, zudem zeigten sie eine gute diskriminante und konvergente Validität.

4.4 Persönliche Daten

Um die psychische Situation einzuschätzen, wurden die Eltern und Jugendlichen gebeten anzugeben, ob sie wegen der wahrgenommenen Schwierigkeiten während der letzten sechs Monate professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben und welcher Art diese gegebenenfalls war. Inhalt und Qualität der Inanspruchnahme sowie informelle Hilfsquellen wie Familie und Freunde wurden dabei nicht erfasst. Die Eltern sollten zusätzlich angeben, welche Nationalität(en) sie besitzen.

4.5 Statistische Auswertung

Die Variablen wurden mit dem Shapiro-Wilk auf Normalverteilung getestet (Anhang D). Dieser Test empfiehlt sich bei kleineren Stichproben ($N < 50$). Für die Jugendlichen kann

die Annahme einer Normalverteilung ausser für die Subskalen „Verhaltensprobleme“ sowie „Hyperaktivität“ und dem Gesamtproblemwert nicht aufrecht erhalten werden. Bei den Lehrpersonen erreichen weder die Subskalen noch der Gesamtproblem- und Belastungswert die Kriterien einer Normalverteilung. Bei den Eltern sind nur die beiden Subskalen „Hyperaktivität“ und „Prosoziales Verhalten“ normalverteilt. Es wird daher mit nicht-parametrischen Verfahren gerechnet.

Die Stichprobe kann als abhängig bezeichnet werden, da die drei Gruppen von Versuchsteilnehmern (Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche) einander paarweise zugeordnet werden können und die Untersuchung zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfand. Die elterliche Beurteilung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen wird in einem engen Zusammenhang mit der Selbstbeurteilung der Jugendlichen stehen und die Wahrscheinlichkeit der Beurteilung eines bestimmten Merkmals beeinflussen. Dasselbe kann für die Beurteilungen der Lehrpersonen über die Jugendlichen angenommen werden.

Für die einzelnen Problemskalen werden Summenwerte (0-10) gebildet. Diese werden zusammengezählt und bilden den Gesamtproblemwert, welcher Werte von 0-40 erreichen kann. Die Skala „Prosoziales Verhalten“ wird nicht zum Gesamtwert hinzugezählt. Der Belastungswert (impact score) setzt sich aus den Skalenwerten des subjektiv empfundenen Leidensdrucks sowie den damit einhergehenden Beeinträchtigungen zu Hause, im Unterricht, unter Freunden oder in der Freizeit zusammen und kann Werte von 0 bis 10 erreichen. Der Cut-Off, der die Rohwerte der Problemskalen sowie des Gesamtproblemwertes und Belastungswertes in klinisch auffällig und nicht-auffällig einteilt, entspricht den von Goodman (1997) ermittelten Werten. Es sind dies für den unauffälligen Bereich die Perzentile < 80 , für den grenzwertigen Bereich Perzentile 80-90 und für den klinisch auffälligen Bereich die Perzentile > 90 .

Für die Werte der Subskalen der Jugendlichen werden Mittelwerte und Standardabweichungen dargestellt. Für die statistischen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen wird entweder der U-Test nach Mann und Whitney zum nicht-parametrischen Vergleich zweier unabhängiger Stichproben oder der T-Test zum parametrischen Vergleich eingesetzt. Der Wilcoxon-Test wird zum nichtparametrischen Vergleich zweier abhängiger Stichproben (Eltern-Jugendliche, Lehrpersonen-Jugendliche und Eltern-Lehrpersonen) eingesetzt. Bei Berechnungen der bivariaten Korrelationen (Kapitel 5.5, 5.6 und 5.7) wird der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (r_s) ermittelt. Nichtparametrische Koeffizienten wie Spearman-Rho können Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Ein positiver Wert weist dabei auf einen positiven linearen Zusammenhang hin, ein negativer Wert repräsentiert einen negativen linearen Zusammenhang (Brosius, 2008). In Kapitel 5.6 werden die Beurteilungen der Eltern und der Jugendlichen hinsichtlich internalisierender und externalisierender

Probleme auf einen Zusammenhang hin untersucht. Die internalisierende Skala setzt sich aus den beiden Subskalen „Emotionale Probleme“ sowie „Probleme im Umgang mit anderen“ zusammen. Die beiden Subskalen „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ werden zu einer externalisierenden Skala zusammengefasst. Beide Skalen können Werte von 0-20 erreichen.

Um den Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern zu untersuchen (Kapitel 5.8), wird eine punktbiseriale Korrelation berechnet. Die Variable „Inanspruchnahmeverhalten“ der Eltern ist dichotom. Da die punktbiseriale Korrelation im Statistik-Programm PASW 18.0 nicht realisiert ist, kann nach Bühl (2010) eine Rangkorrelation berechnet werden. Für den Zusammenhang zwischen dem Belastungswert und dem Inanspruchnahmeverhalten wird ebenfalls eine punktbiseriale Korrelation gerechnet. Das Signifikanzniveau wird bei $p < 0.05$ festgelegt, was bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass der gemessene Unterschied zwischen zwei Vergleichsgruppen nur zufällig ist, somit unter 5 Prozent liegt. Die Auswertung der Daten erfolgt mittels Statistik-Software PASW 18.0.

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung sämtlicher Ergebnisse der untersuchten Hypothesen. Dabei wird zuerst auf deskriptive Darstellungen der erhaltenen Ergebnisse eingegangen. In einem zweiten Schritt folgen Auswertungen zu den einzelnen Hypothesen, die mit einer explorativen Analyse erweitert werden.

5.1 Praktikabilität

Ob sich ein Instrument als praktikabel erweist, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Neben der Art der Befragung sind die Anzahl der Fragen und deren Erklärungsbedürftigkeit wichtige Einflussfaktoren. Laut Greiner (2006) ist dies anhand der Anzahl unbeantworteter Fragen messbar. Zudem soll bei den Probanden nachgefragt werden, ob das Ausfüllen des Fragebogens als schwierig empfunden wurde. Ob der Aufwand für die Auswertung ökonomisch ist oder nicht, bestimmt die Praktikabilität eines Instrumentes ebenfalls.

Während bei den Fremdeinschätzungen der Lehrpersonen keine fehlenden Werte zu verzeichnen waren, wiesen die Jugendlichen in fünf (16%) Fragebögen und die Eltern in drei (10%) Fragebögen fehlende Werte auf. Aufgrund dieser Ergebnisse kann von einer hohen Verständlichkeit und Akzeptanz des Strengths-and-Difficulties-Questionnaires ausgegangen werden. Zur Itemnr. 12 wurde in der Sekundarklasse B eine Verständnisfrage gestellt. Dieses Item beinhaltet folgende Aussage: „Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will“. Diese Aussage scheint fehleranfällig, weil die deutsche Überset-

zung aus dem Englischen nicht korrekt ist. Aus der Formulierung der Frage wird nicht klar, ob gemeint ist, dass man sich selber häufig schlägt oder sich mit anderen schlägt. In der Sekundarklasse C wurden ebenfalls zwei Verständnisfragen gestellt von Jugendlichen, deren Muttersprache nicht Deutsch war. Die Auswertungsergebnisse und Praktikabilitätsbefragung bei Schülern, Lehrpersonen und Eltern belegen, dass der SDQ praktikabel und anwendbar ist. Die Beantwortung des Fragebogens dauerte für die Schülerinnen und Schüler zwischen 5 und 10 Minuten. Die Ergebnisse zum Zeitverbrauch decken sich somit mit den Angaben aus der Literatur.

5.2 Symptomprävalenzen

Die Tabellen 8 und 9 zeigen den Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der Symptomprävalenzraten für die einzelnen Items der SDQ-Selbstversion und der Beurteilungen der Lehrpersonen. Dabei werden nur die Items aufgeführt, bei denen ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen festgestellt werden konnte. Die Tabellen enthalten die Ergebnisse des U-Tests von Mann-Whitney. Bei drei von fünf Items der Skala „Prosoziales Verhalten“ wurden signifikante Geschlechtsunterschiede ermittelt. So weisen Mädchen in den Items „Nett sein“ ($M = 1.73$), „Hilfsbereit“ ($M = 1.91$) und „Hilft anderen oft freiwillig“ ($M = 1.45$) insgesamt höhere Mittelwerte auf als Jungen. In der Skala „Emotionale Probleme“ unterscheiden sich Jungen und Mädchen ebenfalls bei drei Items in den Symptomprävalenzen. Mädchen ($M = .73$) berichten häufiger über Kopf- oder Bauchschmerzen als Jungen ($M = .24$). Auch bei den Items „Viele Ängste“ ($p < .01$) und „Oft unglücklich“ ($p < .05$) werden signifikante Geschlechtsunterschiede sichtbar.

Tabelle 8

Symptomprävalenzraten für einzelne Items in den Beurteilungen der Jugendlichen

| Skala | Item | Jungen | Mädchen | <i>p</i> |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|----------|
| | | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | |
| Prosoziales Verhalten | Nett sein | 1.33 (.48) | 1.73 (.47) | .04* |
| | Hilfsbereit | 1.29 (.64) | 1.91 (.30) | .01** |
| | Hilfe oft freiwillig | .95 (.67) | 1.45 (.52) | .04* |
| Emotionale Probleme | Kopfschmerzen | .24 (.54) | .73 (.65) | .02* |
| | Viele Ängste | .05 (.22) | .55 (.69) | .01** |
| | Oft unglücklich | .05 (.22) | .27 (.47) | .07 |

Anmerkung. ($N=32$); Verkürzte Itemformulierung; *p* = Signifikanz (2-seitig)** auf dem 1%-Niveau signifikant *auf dem 5%-Niveau signifikant.

In den Beurteilungen der Lehrpersonen (vgl. Tabelle 9) werden Mädchen und Jungen besonders in den Items der Skala „Prosoziales Verhalten“ unterschiedlich eingeschätzt. Dabei weisen die Mädchen in vier von fünf Items höhere Mittelwerte auf als die Jungen. Mädchen werden von den Lehrpersonen somit prosozialer eingeschätzt als Jungen. Ein anderes

Bild zeigen die Einschätzungen der Lehrpersonen hinsichtlich externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Signifikante Geschlechtsunterschiede werden beim Item „Wird leicht wütend“ ($p < .05$) ermittelt, welches der Skala „Verhaltensprobleme“ zugeordnet ist. Jungen werden von den Lehrpersonen zudem häufiger als einzelgängerisch eingeschätzt als Mädchen ($M = .60$).

Tabelle 9

Symptomprävalenzraten für einzelne Items in den Beurteilungen der Lehrpersonen

| Skala | Item | Jungen | Mädchen | <i>p</i> |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------|----------|
| | | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | |
| Prosoziales Verhalten | Teilt mit anderen | 1.10 (.31) | 1.40 (.52) | .06* |
| | Hilfsbereit | 1.00 (.32) | 1.60 (.52) | .00** |
| | Nett zu Jüngern | 1.30 (.47) | 1.70 (.48) | .02* |
| | Hilft oft freiwillig | .90 (.45) | 1.30 (.48) | .01* |
| Verhaltensprobleme | Wird leicht wütend | .35 (.59) | .00 (.00) | .03* |
| Probleme mit Gleichaltrigen | Meistens für sich alleine | .60 (.68) | .00 (.00) | .01** |

Anmerkung. ($N=32$); Verkürzte Itemformulierung; *p* = Signifikanz (2-seitig)** auf dem 1%-Niveau signifikant *auf dem 5%-Niveau signifikant.

In den Beurteilungen der Eltern konnte einzig beim Item „Kopfschmerzen“ ein signifikanter Geschlechtsunterschied festgestellt werden. Der Mittelwert bei den Mädchen beträgt ($M = .80$) und bei den Jungen ($M = .30$), der Unterschied ist auf dem 5%-Niveau signifikant (keine Tabelle).

5.3 Vergleich der zentralen Tendenz

Tabelle 10 illustriert die Differenzen der Subskalenwerte bei den einzelnen Wertepaaren. Die Mediane von 0 bei den Lehrpersonen und 2 bei den Jugendlichen in der Problemskala „Emotionale Probleme“ verweisen darauf, dass die Lehrpersonen im Schnitt weniger emotionale Probleme bei den Jugendlichen wahrnehmen als diese selbst. Der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben konnte einen höchst signifikanten Unterschied ($z = -4.27$, $p < .001$) zwischen den beiden Gruppen nachweisen. Bei der Problemskala „Umgang mit Gleichaltrigen“ zeigt sich ein anderes Bild. Hier weisen die Mediane von 2 bei den Jugendlichen und 1 bei den Lehrpersonen aus, dass die Jugendlichen über mehr Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen berichten als die Lehrpersonen ($z = -2.09$, $p < .05$). Jugendliche schätzen sich selbst auch als prosozialer ein ($z = -1.95$, $p < .05$) als Lehrpersonen. Insgesamt berichten Jugendliche häufiger über emotionale und Verhaltensprobleme als die Lehrpersonen, dies wird beim Gesamtproblemwert ersichtlich, bei dem sich anhand des Wilcoxon-Tests ein sehr signifikanter Unterschied ($z = -2.69$, $p < .01$) zwischen den Angaben der Lehrpersonen und den Angaben der Jugendlichen ergibt.

Tabelle 10

Wilcoxon-Test bei Lehrpersonen und Jugendlichen

| Skala | <i>N</i> | <i>Md</i> Lehrpersonen | <i>Md</i> Jugendliche | <i>z</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|----------|---------------------------|--------------------------|----------|----------|
| Emotionale Probleme | 32 | 0 | 2 | -4.27 | .00*** |
| Verhaltensprobleme | 32 | 1 | 2 | -1.44 | .15 |
| Hyperaktivität | 32 | 3 | 5 | -.91 | .36 |
| Gleichaltrige | 32 | 1 | 2 | -2.09 | .04* |
| Prosoziales Verhalten | 32 | 5.5 | 7.5 | -1.95 | .05* |
| Gesamtproblemwert | 32 | 7.5 | 10 | -2.69 | .01** |
| Belastungswert | 13 | 0 | 1 | .000 | 1.0 |

Anmerkung. (*N*=32); *Md* = Median; *z* = normalverteilte Prüfgrösse; *p* = Signifikanz (2-Seitig)

*** auf dem 0.1%-Niveau signifikant ** auf dem 1%-Niveau signifikant* auf dem 5%-Niveau signifikant.

Bei Angaben der Eltern und Jugendlichen, zeigen sich folgende Ergebnisse (Tabelle 11): Die Mediane von 1 bei den Eltern und 2 bei den Jugendlichen in der Problemskala „Emotionale Probleme“ verweisen darauf, dass auch die Eltern weniger Angaben zu emotionalen Problemen machen als die Jugendlichen. Der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben konnte einen höchst signifikanten Unterschied ($z = -1.98$, $p < .05$) zwischen den beiden Gruppen nachweisen. In der Problemskala „Hyperaktivität“ weisen die Jugendlichen einen höheren Median (5) auf als die Eltern (3), Jugendliche berichten somit häufiger über Symptome der Hyperaktivität wie Ablenkbarkeit, Unruhe und Zappeligkeit ($z = -3.34$, $p < .001$). Insgesamt berichten Jugendliche häufiger über emotionale und Verhaltensprobleme als ihre Eltern, dies wird wiederum beim Gesamtproblemwert ersichtlich. Der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben konnte einen hoch signifikanten Unterschied ($z = -2.88$, $p < .01$) zwischen den Angaben der Eltern und den Angaben der Jugendlichen feststellen.

Tabelle 11

Wilcoxon-Test bei Eltern und Jugendlichen

| Skala | <i>N</i> | <i>Md</i> Eltern | <i>Md</i> Jugendliche | <i>z</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|----------|---------------------|--------------------------|----------|----------|
| Emotionale Probleme | 30 | 1 | 2 | -1.98 | .05* |
| Verhaltensprobleme | 30 | 1 | 2 | -.58 | .56 |
| Hyperaktivität | 30 | 3 | 5 | -3.34 | .00*** |
| Gleichaltrige | 30 | 2 | 2 | -.18 | .85 |
| Prosoziales Verhalten | 30 | 8 | 7 | -.61 | .54 |
| Gesamtproblemwert | 30 | 7 | 10 | -2.88 | .00** |
| Belastungswert | 11 | .5 | 1 | -1.13 | .26 |

Anmerkung. (*N*=30); *Md* = Median; *z* = normalverteilte Prüfgrösse; *p* = Signifikanz (2-Seitig)

*** auf dem 0.1%-Niveau signifikant ** auf dem 1%-Niveau signifikant* auf dem 5%-Niveau signifikant.

Tabelle 12 illustriert die Differenzen der Subskalenwerte bei den Eltern und Lehrpersonen. Der Wilcoxon-Test konnte einen hoch signifikanten Unterschied ($z = -2.72$, $p < .01$) zwi-

schen den Angaben der Eltern und den Angaben der Lehrpersonen hinsichtlich emotionaler Probleme der Jugendlichen nachweisen. Eltern beobachten dabei emotionale Probleme der Mädchen und Jungen häufiger ($Md = 1$) als die Lehrpersonen ($Md = 0$). Bei der Skala „Prosoziales Verhalten“ weisen die Mediane 8 bei den Eltern und 5 bei den Lehrpersonen darauf hin, dass Eltern in der Fremdbeurteilung häufiger über prosoziales Verhalten der Jugendlichen berichten als Lehrpersonen. Dieser signifikante Unterschied ($z = -2.58$, $p < .01$) zwischen den beiden Gruppen wurde mit dem Wilcoxon-Test nachgewiesen.

Tabelle 12

Wilcoxon-Test für Eltern und Lehrpersonen

| Skala | <i>N</i> | <i>Md</i> Eltern | <i>Md</i> Lehrpersonen | <i>z</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|----------|------------------|------------------------|----------|----------|
| Emotionale Probleme | 30 | 1 | 0 | -2.72 | .01** |
| Verhaltensprobleme | 30 | 1 | 1 | -1.39 | .16 |
| Hyperaktivität | 30 | 3 | 3 | -1.71 | .09 |
| Gleichaltrige | 30 | 2 | 1 | -.85 | .39 |
| Prosoziales Verhalten | 30 | 8 | 5 | -2.58 | .01** |
| Gesamtproblemwert | 30 | 7 | 7.5 | -.61 | .54 |
| Belastungswert | 11 | .5 | 0 | -.28 | .78 |

Anmerkung. ($N=32$); *Md* = Median; *z* = normalverteilte Prüfgrösse; *p* = Signifikanz (2-Seitig)

** auf dem 1%-Niveau signifikant

5.4 Syndromprävalenzraten

Die Prävalenzraten der einzelnen Problemskalen sowie der Gesamtproblem- und Belastungsskala in der Gesamtstichprobe ($N = 32$) werden im nächsten Abschnitt dargestellt. Die Tabellen 13, 14 und 15 illustrieren die Prävalenzraten für den unauffälligen (< Perzentile 80), grenzwertigen (Perzentile 80-90) und den klinisch auffälligen Bereich (> Perzentile 90). Dort, wo die Skalen nicht normalverteilt sind (Shapiro-Wilk-Test), wurden statistische Unterschiede mittels U-Test von Mann-Whitney ermittelt. Bei den normalverteilten Skalen wurde für die Überprüfung der statistischen Unterschiede der T-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt.

Die Mehrheit der Jungen und Mädchen (siehe Tabelle 13) schätzen sich in Bezug auf emotionale Probleme im unauffälligen Bereich ein. Der Mann-Whitney U-Test ergibt nur knapp keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($z = -1.86$, $p < .01$). Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen werden von 12.5% der Jugendlichen im grenzwertigen und 6.3% der Jugendlichen im auffälligen Bereich angegeben. Bei den externalisierenden Auffälligkeiten zeigt sich, dass eine klinisch bedeutsame Hyperaktivität von 15.6% der Jugendlichen im grenzwertigen und gleich viel Prozent im auffälligen Bereich angegeben wird. Deutlich niedriger liegt dagegen die Prävalenzrate bei den Verhaltensproblemen. Mit 3.1% weist diese Problemskala die niedrigste Prävalenz im klinisch auffälligen Bereich auf. In der Skala Prosoziales Verhalten liegen die Werte der Jugendlichen mit 15.6% im

grenzwertigen und 6.3% im auffälligen Bereich insgesamt über dem Grenzwert. Der Mann-Whitney U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($z = -2.80$, $p < .01$). 6.3% der Jugendlichen erreichen im Gesamtproblemwert den grenzwertigen Bereich. 28.1% der Jugendlichen nehmen psychosoziale Beeinträchtigungen wahr, die im grenzwertigen Bereich liegen. Zwei Jungen (9.5%) schätzen ihre Belastungen sogar im auffälligen Bereich ein.

Tabelle 13

Kategoriale Ergebnisse der SDQ-Skalen in der Beurteilung der Jugendlichen

| Skala | Alle | | Jungen | | Mädchen | | p= |
|-----------------------|------------|------|------------|------|------------|------|------|
| | N | % | n | % | n | % | |
| Emotion | | | | | | | |
| M (SD) | 2.5 (1.9) | | 2.0 (1.6) | | 3.4 (2.4) | | n.s. |
| unauffällig | 28 | 87.5 | 20 | 95.2 | 8 | 72.7 | |
| grenzwertig | 2 | 6.3 | - | - | 2 | 18.2 | |
| auffällig | 2 | 6.3 | 1 | 4.8 | 1 | 9.1 | |
| Gleichaltrige | | | | | | | |
| M (SD) | 1.9 (1.8) | | 2.3 (2.0) | | 1.2 (1.1) | | n.s. |
| unauffällig | 26 | 81.3 | 16 | 76.2 | 10 | 90.9 | |
| grenzwertig | 4 | 12.5 | 3 | 14.3 | 1 | 9.1 | |
| auffällig | 2 | 6.3 | 2 | 9.5 | - | - | |
| Verhalten | | | | | | | |
| M (SD) | 1.7 (1.1) | | 1.8 (1.1) | | 1.6 (1.1) | | n.s. |
| unauffällig | 31 | 96.6 | 20 | 95.2 | 11 | 100 | |
| grenzwertig | 1 | 3.1 | 1 | 4.8 | - | - | |
| auffällig | - | - | - | - | - | - | |
| Hyperaktiv | | | | | | | |
| M (SD) | 4.5 (1.9) | | 4.4 (1.9) | | 5.0 (2.2) | | n.s. |
| unauffällig | 22 | 68.8 | 15 | 71.4 | 7 | 63.6 | |
| grenzwertig | 5 | 15.6 | 4 | 19.0 | 1 | 9.1 | |
| auffällig | 5 | 15.6 | 2 | 9.5 | 3 | 27.3 | |
| Prosozial | | | | | | | |
| M (SD) | 7.1 (1.9) | | 6.3 (1.9) | | 8.3 (1.2) | | ** |
| unauffällig | 25 | 78.1 | 14 | 66.7 | 11 | 100 | |
| grenzwertig | 5 | 15.6 | 5 | 23.8 | - | - | |
| auffällig | 2 | 6.3 | 2 | 9.5 | - | - | |
| Gesamtprobleme | | | | | | | |
| M (SD) | 10.7 (3.7) | | 10.4 (3.1) | | 11.2 (4.8) | | n.s. |
| unauffällig | 30 | 93.8 | 21 | 100 | 9 | 81.1 | |
| grenzwertig | 2 | 6.3 | - | - | 2 | 18.2 | |
| auffällig | - | - | - | - | - | - | |
| Belastungswert | | | | | | | |
| M (SD) | 0.7 (0.8) | | 0.7 (1.0) | | 0.9 (0.4) | | n.s. |
| unauffällig | 10 | 31.8 | 8 | 38.1 | 2 | 18.2 | |
| grenzwertig | 9 | 28.1 | 3 | 14.3 | 6 | 54.5 | |
| auffällig | 2 | 6.3 | 2 | 9.5 | - | - | |

Anmerkung. (N=32); Belastungswert (n = 21); Verkürzte Skalenformulierung; Ausprägung „unauffällig“ = < Perzentile 80; Ausprägung „grenzwertig“ = Perzentile 80-90; Ausprägung „auffällig“ = > Perzentile 90; n.s. = nicht signifikant ** $p < 0.01$

Im Vergleich zu den Jugendlichen nehmen Eltern (siehe Tabelle 14) deutlich mehr internalisierende Auffälligkeiten bei den Jugendlichen wahr: Emotionale Probleme beobachten sie

bei 13.4% der Jugendlichen im grenzwertigen und klinisch auffälligen Bereich. Auch die Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen schätzen sie schwerwiegender ein als die Jugendlichen selbst, über 30% der Jugendlichen befinden sich da im auffälligen Bereich. Hyperaktive Symptome werden von den Eltern deutlich weniger beobachtet, 3.3% im auffälligen Bereich. Bei den Verhaltensproblemen werden Jungen von den Eltern häufiger im grenzwertigen (10%) und auffälligen (15%) Bereich eingeschätzt als Mädchen. Insgesamt zeigen nach Einschätzungen der Eltern gleich viele Jungen wie Mädchen emotionale und Verhaltensprobleme (Gesamtproblemwert) im grenzwertigen (6.7%) und auffälligen (6.7%) Bereich. Jungen und Mädchen werden auch ähnlich häufig als belastet eingeschätzt (13.3% grenzwertig und 13.3% auffällig). Signifikante Geschlechtsunterschiede wurden in den Beurteilungen der Eltern keine ermittelt.

Tabelle 14

Kategoriale Ergebnisse der SDQ-Skalen in der Beurteilung der Eltern

| Skala | Alle | | Jungen | | Mädchen | | p= |
|-----------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|------|
| | N | % | n | % | n | % | |
| Emotion | | | | | | | |
| <i>M (SD)</i> | 1.7 (1.9) | | 1.3 (1.0) | | 2.7 (2.8) | | n.s. |
| unauffällig | 26 | 86.7 | 19 | 95.0 | 7 | 70.0 | |
| grenzwertig | 2 | 6.7 | 1 | 5.0 | 1 | 10.0 | |
| auffällig | 2 | 6.7 | - | - | 2 | 20.0 | |
| Gleichaltrige | | | | | | | |
| <i>M (SD)</i> | 1.9 (1.9) | | 2.0 (1.9) | | 1.7 (2.0) | | n.s. |
| unauffällig | 19 | 63.3 | 13 | 65.0 | 6 | 60.0 | |
| grenzwertig | 7 | 23.3 | 4 | 20.0 | 3 | 30.0 | |
| auffällig | 4 | 13.3 | 3 | 15.0 | 1 | 10.0 | |
| Verhalten | | | | | | | |
| <i>M (SD)</i> | 1.8 (1.8) | | 1.8 (1.7) | | 1.8 (1.9) | | n.s. |
| unauffällig | 24 | 80.0 | 15 | 75.0 | 9 | 90.0 | |
| grenzwertig | 2 | 6.7 | 2 | 10.0 | - | - | |
| auffällig | 4 | 13.3 | 3 | 15.0 | 1 | 10.0 | |
| Hyperaktiv | | | | | | | |
| <i>M (SD)</i> | 2.9 (1.8) | | 2.7 (1.8) | | 3.3 (1.8) | | n.s. |
| unauffällig | 28 | 93.3 | 19 | 95.0 | 9 | 90.0 | |
| grenzwertig | 1 | 3.3 | 1 | 5.0 | - | - | |
| auffällig | 1 | 3.3 | - | - | 1 | 10.0 | |
| Prosozial | | | | | | | |
| <i>M (SD)</i> | 7.3 (2.0) | | 7.1 (1.8) | | 7.8 (2.3) | | n.s. |
| unauffällig | 25 | 83.3 | 16 | 80.0 | 9 | 90.0 | |
| grenzwertig | 2 | 6.7 | 2 | 10.0 | - | - | |
| auffällig | 3 | 10.0 | 2 | 10.0 | 1 | 10.0 | |
| Gesamtprobleme | | | | | | | |
| <i>M (SD)</i> | 8.3 (4.6) | | 7.7 (4.1) | | 9.5 (5.5) | | n.s. |
| unauffällig | 26 | 86.7 | 18 | 90.0 | 8 | 80.0 | |
| grenzwertig | 2 | 6.7 | 1 | 5.0 | 1 | 10.0 | |
| auffällig | 2 | 6.7 | 1 | 5.0 | 1 | 10.0 | |

Tabelle 14 (Fortsetzung)

Kategoriale Ergebnisse der SDQ-Skalen in der Beurteilung der Eltern

| Skala | Alle | | Jungen | | Mädchen | | p= |
|-----------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|------|
| | N | % | n | % | n | % | |
| Belastungswert | | | | | | | |
| M (SD) | 0.8 (1.0) | | 0.8 (1.1) | | 0.8 (0.8) | | n.s. |
| unauffällig | 8 | 26.7 | 6 | 30.0 | 2 | 20.0 | |
| grenzwertig | 4 | 13.3 | 2 | 10.0 | 2 | 20.0 | |
| auffällig | 4 | 13.3 | 3 | 15.0 | 1 | 10.0 | |

Anmerkung. (N=30); Belastungswert (n = 16); Verkürzte Skalenformulierung; Ausprägung „unauffällig“ = < Perzentile 80; Ausprägung „grenzwertig“ = Perzentile 80-90; Ausprägung „auffällig“ = > Perzentile 90; n.s. = nicht signifikant.

Im Vergleich zu den Beurteilungen der Jugendlichen und Eltern werden emotionale Probleme der Jugendlichen von Lehrpersonen (vgl. Tabelle 15) weniger beobachtet (3.1% im auffälligen Bereich). „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ schätzen Lehrpersonen wie die Jugendlichen selbst bei 12.5% im grenzwertigen und 6.3% im auffälligen Bereich ein. „Hyperaktive Symptome“ im auffälligen Bereich werden von den Lehrpersonen doppelt so häufig beobachtet (31.3%) wie von den Schülerinnen und Schülern selbst (15.6%). Schwierigkeiten im prosozialen Verhalten werden praktisch doppelt so häufig im grenzwertigen (37.5%) sowie auffälligen Bereich (12.5%) wahrgenommen. Der Mann-Whitney U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen Jungen und Mädchen ($z = -2.57, p < .05$). Lehrpersonen schätzen die Jugendlichen auch als deutlich belasteter ein (12.5%) als diese sich selbst (3.1%). Die Beurteilungen zum Gesamtproblemwert und den psychosozialen Beeinträchtigungen unterscheiden sich von den Einschätzungen der Eltern nicht wesentlich; Eltern beobachten aber tendenziell etwas mehr Auffälligkeiten im bedeutsam auffälligen Bereich.

Tabelle 15

Kategoriale Ergebnisse der SDQ-Skalen in der Beurteilung der Lehrpersonen

| Skala | Alle | | Jungen | | Mädchen | | p= |
|-----------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|------|
| | N | % | n | % | n | % | |
| Emotion | | | | | | | |
| M (SD) | 0.6 (0.8) | | 0.6 (1.5) | | 0.7 (0.8) | | n.s. |
| unauffällig | 31 | 96.9 | 20 | 95.2 | 11 | 100 | |
| grenzwertig | - | - | - | - | - | - | |
| auffällig | 1 | 3.1 | 1 | 4.8 | - | - | |
| Gleichaltrige | | | | | | | |
| M (SD) | 0.8 (1.0) | | 2.0 (2.0) | | 0.7 (0.9) | | n.s. |
| unauffällig | 26 | 81.3 | 15 | 71.4 | 11 | 100 | |
| grenzwertig | 4 | 12.5 | 4 | 19.0 | - | - | |
| auffällig | 2 | 6.3 | 2 | 9.5 | - | - | |
| Verhalten | | | | | | | |
| M (SD) | 0.8 (1.0) | | 1.6 (2.1) | | 0.9 (1.0) | | n.s. |
| unauffällig | 26 | 81.3 | 16 | 76.2 | 10 | 90.9 | |
| grenzwertig | 3 | 9.4 | 2 | 9.5 | 1 | 9.1 | |
| auffällig | 3 | 9.4 | 3 | 14.3 | - | - | |
| Hyperaktiv | | | | | | | |
| M (SD) | 3.3 (3.5) | | 4.2 (3.6) | | 3.6 (3.5) | | n.s. |
| unauffällig | 20 | 62.5 | 12 | 57.1 | 8 | 72.7 | |
| grenzwertig | 2 | 6.3 | 1 | 4.8 | 1 | 9.1 | |
| auffällig | 10 | 31.3 | 8 | 38.1 | 2 | 18.2 | |
| Prosozial | | | | | | | |
| M (SD) | 7.6 (2.2) | | 5.5 (1.7) | | 7.4 (2.1) | | * |
| unauffällig | 16 | 50.0 | 8 | 38.1 | 8 | 72.7 | |
| grenzwertig | 12 | 37.5 | 9 | 42.9 | 3 | 27.3 | |
| auffällig | 4 | 12.5 | 4 | 19.0 | - | - | |
| Gesamtprobleme | | | | | | | |
| M (SD) | 5.5 (4.9) | | 8.2 (6.0) | | 5.9 (5.0) | | n.s. |
| unauffällig | 27 | 84.4 | 18 | 85.7 | 9 | 81.8 | |
| grenzwertig | 4 | 12.5 | 2 | 9.5 | 2 | 18.2 | |
| auffällig | 1 | 3.1 | 1 | 4.8 | - | - | |
| Belastungswert | | | | | | | |
| M (SD) | 0.7 (0.6) | | 0.6 (0.9) | | 0.7 (0.6) | | n.s. |
| unauffällig | 10 | 31.3 | 9 | 42.9 | 1 | 9.1 | |
| grenzwertig | 6 | 18.8 | 4 | 19.0 | 2 | 18.2 | |
| auffällig | 2 | 6.3 | 2 | 9.5 | - | - | |

Anmerkung. (N=32); Belastungswert (n = 18); Verkürzte Skalenformulierung; Ausprägung „unauffällig“ = < Perzentile 80; Ausprägung „grenzwertig“ = Perzentile 80-90; Ausprägung „auffällig“ = > Perzentile 90; n.s. = nicht signifikant* $p < 0.5$.

5.5 Rangkorrelationen

In den folgenden Auswertungen werden die Rangkorrelationen zwischen den Subskalen sowie den Gesamtproblem- und Belastungswertskalen angegeben. Für die Stärke des Zusammenhangs ist der Betrag des Rangkorrelationskoeffizienten massgebend. Zur Beschreibung der Grösse des Betrages des Rangkorrelationskoeffizienten werden die Abstufungen „bis 0,2 = sehr geringe Korrelation“; „bis 0,5 = geringe Korrelation“; „bis 0,7 = mittlere Korrelation“; bis 0,9 „hohe Korrelation“, über 0,9 „sehr hohe Korrelation“ nach Bühler (2010) verwendet.

Tabelle 16 illustriert die Ergebnisse von Interrater-Korrelationen für Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche. Es wird ersichtlich, dass die Übereinstimmungen zum Gesamtproblemwert nur in den Beurteilungen der Eltern und Jugendlichen statistische Signifikanz erreichen ($r_s = .47, p < .01$). Wie in der Hypothese 1 postuliert, ist der Zusammenhang positiv, aber eher gering. Wie der Zusammenhang für die Subskalen sowie den Gesamtproblem- und Belastungswert zwischen den Angaben der Mädchen (1a) und Jungen (1b) und ihren Eltern aussieht, wird in den Tabellen 17 und 18 aufgezeigt.

Hypothese 2, welche einen positiven, aber geringen Zusammenhang in den Einschätzungen der Lehrpersonen und den Jugendlichen hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen erwartet, wird aufgrund fehlender Signifikanz verworfen. In den Tabellen 19 und 20 werden die Ergebnisse für die Hypothesen 2a (Lehrpersonen-Mädchen) und 2b (Lehrpersonen – Jungen) aufgezeigt.

Hypothese 3, welche einen positiven Zusammenhang zwischen den Beurteilungen der Lehrpersonen und Eltern hinsichtlich den Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen postulierte, musste aufgrund der nicht signifikanten Ergebnisse verworfen werden. In den Beurteilungen der Problemskala „Verhaltensprobleme“ zeigt sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang der Angaben. Dieser wird durch einen Rangkorrelationskoeffizienten von ($r_s(30) = .37, p < .05$) ausgedrückt und ist positiv. Lehrpersonen und Eltern nehmen somit Verhaltensprobleme der Jugendlichen ähnlich häufig, aber gering wahr.

Tabelle 16

Interrater-Korrelationen für Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche

| SDQ-Skala | Interrater-Korrelationen (Spearman) | | |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | Eltern x Lehrer (N = 30) | Eltern x Jugendliche (N = 30) | Lehrer x Jugendliche (N = 32) |
| Emotionale Probleme | .09 | .34 | .26 |
| Verhaltensprobleme | .37* | -.15 | -.20 |
| Hyperaktivität | .34 | .25 | .28 |
| Gleichaltrige | .29 | .32 | .66** |
| Prosoziales Verhalten | .33 | .12 | .25 |
| Gesamtproblemwert | .24 | .47** | .07 |
| Belastungswert | .35 | .53 | .39 |

Anmerkung. Signifikanz (2-Seitig)** auf dem 1%-Niveau signifikant *auf dem 5%-Niveau signifikant

Für Hypothese 1a, die einen positiven, aber geringen Zusammenhang zwischen den Angaben der Eltern und den Angaben der Mädchen in Bezug auf Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Mädchen erwartete, konnte eine signifikante Rangkorrelation von

($r_s(30) = .86, p < .01$) ermittelt werden. Der Zusammenhang ist positiv und bedeutet, dass die Selbstbeurteilung der Mädchen hinsichtlich emotionalen und Verhaltensproblemen mit der Fremdbeurteilung der Eltern zu diesen Schwierigkeiten zu einem hohen Anteil übereinstimmt (Tabelle 17).

Tabelle 17

Rangkorrelationen der Skalen für Beurteilungen der Eltern und Mädchen

| Mädchen | Emo | Gleichaltrige | Eltern | | | Gesamt | Belastung |
|---------------|-----|---------------|-----------|-------|-----------|--------|-----------|
| | | | Verhalten | Hyper | Prosozial | | |
| Emotion | .60 | | | | | | |
| Gleichaltrige | | .39 | | | | | |
| Verhalten | | | -.37 | | | | |
| Hyper | | | | -.25 | | | |
| Prosozial | | | | | .49 | | |
| Gesamt | | | | | | .86** | |
| Belastung | | | | | | | .00 |

Anmerkung. ($N=30$); Verkürzte Skalenformulierung (Emo=Emotionale Probleme; Gleichaltrige=Umgang mit Gleichaltrigen; Verhalten=Verhaltensprobleme; Hyper=Hyperaktivität; Prosozial=Prosoziales Verhalten; Gesamt=Gesamtproblemwert; Belastung=Belastungswert); ** auf dem 1%-signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

Hypothese 1b, welche einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert der Jungen und dem Gesamtproblemwert der Eltern erwartete, konnte nicht bestätigt werden. In den Beurteilungen der Eltern und der Jungen (Tabelle 18) zeigt sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Beurteilungen von hyperaktiven Symptomen, der durch einen Rangkorrelationskoeffizienten von ($r_s(30) = .45, p < .05$) repräsentiert wird. Der Zusammenhang ist positiv, Eltern und Jungen berichten beide einheitlich über hyperaktive Symptome, jedoch zu einem geringen Anteil.

Tabelle 18

Rangkorrelationen der Skalen für Beurteilungen der Eltern und Jungen

| Jungen | Emo | Gleichaltrige | Eltern | | | Gesamt | Belastung |
|---------------|-----|---------------|-----------|-------|-----------|--------|-----------|
| | | | Verhalten | Hyper | Prosozial | | |
| Emotion | .03 | | | | | | |
| Gleichaltrige | | .31 | | | | | |
| Verhalten | | | -.06 | | | | |
| Hyper | | | | .45* | | | |
| Prosozial | | | | | -.15 | | |
| Gesamt | | | | | | .24 | |
| Belastung | | | | | | | .66 |

Anmerkung. ($N=30$); Verkürzte Skalenformulierung; * auf dem 5%-Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

Hypothese 2a, welche einen positiven Zusammenhang zwischen den Beurteilungen der Lehrpersonen und den Mädchen hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten postulierte, konnte nicht bestätigt werden. Ein nennenswerter Zusammenhang ergibt sich jedoch in den Beurteilungen zur Problemskala „Umgang mit Gleichaltrigen“. Der statistische Zusammenhang ist positiv und wird mit einem Rangkorrelationskoeffizienten von ($r_s(32) = .73, p < .05$) ausgedrückt. Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen werden somit von den Lehrpersonen und den Mädchen in vergleichbarer Weise wahrgenommen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 19 abgebildet.

Tabelle 19

Rangkorrelationen der Skalen für Beurteilungen der Lehrpersonen und Mädchen

| Mädchen | Lehrpersonen | | | | | | |
|---------------|--------------|---------------|-----------|-------|-----------|--------|-----------|
| | Emo | Gleichaltrige | Verhalten | Hyper | Prosozial | Gesamt | Belastung |
| Emotion | -.10 | | | | | | |
| Gleichaltrige | | .73* | | | | | |
| Verhalten | | | -.34 | | | | |
| Hyper | | | | .03 | | | |
| Prosozial | | | | | .59 | | |
| Gesamt | | | | | | -.14 | |
| Belastung | | | | | | | - |

Anmerkung. ($N=32$); Verkürzte Skalenformulierung; * auf dem 5%-Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

Hypothese 2b, welche den Zusammenhang der Angaben von Lehrpersonen und Jungen zu Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jungen untersuchte, musste wegen fehlender statistischer Signifikanz verworfen werden. Für die Angaben der Subskala „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ konnte jedoch ein Zusammenhang ermittelt werden (Tabelle 20). Dieser positive Zusammenhang wird durch einen Rangkorrelationskoeffizienten von ($r_s(32) = .64, p < .01$) repräsentiert. Ein ebenfalls nennenswerter positiver Zusammenhang zwischen Lehrpersonen und Jungen zeigt sich in den Beurteilungen der Problemskala „Hyperaktivität“, für die eine statistisch signifikante Rangkorrelation der Angaben von ($r_s(32) = .51, p < .05$) vorliegt. Eine überschüssende motorische Aktivität oder Ruhelosigkeit im Unterricht wird somit von den Lehrpersonen wie auch von den Jungen ähnlich wahrgenommen.

Tabelle 20

Rangkorrelationen der Skalen für Beurteilungen der Lehrpersonen und Jungen

| Jungen | Lehrpersonen | | | | | Gesamt | Belastung |
|---------------|--------------|---------------|-----------|-------|-----------|--------|-----------|
| | Emo | Gleichaltrige | Verhalten | Hyper | Prosozial | | |
| Emotion | .31 | | | | | | |
| Gleichaltrige | | .64** | | | | | |
| Verhalten | | | -.17 | | | | |
| Hyper | | | | .51* | | | |
| Prosozial | | | | | -.19 | | |
| Gesamt | | | | | | .31 | |
| Belastung | | | | | | | .36 |

Anmerkung. (N=32); Verkürzte Skalenformulierung* auf dem 5%-Niveau signifikant ** auf dem 1%- Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

5.6 Internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten

Im folgenden Abschnitt wird der Zusammenhang der Beurteilungen der Eltern und der Jugendlichen hinsichtlich der beiden Skalen „Internalisierende Auffälligkeiten“ und „Externalisierende Auffälligkeiten“ untersucht. Dabei postuliert Hypothese 4, dass der Zusammenhang der Beurteilungen von Eltern und Jugendlichen in Bezug auf internalisierende Auffälligkeiten höher ist als für externalisierende Auffälligkeiten. Tabelle 21 ist zu entnehmen, dass zwischen den Beurteilungen der Eltern und der Jugendlichen in Bezug auf internalisierende Probleme eine hohe Rangkorrelation von ($r_s(30) = .59, p < .01$) besteht. Der Zusammenhang ist positiv und es liegt somit eine situationsübergreifende Symptomatik vor, die von den Eltern und den Jugendlichen in vergleichbarer Weise eingeschätzt und wahrgenommen wird. Die Hypothese 4 kann somit bestätigt werden.

Tabelle 21

Internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten Eltern und Jugendliche

| | Internalisierend Eltern | Externalisierend Eltern |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Internalisierend Jugendliche | .59** | |
| Externalisierend Eltern | | .11 |

Anmerkung. (N= 30); Internalisierend = Internalisierende Auffälligkeiten, Externalisierend = Externalisierende Auffälligkeiten** auf dem 1%-Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

5.7 Zusammenhang des Gesamtproblemwertes und des Belastungswertes

In den folgenden Auswertungen werden die Korrelationen zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Belastungswert, getrennt nach dem Geschlecht der Jugendlichen, angegeben. Hypothese 5a erwartet in der Beurteilung der Eltern für Jungen und Mädchen einen positi-

ven Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Belastungswert. Die Hypothese für die Jungen kann angenommen werden, da ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Werten ermittelt wurde. Der Zusammenhang ist positiv und mit einem Rangkorrelationskoeffizienten von $(r_s(30) = .76, p < .01)$ relativ hoch. Eltern bringen Symptomwerte der Jungen somit in einen konsistenten Zusammenhang mit Belastungen und Beeinträchtigungen zu Hause, mit Freunden, im Unterricht oder in der Freizeit (Tabelle 22).

Tabelle 22

Zusammenhang Gesamtproblemwert und Belastungswert – Eltern

| | Belastungswert Mädchen | Belastungswert Jungen |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Gesamtproblemwert Mädchen | .86 | |
| Gesamtproblemwert Jungen | | .76** |

Anmerkung. (N=30); ** auf dem 1%-Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

Hypothese 5b erwartet für Jungen und Mädchen einen positiven, aber geringen Zusammenhang des Gesamtproblemwertes und des Belastungswertes in den Einschätzungen der Lehrpersonen. Aus Tabelle 24 wird ersichtlich, dass die Hypothese 5b für die Einschätzungen der Jungen angenommen werden kann. Es zeigt sich ein mittlerer Zusammenhang der beiden Werte für Jungen, der durch einen Rangkorrelationskoeffizienten von $(r_s(32) = .56, p < .05)$ repräsentiert wird. Lehrpersonen beurteilen Symptomwerte der Subskalen und daraus folgende Beeinträchtigungen und Belastungen mit Freunden und im Unterricht für Jungen als relativ konsistent.

Tabelle 23

Zusammenhang Gesamtproblemwert und Belastungswert – Lehrpersonen

| | Belastungswert Mädchen | Belastungswert Jungen |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Gesamtproblemwert Mädchen | .87 | |
| Gesamtproblemwert Jungen | | .56* |

Anmerkung. (N=32) *auf dem 5%-Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

Hypothese 5c postuliert, dass in den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen der Gesamtproblemwert positiv, aber gering mit dem Belastungswert korreliert. Hypothese 5c kann nicht bestätigt werden, da sich weder für Mädchen noch für Jungen ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Belastungswert zeigt. Offenbar gleichen sich die Einschätzungen der wahrgenommenen Symptome und den dadurch emp-

fundenen Beeinträchtigungen zu Hause, unter Freunden, im Unterricht oder in der Freizeit in den Selbsteinschätzungen der Mädchen sowie Jungen nicht an (Tabelle 24).

Tabelle 24

Zusammenhang Gesamtproblemwert und Belastungswert – Jugendliche

| | Belastungswert Mädchen | Belastungswert Jungen |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Gesamtproblemwert Mädchen | -.62 | |
| Gesamtproblemwert Jungen | | .31 |

Anmerkung. (N=32)

5.8 Explorative Untersuchung zum Inanspruchnahmeverhalten

Zur explorativen Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen dem Gesamtproblemwert der Eltern und ihrem Inanspruchnahmeverhalten werden die Resultate einer punktbiserialen Korrelation näher analysiert. Der Zusammenhang des Gesamtproblemwertes der Eltern und deren Inanspruchnahmeverhalten erweist sich in der Teststatistik ($r_s(30) = .52$, $p < .05$) als signifikant. Zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern liegt eine mittlere Korrelation vor. Der Rangkorrelationskoeffizient ist positiv: Ein hoher Gesamtproblemwert geht folglich mit einem höheren Wert der Variable „Inanspruchnahmeverhalten“ einher. Es zeigt sich, dass Eltern mit einem höheren Gesamtproblemwert auch häufiger professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben.

Auch der Belastungswert wurde auf einen möglichen Zusammenhang mit dem Inanspruchnahmeverhalten untersucht. Das Ergebnis einer punktbiserialen Korrelation ($r_s(30) = .47$, $p < .05$) verfehlt nur knapp statistische Signifikanz. Auch dieser Zusammenhang wäre positiv und würde bedeuten, dass Eltern mit einem höheren Belastungswert auch häufiger Hilfe in Anspruch genommen hätten. Es wurde zudem explorativ untersucht, aufgrund welcher Schwierigkeiten Eltern bisher professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben. Rangkorrelationen (siehe Tabelle 25) ergeben, dass zwischen der Problemskala „Verhaltensprobleme“ und dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht ($r_s(30) = .70$, $p < .01$). Dieser ist positiv, folglich gehen höhere Werte auf der Verhaltensproblemskala mit höheren Werten beim Inanspruchnahmeverhalten einher. Es lässt sich folgern, dass Eltern, die bei ihren Söhnen und Töchtern Verhaltensprobleme wahrnehmen, auch häufiger schon professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben.

Tabelle 25

Zusammenhang des Inanspruchnahmeverhaltens der Eltern und der Subskalen

| | Eltern - Hilfe | E-Emo | E- Gleichaltrige | E- Hyper | E- Verhalten |
|------------------|----------------|-------|------------------|----------|--------------|
| Eltern - Hilfe | 1 | | | | |
| E- Emotion | | .07 | | | |
| E- Gleichaltrige | | | -.39 | | |
| E- Hyper | | | | -.46 | |
| E- Verhalten | | | | | .70** |

Anmerkung. (N = 30); Verkürzte Skalenformulierung; Eltern-Hilfe = Inanspruchnahmeverhalten der Eltern ** auf dem 1%-Niveau signifikant (Signifikanztests zweiseitig)

6 Diskussion

Das letzte Kapitel umfasst die zusammenfassende Darstellung der erhaltenen Ergebnisse und die Beantwortung der Fragestellungen. Die Ergebnisse werden kritisch beleuchtet, bevor schliesslich Überlegungen zu Stärken und Schwächen dieser Arbeit sowie mögliche Implikationen für weitere Forschungsarbeiten folgen.

6.1 Zusammenfassende Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit besteht darin, die Selbstbeurteilung der Jugendlichen mit den Fremdbeurteilungen der Eltern und Lehrpersonen in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten der Jugendlichen zu vergleichen. Dabei sollen Unterschiede sowie Zusammenhänge in den Beurteilungen herausgearbeitet werden. Die Arbeit befasst sich zudem mit der Praktikabilität des Messinstrumentes, um wertvolle Informationen für das zweite Teilprojekt der prospektiven Kohortenstudie zur Früherkennung von psychischen Störungen bei Schülerinnen und Schülern vor Abschluss der obligatorischen Schulzeit zu erhalten. Alle Hypothesen wurden theoriegeleitet formuliert, davon waren einige durch die Literatur gut belegt, andere konnten aufgrund bereits vorhandener ähnlicher Forschungsbereiche vermutet werden. Trotz begründeter Postulierung aus der Literatur konnten nicht für alle Hypothesen signifikante Effekte ermittelt werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse wird berücksichtigt, dass die Einschätzung für „psychische Auffälligkeit“ vor dem Hintergrund des Entwicklungsstands des Jugendlichen erfolgen muss und gewisse externalisierende sowie internalisierende Formen von Auffälligkeiten in der Zeit der Adoleszenz auch als normal betrachtet werden können (Arnett, 1999). Zudem soll dem Aspekt der Querschnittsuntersuchung Rechnung getragen werden. Schliesslich können sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in jeder untersuchten Gruppe von Jugendlichen Mädchen und Jungen befinden, die sich aufgrund von Streit mit den El-

tern, Liebeskummer etc. in einem Stimmungstief befinden und aus diesen Gründen angeben, unter Niedergeschlagenheit und Ängsten zu leiden. Dabei ist zu beachten, dass es nicht entscheidend ist, ob Jugendliche hin und wieder unter solchen Problemen leiden, sondern wie lange. Dies kann jedoch nur durch Längsschnittuntersuchungen beantwortet werden, mit denen die Entwicklung der Jugendlichen über einen längeren Zeitraum verfolgt wird. Im Weiteren ist für die Interpretation sämtlicher Berechnungen dieser Arbeit die kleine Stichprobe von 30 Eltern und 32 Schüler- und Lehrereinschätzungen zu bedenken. Die kleine Stichprobe erschwert es, signifikante Ergebnisse zu erhalten. Bei gleicher Untersuchung in einer grösseren Stichprobe dürften sich andere Ergebnisse zeigen.

6.2 Beantwortung der Forschungsfragen

1. Wie stark hängen die Angaben von Eltern und von Mädchen (1a) sowie von Jungen (1b) hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen zusammen?

In der Literatur gibt es viele Hinweise zu geringen, aber positiven Übereinstimmungen der Angaben von Eltern und ihren Kindern sowie den Lehrpersonen. Daher liegt die Vermutung nahe, dass auch in dieser Stichprobe geringe, aber konkordante Angaben zwischen der Selbstbeurteilung der Jugendlichen und den beiden Fremdbeurteilungen von Eltern und Lehrpersonen vorhanden sind. Die Ergebnisse der Stichprobe zeigen, dass die Einschätzungen von Eltern und Jugendlichen hinsichtlich emotionaler Probleme und Verhaltensauffälligkeiten (Gesamtproblemwert) einen Zusammenhang haben, der positiv, aber gering ist ($r_s = .47$). Diese Übereinstimmung deckt sich praktisch mit dem Ergebnis der Eltern-Kind-Übereinstimmung, die Goodman (2001) in seiner Studie ermittelte ($r_s = .46$). Wird die Übereinstimmung in der Stichprobe getrennt nach Geschlecht der Jugendlichen nochmals geprüft, zeigt sich, dass nur bei den Mädchen ein signifikanter Zusammenhang mit den Beurteilungen der Eltern besteht. So konnten Kolko und Kazdin (1993) bereits eine grössere Eltern-Kind-Übereinstimmung für Mädchen in Bezug auf Verhaltensprobleme nachweisen. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass mit der Fremdbeurteilung der Eltern auch kulturell vorherrschende Normen einfließen, die festlegen, welche Fähigkeiten, Eigenschaften und Verhaltensweisen für ein Mädchen typisch, angemessen und sozial erwünscht sind. Ein Mädchen, das als gesund und „normal“ betrachtet wird, sollte emotionale Ausdrucksfähigkeit besitzen, harmonisierend und angepasst sein. Dies sind nur ein paar wenige typisch weibliche Eigenschaften und Verhaltensweisen, die mit der Rollenerwartung an Mädchen einhergehen. Auch Jungen werden in ihrem Sozialisationsprozess mit geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen konfrontiert. So sind gesunde und „normale“ Jungen aktiv, unabhängig und selbstbewusst. Eltern sind sensibilisiert auf Abweichungen dieser Verhaltensmuster von Jungen und Mädchen. Möglicherweise sind die Abweichungen der Mädchen jedoch schneller und besser wahrnehmbar und fliessen dadurch häufiger in die Fremdbeurteilungen der Eltern zu Verhaltensauffälligkeiten ein.

Um Probleme zu verbalisieren, braucht es emotionale Kompetenz bzw. die Fähigkeit, Emotionen zu identifizieren und zu beschreiben, sowie den Willen, darüber zu berichten. Jungen haben möglicherweise häufiger die Einstellung, dass sie ihre Probleme selbst lösen wollen und wenden sich somit nicht an die Eltern. Diese sind dadurch viel weniger informiert über den seelischen Zustand ihrer Söhne. Ob zwischen den Einschätzungen der beiden Elternteile in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten der Söhne und Töchter Unterschiede bestehen, könnte eine weitere Untersuchung begründen.

Zwischen den Einschätzungen der Eltern und den Jungen wird bei der Problemskala „Hyperaktivität“ ein signifikanter Zusammenhang ermittelt ($r_s = .45$). Dieses Ergebnis stimmt mit den Hinweisen aus der Literatur überein, in denen Jungen häufiger von externalisierenden Störungen bzw. Hyperaktivität betroffen sind als Mädchen (Ihle & Esser, 2002). Hyperaktives Verhalten ist von den Eltern und den Jugendlichen selbst gut beobachtbar und tritt in verschiedenen Situationen (Schule oder zu Hause) konsistent auf. Eine Verhaltensweise, die gut beobachtbar sowie in verschiedenen Situationen konsistent auftritt, trägt gemäss Karver (2006) auch zu einer höheren Urteilsübereinstimmung bei.

2. Wie stark hängen die Angaben von Lehrpersonen und von Mädchen (2a) sowie von Jungen (2b) hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen zusammen?

Aufgrund von Hinweisen aus der Literatur wurde ein positiver, aber geringer Zusammenhang der Selbstbeurteilung von Jugendlichen und der Fremdbeurteilung von Lehrpersonen vermutet. Für diese Hypothese konnten trotz erforschter Übereinstimmungen für den Gesamtproblem- sowie Belastungswert (Goodman, 2001) keine signifikanten Effekte ermittelt werden. Hingegen ein Zusammenhang der Angaben zu den Problemskalen „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Hyperaktivität“. Der Schulkontext beinhaltet für Mädchen und Jungen einerseits eine soziale und andererseits eine physische Herausforderung. Die soziale Herausforderung besteht darin, dass sich Jugendliche in einer Gruppe von Gleichaltrigen befinden und mit komplexen Strukturen von Gruppendynamiken konfrontiert werden, mit denen sie lernen müssen, umzugehen. Die zweite Aufgabe besteht in der schulischen Forderung, für längere Zeit still zu sitzen, den natürlichen Bewegungsdrang zu kontrollieren und sich an die strukturierte Situation des Unterrichts anzupassen. Beide Herausforderungen sind notwendige Anpassungs- und Integrationsprozesse an bestehende Normvorstellungen unserer Gesellschaft. Es ist daher wenig überraschend, dass sowohl die Lehrpersonen wie auch die Jugendlichen sensibilisiert sind auf Schwierigkeiten in diesen beiden Bereichen. Jugendlichen, die psychisch belastet sind, kann die soziale Integration und die Kontrolle des Bewegungsdranges schwer fallen, sie empfinden sich selbst als eingeschränkt. Die Lehrpersonen werden diese Schülerinnen und Schüler als problematisch

empfinden. Zurückgezogene Jugendliche in der Schulklasse werden sie an ihrem Verhalten erkennen; diese Mädchen oder Jungen werden wahrscheinlich öfter verspottet oder gehänselt als andere, sind meist für sich alleine und beteiligen sich selten an sozialer Interaktion. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es aufgrund des schulischen Kontextes mit seinen spezifischen Herausforderungen möglich ist, Verhaltensprobleme der Jugendlichen wie die soziale Ausgrenzung und Hyperaktivität zu erkennen.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass sich die Schülerinnen und Schüler der untersuchten Stichprobe im 9. und somit letzten Schuljahr befinden. Die Jugendlichen, die bereits eine Lehrstelle gefunden haben, freuen sich wahrscheinlich auf die kommende Herausforderung und sitzen nicht mehr allzu konzentriert in der Schulbank. Die Jugendlichen, die noch eine Lehrstelle suchen, machen sich vielleicht mehr Sorgen und sind gedanklich eher bei der schwierigen Stellensuche als im Unterricht. Die häufigen Angaben zu Symptomen der Hyperaktivität könnten auch damit zusammenhängen, dass die Befragung im letzten Schuljahr stattfand.

3. Wie stark hängen die Angaben von Eltern und von Lehrpersonen hinsichtlich Verhaltensstärken und -auffälligkeiten der Jugendlichen zusammen?

Goodman (2001) konnte in seiner Untersuchung zur Übereinstimmung von verschiedenen Beurteilungen aufzeigen, dass auch die Einschätzungen von Lehrpersonen und Eltern eine Übereinstimmung im Gesamtproblemwert $r_s = .42$ und im Belastungswert $r_s = .32$ haben. Entgegen der Erwartungen wurde der Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der Eltern und Lehrpersonen hinsichtlich des Gesamtproblem- sowie des Belastungswertes der Jugendlichen in dieser Stichprobe nicht signifikant. Hingegen wurde für die Problemskala „Verhaltensprobleme“ ein signifikanter Zusammenhang ermittelt.

Teilweise werden die Unterschiede in den Beurteilungen der Lehrpersonen und Eltern vermutlich dadurch verursacht, dass ein Problemverhalten in verschiedenen Situationen unterschiedlich ausgeprägt ist. Schon Achenbach (1991) konnte aufzeigen, dass Beurteiler, die ein Kind in verschiedenen Kontexten erleben, weniger Übereinstimmung in den Beobachtungen haben. Werden die Problembereiche des Strengths-and-Difficulties-Questionnaire differenziert betrachtet, so lässt sich wohl sagen, dass Probleme im Umgang mit anderen sowie emotionale Probleme der Jugendlichen kontextabhängig sind. Dabei dürfen Lehrpersonen wohl öfter Probleme im Umgang mit den Peers beobachten, während Eltern zu Hause eher mitbekommen, wenn der Sohn oder die Tochter niedergeschlagen ist oder über Kopf- bzw. Bauchschmerzen klagt. Verhaltensprobleme hingegen sind nicht kontextabhängig. Jugendliche, die streitlustig oder impulsiv sind oder durch Verhaltensweisen

wie „lügen“ oder „stehlen“ auffallen, werden diese Verhaltensweise unabhängig vom Kontext zeigen.

4. Wie sieht der Zusammenhang der Beurteilungen der Eltern und der Jugendlichen hinsichtlich internalisierender und externalisierender Probleme aus?

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass der Zusammenhang der Beurteilungen von Eltern und Jugendlichen in Bezug auf internalisierende Auffälligkeiten höher ist als auf externalisierende Auffälligkeiten ($r_s(30) = .59, p < .01$). Schon Verhulst und van der Ende (1992) und Seiffge-Krenke und Kollmar (1998) konnten in nicht-klinischen Stichproben aufzeigen, dass die Übereinstimmung zwischen Eltern und Kindern höher war für internalisierende Auffälligkeiten.

Die geringe Übereinstimmung der Einschätzungen bei externalisierenden Verhaltensproblemen könnte mit bestimmten Itemformulierungen im SDQ zusammenhängen. Schon Herjanic und Reich (1982) postulierten, dass die Urteilerübereinstimmung zwischen Eltern und Jugendlichen höher ist für Fragen, die in Bezug auf eine konkrete und beobachtbare Symptomatik hin formuliert sind. Karver (2006) nennt vier Verhaltensmerkmale, die für die Übereinstimmung der Angaben wichtig sind: Das Verhalten muss beobachtbar sein, über verschiedene Situationen hinweg konsistent vorkommen und einfach erinnerbar sein. Jugendliche und Eltern sollten zudem beide gewillt sein, über die Verhaltensweisen zu berichten. Werden diese Empfehlungen nun z. B. auf das Item der Skala Emotionsprobleme „Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen“ und auf das Item „Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören“ der Skala Verhaltensprobleme übertragen, lässt sich feststellen, dass die letztere Verhaltensweise von den Eltern viel weniger gut beobachtet werden kann als die ersten beiden.

Jugendliche, die lügen oder stehlen, werden dies in der Selbstbeurteilung kaum offen zugeben. Wenn sie sich dieser Verhaltensweise jedoch bewusst sind und sich dafür schämen oder schuldig fühlen, können sie dadurch niedergeschlagen oder traurig sein und dies in der Selbstbeurteilung angeben. Diese Emotionen können von den Eltern wiederum beobachtet werden. Obwohl sie die Gründe für die Niedergeschlagenheit nicht kennen, kann es auf diese Weise zu einer Übereinstimmung in der Selbst- und Fremdbeurteilung in Bezug auf internalisierende Verhaltensauffälligkeiten kommen.

5. Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Belastungswert der Beurteilungen der Eltern (5a)? Ist auch in den Beurteilungen der Lehrpersonen ein Zusammenhang ersichtlich (5b)?

Van Roy et al. (2010) machen in ihrer Studie darauf aufmerksam, dass Eltern Verhaltensauffälligkeiten und daraus entstehende psychosoziale Beeinträchtigungen im Verhältnis konsistenter einschätzen als Jugendliche. Diesem Hinweis wurde in der vorliegenden Arbeit nachgegangen, und die Zusammenhänge wurden für Mädchen und Jungen getrennt betrachtet. Die Ergebnisse bestätigen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Belastungswert der Jungen in den Beurteilungen der Eltern ($r_s(30) = .76, p < .01$). Bei den Lehrpersonen zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Eltern. Obwohl in der Literatur keine direkten Hinweise zum Zusammenhang von Gesamtproblemwert und Belastungswert in den Beurteilungen der Lehrpersonen gefunden wurden, liegt die Vermutung nahe, dass Lehrpersonen ähnlich wie die Eltern die Symptome und daraus entstehenden psychosozialen Beeinträchtigungen im Verhältnis konsistenter als die Jugendlichen einschätzen. Die Ergebnisse bestätigen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und dem Belastungswert der Jungen in den Beurteilungen der Lehrpersonen ($r_s(32) = .56, p < .05$). Diese Ergebnisse stimmen mit den berichteten Korrelationen von Wille et al. (2008) überein. In Eltern-Beurteilungen wurden Jungen als psychosozial beeinträchtigt eingeschätzt als Mädchen. Dies wird als Konsequenz der geschlechtsspezifischen Verteilung von psychischen Störungen betrachtet, in der Jungen häufiger externalisierende Verhaltensauffälligkeiten zeigen und die Beeinträchtigungen offensichtlicher sind als für internalisierende Störungen.

Der fehlende Zusammenhang des Gesamtproblemwertes und Belastungswertes der Mädchen in den Beurteilungen der Eltern und Lehrpersonen kann viele Ursachen haben. Gemäss Kämmerer (2001) ist bekannt, dass Mädchen eher stilles und unauffälliges Verhalten aufweisen, welches oft nicht als behandlungsbedürftig wahrgenommen wird. Aus den Berechnungen zu Symptomprävalenzen im deskriptiven Teil der Arbeit wird sichtbar, dass Mädchen häufiger angeben, unglücklich zu sein, sowie häufiger Ängste und gesundheitliche Probleme zu haben. Dieses Ergebnis verweist auf die Untersuchung von Ihle und Esser (2002), in der internalisierende Probleme wie depressive Symptome und Störungen bei Mädchen ab der Pubertät häufiger festgestellt werden als bei Jungen. Diese Probleme werden oft nicht wahrgenommen, weil sie weniger Auswirkungen auf das Umfeld des Kindes haben im Vergleich zu hyperaktiven Symptomen oder Verhaltensproblemen (Bettge et al., 2008).

Als zusätzliches Problem stellt sich die Selektivität der Beobachtungen. Es ist vorstellbar, dass Eltern wie auch Lehrpersonen vorwiegend Verhaltensweisen wahrnehmen, die sie von

den Jungen kennen und die mit ihren Erwartungen möglicherweise übereinstimmen. Signale zu internalisierendem Problemverhalten bei Mädchen können dabei übersehen werden. Neben dem Problem der Selektivität besteht auch das Problem der Subjektivität der Beobachtungen. Eltern und Lehrpersonen bringen das, was sie beobachten, in Beziehung zu eigenen Erfahrungen und Erlebnissen. Hier spielt der Eltern-Bias, den Foley et al. (2005) in ihrer Studie ermittelt haben, eine weitere wichtige Rolle. Falls Eltern oder Lehrpersonen eigene psychopathologische Erfahrungen haben, kann es sein, dass sie aufgrund ihrer beeinflussten Wahrnehmung die Jugendlichen auffälliger einschätzen als diese tatsächlich sind.

Für die Ergebnisse der Eltern-Beurteilungen und diejenigen der Lehrpersonen lässt sich zusammenfassend sagen, dass internalisierende Verhaltensprobleme der Mädchen möglicherweise nicht genug wahrgenommen werden und allfällige Störungen und Probleme dadurch unentdeckt bleiben. Bei dieser Gruppe wäre es in einem weiteren Schritt wichtig, die Selbsteinschätzung – also die Sicht der Mädchen – auf ihre Probleme zu beachten.

Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtproblemwert und Belastungswert bei den Selbstbeurteilungen der Jugendlichen (5c)?

Auch in den Selbstbeurteilungen der Jugendlichen wurde ein Zusammenhang der selbstberichteten Symptome und daraus folgenden psychosozialen Beeinträchtigungen zu Hause, im Unterricht oder mit Freunden erwartet. Dieser Zusammenhang wurde anhand einer bivariaten Korrelation untersucht, der Effekt war aber nicht signifikant. Dieses Ergebnis stimmt mit den Befunden in der Studie von Van Roy et al. (2010) überein, die aufzeigen konnten, dass Kinder zwar häufiger über Symptome berichteten, sich durch diese aber weniger beeinträchtigt einschätzten als ihre Eltern es taten. Das Verhältnis von berichteten Symptomen und die Beeinträchtigung durch diese stimmt in den Erzählungen von Adoleszenten oft nicht überein (Phares & Compas, 1990).

Eine mögliche Erklärung für diese Ergebnisse ist, dass Schwierigkeiten wie zum Beispiel häufige Kopf- und Bauchschmerzen oder Niedergeschlagenheit von den Jugendlichen durchaus im Moment der Untersuchung wahrgenommen, aber nicht in Zusammenhang mit einem psychologischen Problem gebracht werden. Emotionale oder Verhaltensprobleme würden in diesem Fall anhand äusserer Merkmale konzeptualisiert. Ein anderer Erklärungsansatz wäre, dass Mädchen und Jungen aufgrund der erhöhten Selbstaufmerksamkeit in der Adoleszenz ihre Schwierigkeiten wahrnehmen, aber der Wunsch nach Normalität und Zugehörigkeit grösser ist als die Offenbarung von psychosozialen Beeinträchtigungen.

6. Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert, Belastungswert und dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern?

In der explorativen Untersuchung zum Zusammenhang der berichteten Symptome und der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe der Eltern konnte ein signifikanter Effekt ermittelt werden ($r_s(30) = .52, p < .05$). Eltern mit einem höheren Gesamtwert haben auch schon häufiger professionelle Hilfe in Anspruch genommen als Eltern, die bei ihren Kindern über weniger auffällige Verhaltensweisen berichten. Eine weiterführende explorative Untersuchung ergab, dass die Einschätzungen der Problemskala „Verhaltensprobleme“ einen signifikanten Zusammenhang mit dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern aufweisen ($r_s(30) = .70, p < .01$).

Insbesondere externalisierende Störungsformen der Jugendlichen stellen laut Zwaanswijk et al. (2003) ein familienbezogenes Merkmal dar, die das Inanspruchnahmeverhalten der Eltern beeinflussen können. Jugendliche mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten haben oft auch Schwierigkeiten im Schulleistungsbereich, was wiederum ein Merkmal ist, welches das Inanspruchnahmeverhalten der Eltern beeinflusst. Eine elterliche Einstellung zu Gesundheit und Krankheit, die nicht pathologisierend ist, kann für die Erziehung vorteilhaft sein. Sie kann aber auch dazu führen, dass Eltern einen höheren Schwellenwert besitzen, was die „Auffälligkeit“ eines Verhaltens angeht, womit die Jugendlichen erst viel später bei professionellen Hilfsangeboten vorstellig werden.

Der Belastungswert in den Beurteilungen der Eltern wurde ebenfalls explorativ auf einen Zusammenhang mit dem Inanspruchnahmeverhalten untersucht. Für die elterliche Wahrnehmung von Stress und Beeinträchtigung konnten jedoch keine signifikanten Effekte ermittelt werden. Der fehlende Zusammenhang zwischen dem Belastungswert und dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern könnte durch verschiedene Überzeugungen der Eltern gegenüber Krankheit und Behandlungen zu erklären sein. Es ist möglich, dass Eltern die Beeinträchtigungen der Jugendlichen zu Hause oder in der Schule zwar wahrnehmen, aber denken, es gehe von selbst vorüber. Möglicherweise sorgen sich Eltern darüber, was andere im Fall professioneller Hilfesuche denken könnten, oder sie möchten das Problem selbst lösen. Das Internet bietet heute zum Beispiel eine Fülle an Informationen zu psychischer Gesundheit. Eltern, die keinen Internetzugang haben oder im Umgang mit neuen Medien nicht geübt sind, dürften diese Informationsquelle weniger nutzen als Eltern, die sich mit den neuen Medien auskennen. Das Stigma psychischer Erkrankungen und ihrer Behandlungen könnte für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen eine weitere Hürde darstellen. Es ist vorstellbar, dass Eltern sich entscheiden, Hilfsmöglichkeiten nicht anzunehmen, weil sie verhindern möchten, dass ihr Kind als „psychisch krank“, etikettiert wird und mit Vorurteilen und Diskriminierung leben muss. Stigmatisierung betrifft nach wie vor viele psy-

chischen Störungen und hemmt die Offenheit, sich über die Störungen zu informieren und sich damit auseinanderzusetzen.

6.3 Weitere Erkenntnisse der Studie

In der Stichprobe konnte ermittelt werden, dass Jugendliche häufiger über emotionale und Verhaltensprobleme berichten als ihre Eltern ($z = -2.88, p = .00$), was mit den Ergebnissen von Salbach-Andrae et al. (2009) übereinstimmt.

Aufgrund des starken Wunsches nach Konformität in der Phase der Adoleszenz und des zentralen Bedürfnisses, von anderen wahrgenommen und gemocht zu werden, entwickeln Jugendliche eine grosse Sensibilität gegenüber Unterschieden im Vergleich mit anderen. Jugendliche, die sich durch bestimmte Merkmale oder Verhaltensweisen von anderen unterscheiden, sind sich dessen oft schmerzhaft bewusst. Doch die Konzepte zu psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit sind im Jugendalter noch nicht klar formuliert und trennbar. Aus diesem Grund ist es für Jugendliche schwer, zwischen „gesund“ und „krank“ zu unterscheiden und ihre Probleme relational einzuschätzen. Aufgrund der erhöhten Selbstwahrnehmung in diesem Alter ist es ihnen kaum möglich zu entscheiden, ob ihre „Andersartigkeit“ ein Zeichen für psychische Schwierigkeiten ist. Die Tendenzen, häufiger über psychische Schwierigkeiten zu berichten als die Eltern, lassen sich vor diesem Hintergrund erklären.

Der Prozess des Hilfesuchens beinhaltet bei den Eltern verschiedene Stufen, wie Goldberg und Huxley (1980) in ihrem Filter-Modell beschreiben. Als Erstes müssen die Eltern erkennen, dass ihr Kind Probleme hat oder sich auffällig verhält. Dieser Erkenntnis folgt der Schritt des Akzeptierens, dass das Kind Probleme hat. Weil sie die Eltern sind, wissen sie, dass es nun in ihrer Verantwortung liegt, auf die Symptome des Jugendlichen zu reagieren. Sie müssen in Erwägung ziehen, fachliche oder sonstige Hilfsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. In diesem Prozess gibt es verschiedene Hürden: Da die Eltern emotional involviert sind, werden die Symptome des Kindes zwar wahrgenommen, aber weil diese Interpretationsspielraum bieten, werden sie unter Umständen verdrängt oder in eine Richtung erklärt, die nicht so besorgniserregend ist. Die Einstellung der Eltern gegenüber psychischen Symptomen und professionellen Hilfseinrichtungen ist hier von zentraler Bedeutung. Haben die Eltern eigene Erfahrungen mit psychischen Krankheiten gemacht, kann dies das Erkennen der Symptome des Kindes positiv beeinflussen. Dies ist vor allem der Fall, wenn die Eltern aufgrund von eigenen positiven Erfahrungen eine positive Einstellung gegenüber Hilfseinrichtungen haben. Möglicherweise haben die Eltern ihre eigenen Symptome auch sehr lange nicht erkannt oder niemand hat sie wahrgenommen und sie haben dadurch Leid erfahren.

Eltern und Jugendliche empfinden spezifische „Themen der Jugendlichen“ als unterschiedlich wichtig. Für die Eltern rücken in dieser Zeit Auseinandersetzungen hinsichtlich ungenügender Schulleistungen der Kinder, mangelnder Mithilfe in der Hausarbeit oder unerfüllter zeitlicher Absprachen in den Fokus der Aufmerksamkeit. Bei den Jugendlichen dreht sich alles um die wachsende Selbstständigkeit, die demonstriert werden soll. Themen wie Kleidung, Aussehen und Taschengeld sind zentral. Obwohl die Eltern auch im Jugendalter für ernste Themen nach wie vor wichtig sind, wenden sich adoleszente Mädchen und Jungen mit ihren persönlichen Problemen nun häufiger an ihre Freunde. Es ist möglich, dass Eltern aus diesem Grund Schwierigkeiten haben, internalisierende Probleme wie Depressivität oder Ängste der Jugendlichen zu entdecken. Bei internalisierenden Problemen handelt es sich meistens um verdeckte Prozesse (Karver, 2006). Diese werden von den Jugendlichen möglicherweise vor den Eltern geheim gehalten, aus Angst vor den Konsequenzen.

Um die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit anderen Untersuchungen vergleichen zu können, werden die Rohwerte des Gesamtproblem- und Belastungswertes in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ nach Goodman (1997) eingeteilt. In nicht-klinischen Studien geht Goodman davon aus, dass ca. 10% der Jugendlichen im grenzwertigen und 10% im auffälligen Bereich einzuschätzen sind. Diese Prozentzahlen sind von Alter und Geschlecht sowie Herkunft abhängig. In der untersuchten Stichprobe aus Embrach zeigt sich ein unerwartetes Ergebnis: Die Mehrheit der Mädchen und Jungen (93.8%) schätzen sich in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten im unauffälligen Bereich ein und werden von den Eltern (86.7%) und den Lehrpersonen (84.4%) ebenfalls mehrheitlich als unbelastet eingeschätzt. Werden die Gesamtproblemwerte in Bezug auf die Grenzwertprozentzahlen von Goodman (1997) betrachtet, überschreiten einzig die Fremdbeurteilungen der Lehrpersonen den Grenzwert von 10% für die Kategorie „grenzwertig“. Dass die Grenzwertzahlen für den Gesamtproblemwert in den Einschätzungen der Eltern und Jugendlichen nicht erreicht wurden, ist möglicherweise durch die kleine Stichprobe von ($N = 32$) zu erklären. Aus der Literatur wurden keine Hinweise auf ähnliche Untersuchungen mit kleinen Stichproben gefunden, die diese Vermutung bestätigen würden. Inwiefern diese Verteilung der Kategorien einen Zusammenhang mit den verschiedenen Niveaus der Sekundarschulklassen und dem Bildungshintergrund der Eltern hat, ist nicht interpretierbar und legt weitere Untersuchungen in der Oberstufenschule mit einer grösseren Stichprobe nahe.

Auch bei den Einschätzungen zum Belastungswert zeigen sich überraschende Ergebnisse. Der Belastungswert setzt sich aus dem subjektiv empfundenen Leidensdruck sowie damit einhergehenden Beeinträchtigungen zu Hause, im Unterricht, unter Freunden oder in der Freizeit zusammen. Der Belastungswert für den grenzwertigen Bereich wird von den Schülerinnen und Schülern um fast das Dreifache (28.1%) überschritten. Ein Erklärungsansatz

für dieses Resultat könnte sein, dass Jugendliche zum Zeitpunkt der Untersuchung über ihre momentane Wahrnehmung in Bezug auf ihre Emotionen und ihr Verhalten berichten (Van Roy et al., 2010) und keine Verbindung zwischen Problemen und Auswirkungen herstellen können. Grund sind ungenügende Kenntnisse über psychische Verhaltensauffälligkeiten, die den abstrakten Vorgang der Verbindung von Symptomen mit daraus entstehenden Beeinträchtigungen verhindert. Bei den Itemformulierungen, wo es um Verhaltensweisen wie „lügen“, „stehlen“ und „aggressives Verhalten“ geht, müssen Dissimulationstendenzen sowie die Tendenz zum sozial erwünschten Antworten in die Interpretation einbezogen werden (Di Bartolo et al., 1998). Eine weitere Möglichkeit könnte auch sein, dass die Jugendlichen sich nicht als sehr belastet einschätzen, weil sie ein positives Selbstbild von sich bewahren möchten (Pina et al., 2001). In welchen der vier Problembereiche die Schülerinnen und Schüler die meisten Beeinträchtigungen angegeben haben, wird aus den Ergebnissen nicht ersichtlich. Dies würde eine weitere Untersuchung der Jugendlichen, die sich als psychosozial belastet einschätzen, nahelegen.

Von den Schülerinnen und Schülern, bei denen die Eltern und Lehrpersonen Schwierigkeiten wahrnehmen, wird auch ein erstaunliches Ergebnis ermittelt. Während die Eltern ihre Kinder beim Gesamtproblemwert zu je 6.7% in den Kategorien „grenzwertig“ und „auffällig“ einschätzen, werden die Grenzwerte dieser beiden Kategorien beim Belastungswert mit je 13.3% überschritten. Bei den Jugendlichen werden somit häufiger psychosoziale Beeinträchtigungen beobachtet, die sich nicht unbedingt mit dem Gesamtproblemwert, also der Anzahl der Symptome, decken müssen. Bei den Lehrpersonen zeigt sich ein ähnliches Bild: Während insgesamt 15.6% der Schülerinnen und Schüler in die Kategorien „grenzwertig“ und „auffällig“ eingeteilt werden, werden erstaunlicherweise 25.1% der Jugendlichen von den Lehrern als psychosozial beeinträchtigt eingeschätzt. Trotz der überraschenden Ergebnisse zu den Beurteilungen der psychosozialen Belastungen schätzen Eltern und Lehrpersonen im Allgemeinen Symptome und psychosoziale Beeinträchtigungen im Verhältnis konsistenter ein als Jugendliche (Wille et al., 2008).

Die zusätzliche Berücksichtigung der psychosozialen Beeinträchtigung dürfte in dieser Stichprobe eine wertvolle Möglichkeit darstellen, diejenigen Jugendlichen zu identifizieren, die aufgrund von symptomorientierten diagnostischen Kriterien nicht entdeckt würden. Weiter noch könnten Jugendliche identifiziert werden, die sich durch Symptome in den verschiedenen Bereichen beeinträchtigt empfinden, aber unterhalb des Cut-Off-Wertes des Gesamtproblemwertes liegen.

6.4 Zusammenfassende Erkenntnisse

Jugendliche berichten häufiger über emotionale und Verhaltensprobleme als Eltern, was mit den Ergebnissen aus der Literatur übereinstimmt (Achenbach et al., 1987; Sourander et al., 1999; Salbach-Andrae et al., 2009). Werden die Gesamtproblemwerte und Belastungswerte der drei Informanten den von Goodman (1997) empfohlenen Kategorien (unauffällig, grenzwertig und auffällig) zugeteilt, wird ersichtlich, dass sich 93.8% der Mädchen und Jungen im unauffälligen Bereich einschätzen und von den Eltern (86.7%) und Lehrpersonen (84.4%) ebenfalls als unauffällig betrachtet werden. Beim Gesamtproblemwert überschreiten einzig die Fremdbeurteilungen der Lehrpersonen den Grenzwert von 10% für die Kategorie „grenzwertig“. Bei der Verteilung des Belastungswertes zeigt sich ebenfalls ein unerwartetes Ergebnis: Die Grenzwerte der klinisch relevanten Kategorien werden dort von allen drei Informanten überschritten.

Die vorliegende Arbeit bestätigt, dass Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche in den Fremdbeurteilungen sowie in der Selbstbeurteilung zu Verhaltensauffälligkeiten verschiedene Sichtweisen und wichtige Aspekte des Problemverhaltens abbilden. Aus den Ergebnissen wird sichtbar, dass Lehrpersonen für externalisierende wie auch soziale Probleme in der Schule wichtige Informanten sind, was mit den Ergebnissen von Goodman et al. (2000) übereinstimmt. Das Fremdurteil der Lehrpersonen wird dort als besonders aussagekräftig in Bezug auf die Wahrnehmung von Verhaltens- und Hyperaktivitätsstörungen ermittelt. Im Weiteren gibt es bei den Lehrerbeurteilungen keine Übereinstimmung mit den Aussagen der Jugendlichen und Eltern in Bezug auf internalisierende Probleme, da dieses Verhalten kontextabhängig ist. Lehrpersonen schätzen Gesamtproblemwert und Belastungswert bei Jungen als konsistent ein. Dies wird als Konsequenz der geschlechtsspezifischen Verteilung von psychischen Störungen betrachtet, in der Jungen häufiger externalisierende Verhaltensauffälligkeiten zeigen und die Beeinträchtigungen offensichtlicher sind. Jugendliche sind wichtige Informanten, wenn es um das Ausmass ihres subjektiven Leidens oder um verdeckte emotionale Probleme geht (Bettge et al., 2008).

Wenn es jedoch darum geht, die Beeinträchtigung durch die Symptome zu ermitteln, scheinen die Selbsturteile der Jugendlichen limitiert, weil sie die Symptome im Verhältnis zu den psychosozialen Belastungen wenig konsistent einschätzen. Eltern sind durch ihre Mittelposition zwischen Jugendlichen und Lehrpersonen in der Lage, internalisierende wie auch externalisierende Verhaltensprobleme zu erkennen. Ihre emotionale Involviertheit kann ihre Wahrnehmung jedoch auch einschränken.

6.5 Praktikabilität des Messinstrumentes

Aufgrund der Auswertungsergebnisse kann von einer hohen Verständlichkeit des Strengths-and-Difficulties-Questionnaires ausgegangen werden. Die Ausgeglichenheit von positiven und negativen Verhaltensaspekten sowie die kurze Bearbeitungsdauer scheinen sich ebenfalls positiv auf die Akzeptanz des Verfahrens auszuwirken und führen so zu sehr wenigen ausgelassenen oder vermiedenen Fragen.

Der SDQ ist ein Verfahren, das sich auf eine breite psychiatrische Symptomatik bezieht. Möglicherweise werden dadurch Symptome erfragt, bzw. von den Jugendlichen sowie Eltern und Lehrpersonen abgebildet, die aus verschiedenen Gründen bisher nicht wahrgenommen oder berichtet wurden. Der SDQ ist, wie im Kapitel 4.3 beschrieben, mittlerweile in über 50 Sprachen übersetzt worden. Dies stellte eine ideale Voraussetzung für die Teilnahme der Eltern dar, die eine andere Muttersprache haben als Deutsch.

Im SDQ sind auf Itemebene ein paar Aspekte zu kritisieren. Der erste Aspekt bezieht sich auf die deutsche Übersetzung der Itemnr. 12. Wie bereits im Kapitel 5.1 (Praktikabilität) beschrieben, wurde während der Untersuchung der Schülerinnen und Schüler eine Verständnisfrage zu Itemnr. 12 mit der Aussage „Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will“ gestellt. Aus der Formulierung der Frage wird nicht klar, ob gemeint ist, dass man sich selbst häufig schlägt oder sich mit anderen schlägt. Auf diese Aussage sollte bei einer nächsten Untersuchung vorangehend aufmerksam gemacht werden.

Eine Vermutung, die sich bei der Auswertung der Ergebnisse bestätigt hat, betrifft die Itemnr. 13 mit der Aussage „Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen“. Es wurde vermutet, dass der zweite Teil der Aussage „ich muss häufig weinen“ wohl von den Jungen eher selten ehrlich beantwortet werden würde und dass der erste Teil der Aussage „Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen“ sich besser eignen würde, um das Symptom der Niedergeschlagenheit bei Jungen und Mädchen gleich häufig zu erfassen. Bei den Resultaten der Symptomprävalenzen ergab sich wie vermutet ein signifikanter Geschlechtsunterschied ($p < .05$) zwischen Mädchen und Jungen.

Ein weiterer Kritikpunkt zum Testinstrument bezieht sich auf die Interpretationsmöglichkeit der Subtestwerte. Auf der Informationsseite zum SDQ (www.sdq-info.org) finden sich keine Beschreibungen der gemessenen Subskalen, welche für die Interpretationen der Ergebnisse erfasst wurden. Beschreibungen zur Bedeutung von leichter, mittlerer oder hoher Auffälligkeit bei den SDQ-Werten wären für die Interpretation der Ergebnisse hilfreich.

6.6 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Das verwendete Testinstrument (SDQ) ist ein praxisfreundliches, valides und reliables Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Jugendlichen und kann als zuverlässiges Screeninginstrument eingesetzt werden. Als eine Stärke der Studie kann das Untersuchungsdesign betrachtet werden, in dem die Selbstbeurteilung der Jugendlichen mit den beiden Fremdbeurteilungen von Eltern und Lehrpersonen in Verbindung gebracht wurde. Im Zusammenhang mit diagnostischen Einschätzungen von emotionalen und Verhaltensproblemen weisen Goodman et al. (2000) darauf hin, dass für die Untersuchung der Urteilerübereinstimmung die Kombination der Einschätzungen von Eltern, Lehrpersonen und Jugendlichen die grösste Wahrscheinlichkeit besteht, dass eine Störung durch das Screening erkannt wird. Diagnostische Einschätzungen können zudem präziser und sorgfältiger gemacht werden, wenn nicht nur der Gesamtproblemwert, sondern auch der Belastungswert, der sich durch die psychosozialen Beeinträchtigungen der Symptome ergibt, in die Beurteilung mit einbezogen wird.

Eine weitere Stärke der vorliegenden Studie ist die Berücksichtigung von Ergebnissen sowohl auf Skalenebene als auch auf Itemebene. Durch den Vergleich mit den ermittelten Grenzwerten von Goodman (1997) wird auf Skalenebene ersichtlich, wieviele Jugendliche sich in den jeweiligen Bereichen (unauffällig, grenzwertig und auffällig) befinden. Bei der Interpretation der Ergebnisse können auf Itemebene einzelne Antworten anschliessend hinterfragt werden und zu einer weitergehenden Exploration oder Überarbeitung des Messinstrumentes Anlass geben.

Die hohe Rücklaufquote der an die Eltern versandten Fragebogen ist sehr positiv zu bewerten; insbesondere weil sie Schlüsselfiguren für das Erkennen von Auffälligkeiten und für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten sind. Besonders erfreulich ist, dass auch Eltern an der Untersuchung teilgenommen haben, die tatsächlich emotionale und Verhaltensprobleme bei ihren Kindern wahrnehmen und in der Fremdbeurteilung darüber berichten. Ein Selektionseffekt, der ermittelt würde, wenn nur Eltern an der Untersuchung teilnehmen, deren Kinder keine Probleme haben, kann somit praktisch ausgeschlossen werden. Zur hohen Rücklaufquote beigetragen haben möglicherweise das beigelegte Empfehlungsschreiben zur Studienteilnahme der Bildungsdirektion des Kantons Zürich sowie das kontrollierte Einfordern der Elternfragebogen durch die Lehrpersonen.

Bei der Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung. Wie verlässlich die Angaben der Schülerinnen und Schüler sind, und inwieweit diese sich beim Ausfüllen der Fragebögen gegenseitig beeinflussen, ist nicht bekannt. Aufgrund der Selbstbeurteilung muss zudem mit Einschränkungen der Aussagekraft durch sozial erwünschtes Antwortverhalten gerechnet werden. In der Literatur gibt es Hinweise, dass bei Jugendlichen die Ten-

denz besteht, Symptome zu beschönigen und sich sozial erwünscht zu verhalten, was teilweise zu einer geringeren Urteilerübereinstimmung beitragen kann (Di Bartolo et al., 1998). Um Verzerrungen der Angaben zu reduzieren bzw. zu objektivieren, sollte das Untersuchungsdesign bei zukünftigen Untersuchungen eine Kontrollmöglichkeit der sozialen Erwünschtheit bei selbstberichteten Angaben zu Verhaltensstärken und -auffälligkeiten beinhalten.

Als weiterer Schwachpunkt der Studie kann die kleine Stichprobengrösse gesehen werden. Die Rekrutierung der Lehrpersonen war ein Problem. Von sechs zur Teilnahme gebetenen Oberstufenlehrpersonen beteiligten sich nur zwei mit ihren Klassen. Warum die anderen Lehrpersonen nicht mit ihren Klassen teilgenommen haben, ist nicht bekannt. Möglicherweise war die ungünstige Zeitplanung der Untersuchung ein Hindernis für die Teilnahme, da in der Oberstufenschule Embrach vor dem Untersuchungstermin eine Projektwoche sowie die Frühlingsferien stattfanden. Für die Berechnungen der Zusammenhänge der Angaben zwischen Eltern und Jugendlichen wurden nur die Angaben der Jugendlichen berücksichtigt, von welchen auch eine Fremdbeurteilung der Eltern vorhanden war, was eine Stichprobengrösse von 30 Jugendlichen ergab. Für die Berechnungen der Angaben zwischen Lehrpersonen und Schülerinnen sowie Schülern konnten Angaben von 32 Jugendlichen verwendet werden. Die Resultate der Untersuchung mit den beschriebenen Stichproben sind nicht repräsentativ, das heisst die Ergebnisse des Datensatzes sind nicht unmittelbar auf die Grundgesamtheit der Gruppe von Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten generalisierbar.

Bei der Frage zum Inanspruchnahmeverhalten wird in der vorliegenden Arbeit nicht nach den persönlichen Überzeugungen und der Motivationen auf Seiten der Eltern gefragt, die hinter den Intentionen der Hilfesuche und der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten liegen. Wie sich persönliche Überzeugungen und Einstellungen der Eltern zum Problemverhalten der Jugendlichen auf das Inanspruchnahmeverhalten der Eltern auswirken, ist ein wichtiger und interessanter Gegenstand für künftige qualitative Untersuchungen. Bei der Untersuchung der Überzeugungen und Einstellungen könnten auch die Behandlungsmotivation und Erwartungen an eine Behandlung erfasst werden.

6.7 Ausblick

Die Partizipation der verschiedenen Beteiligten – der Schulleitung und der Lehrpersonen, aber auch der Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern – stellt einen wesentlichen Erfolgsfaktor für diese Untersuchung dar. Um die verschiedenen Beteiligten zur Teilnahme an einer solchen Befragung zu motivieren, ist eine strukturierte und sorgfältig geplante Information zu Projektinhalt, Ziel und Vorgehen von grosser Bedeutung.

In dieser Studie wurde untersucht, inwiefern die Angaben der Selbstbeurteilung der Jugendlichen und der Fremdbeurteilung der Lehrpersonen in Bezug auf Verhaltensstärken und -auffälligkeiten zusammenhängen. Dabei wurde ersichtlich, dass Lehrpersonen sensibilisiert sind für soziale und externalisierende Probleme der Jugendlichen. Die Erreichbarkeit der Lehrpersonen stellte jedoch für die vorliegende Untersuchung eine Herausforderung dar. Um die Teilnahmebereitschaft der Lehrpersonen bei künftigen Untersuchungen zu fördern, sollte darauf geachtet werden, dass neue Projekte frühzeitig in die Jahresplanung aufgenommen werden. Für die Untersuchung mit Schulabgängern sind die Monate Mai und Juni des letzten Schuljahres zu bevorzugen. Da verschiedene Entwicklungsprozesse und Projekte in dieser Zeit oft gleichzeitig laufen, sollte in diesem Zusammenhang bei Lehrpersonen auch die zeitliche Belastung der Untersuchung mitberücksichtigt werden. Der zeitliche Aufwand muss von den Lehrpersonen genau abgeschätzt werden können und sollte nicht länger als 1 Lektion (20-30 Minuten) beanspruchen. Von Bedeutung ist auch, dass den Lehrpersonen durch die Untersuchung kein administrativer Aufwand entsteht. Eine kurze Bearbeitungsdauer sowie hohe Verständlichkeit des eingesetzten Fragebogens wirken sich positiv auf die Akzeptanz des Verfahrens und der Untersuchung allgemein aus.

Fehlende Übereinstimmungen der verschiedenen Beurteilerperspektiven haben eine Reihe von Ursachen wie De Los Reyes & Kazdin (2005) in ihrer Studie aufzeigen. In der vorliegenden Untersuchung wurden nur die Einflussfaktoren Geschlecht und Störungsform integriert, da der Versuch, alle möglichen Einflussfaktoren zu berücksichtigen, sehr aufwendig und meist unvollständig bleibt. Die Berücksichtigung von Einflussfaktoren ermöglicht wichtige Erkenntnisse zur Unterscheidung der Informanten. Für weiterführende Untersuchungen wäre es deshalb wünschenswert, weitere Variablen wie kulturelle, sozioökonomische und Beziehungsaspekte einzuschliessen, die alle dazu beitragen könnten, die Ursachen für die Diskordanzen zu ermitteln.

Studien, die den Einfluss von kulturellen Aspekten auf die Übereinstimmung der Urteile untersucht haben, machen darauf aufmerksam, wie wichtig der soziale Kontext für die Ermittlungen von Diskordanzen ist. Die Einbeziehung des kulturellen Hintergrundes und der Nationalität bei der Untersuchung von Urteilsübereinstimmungen ist für weiterführende Studien daher von grossem Interesse. Nach Weisz et al. (1988) besteht in der Wahrnehmung und Interpretation von problematischen jugendlichen Verhaltensweisen ein kultureller Unterschied, bzw. ein unterschiedlicher Schwellenwert (threshold effect). Für das Verständnis von Unterschieden in Selbst- und Fremdbeurteilungen ist dieser unbedingt zu berücksichtigen.

In der Untersuchung zu Einflussfaktoren für die fehlende Übereinstimmung der Angaben von verschiedenen Beurteilern wurde bisher wenig Aufmerksamkeit auf Beziehungsfakto-

ren und Kommunikationsmuster zwischen Eltern und Jugendlichen gelegt (Van Roy et al., 2010). Da im SDQ keine Fragen zu Kommunikationsmustern in der Familie vorkommen, wäre eine Einschliessung eines zusätzlichen Instrumentes zur Erfassung von Kommunikationsmustern- oder Formen in der Familie interessant.

Bei der Untersuchung zum Zusammenhang des Gesamtproblemwertes und der psychosozialen Belastungen bei Mädchen werden in den Fremdbeurteilungen von Eltern und Lehrpersonen keine Übereinstimmungen ersichtlich. Dieses Ergebnis soll auf eine gendersensitive Wahrnehmung aufmerksam machen, da Mädchen im Vergleich zu Jungen mehr internalisierende Symptome wie Angst und Depressivität zeigen, die nicht gut beobachtbar sind und deshalb Gefahr laufen, übersehen zu werden.

Verschiedene Studien konnten aufzeigen, dass sich die Eltern in ihren Beurteilungen unterscheiden (Lindholm & Touliatos 1981; Davé et al., 2008). Da an der vorliegenden Studie jedoch nur vier Väter beteiligt waren, wurden die einzelnen Zusammenhänge nicht getrennt für Mütter und Väter untersucht. Bei den einzelnen Fragestellungen könnte eventuell die getrennte Untersuchung der Elternteile weitere Erkenntnisse für die Übereinstimmung zwischen Mutter und Tochter bzw. Vater und Sohn generieren.

Das Inanspruchnahmeverhalten der Eltern wurde explorativ auf einen Zusammenhang mit dem Gesamtproblem- sowie Belastungswert untersucht. Für die weitere Untersuchung zum Inanspruchnahmeverhalten wäre eine Einschliessung von weiteren Einflussfaktoren, wie von Zwaanswijk et al. (2003) postuliert, von grossem Interesse. So beeinflusst die Belastung, welche die Eltern durch die Schwierigkeiten der Jugendlichen erleben, die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe massgebend (Angold et al., 1998). Bei Fragestellungen zum Zusammenhang von wahrgenommener Belastung und dem Inanspruchnahmeverhalten der Eltern könnte die letzte Frage (Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?) im Strengths-and-Difficulties-Fragebogen zur Belastung miteinbezogen werden.

6.8 Schlussfolgerungen

Wie die Forschungsergebnisse aus der Literatur sowie aus der vorliegenden Untersuchung aufzeigen, sind Übereinstimmungen zwischen verschiedenen Beurteilungsperspektiven in verschiedenen Fällen gar nicht, nur schwach oder aber auf unerwartete Weise stark vorhanden. Ziel dieser Arbeit war es, in den drei Beurteilungsperspektiven von Eltern, Jugendlichen und Lehrpersonen die in der Literatur postulierten Zusammenhänge und Unterschiede zwischen den Angaben in der Stichprobe des ersten Teilprojektes zu untersuchen. Betrachtet wurden dabei die Faktoren Geschlecht und Störungsform der Jugendlichen, die die

Übereinstimmungen der Beurteilungen beeinflussen. Der Strengths-and-Difficulties-Fragebogen stellt sich dabei als ökonomisches und praktikables Testinstrument für die Untersuchung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten von Jugendlichen heraus.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit machen darauf aufmerksam, dass Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche über verschiedene Sichtweisen zu Verhaltensauffälligkeiten verfügen, die alle wichtige Teilaspekte von Problemverhalten beinhalten und zusammen zu einem diagnostischen Ergebnis führen sollten. Dies lässt uns zu den Untersuchungen von Martin et al. (2004) und Goodman et al. (2000) zurückkehren, welche allen Informanten und deren Einschätzungen gleich viel Bedeutung zuschreiben. Sie konnten auch aufzeigen, dass die diagnostische Einschätzung von Eltern, Lehrpersonen und Jugendlichen anhand des SDQ psychische Störungen in der Kombination am reliabelsten vorhersagen können.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth-Self Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991d). *Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1997). *Guide for the caregiver – Teacher Report Form for ages 2-5*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Alsaker, F. D. (2000). The development of a depressive personality orientation: The role of the individual. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behaviour, mental processes and consciousness* (pp. 345-359). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Angold, A., Weissman, M. M., John, K., Merikangas, K. R., Prusoff, B. A., Wickramaratne, P., et al. (1987). Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 901-915.
- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use für child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75-80.
- Angold, A., Costello, E., Farmer, E., Burners, B. & Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 129-137.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Becker, A. Hagenberg, N. Roessner, V., Woerner, W. & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 17-24.
- Bettge, S., Wille, N., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Depressive Symptoms of children and adolescents in a German representative sample: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 71-81.
- Brosius, F. (2008). SPSS 16. *Das mitp-Standardwerk*. Heidelberg: Redline.
- Bühl, A. (2010). *PASW 18: Einführung in die moderne Datenanalyse*. 12., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.
- Bürgin, D. (2002). Psychoanalytische Psychotherapie in der Adoleszenz. *Psychotherapie im Dialog*, 3 (4), 331-337.

- Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., & Kendall, P. C. (2003). Childhood anxiety disorders: Parent– child (dis)agreement using a structured interview for the *DSM–IV*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 957–964.
- Costello, E. J., Pescosolido, B. A., Angold, A., & Burns, B. J. (1998). A family network-based model of access to child mental health services. *Research in Community and Mental Health: Social Networks & Mental Illness*, 9, 165–190.
- Davé, S., Nazareth, I., Senior, R. & Sherr, L. (2008). A Comparison of Father and Mother Report of Child Behaviour on the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 399-413.
- De Los Reyes, A. & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509.
- Di Bartolo, P. M., Albano, A. M., Barlow, D. H. & Heimberg, R. G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26,13–220.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 6., vollständig überarbeitete Auflage, Bern: Hans Huber.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 519-547.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Petermann, F. & Scheithauer, H. (2002). Diagnostik psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. 5., korrigierte Auflage (S. 96-127). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Petermann, F. (2008). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Dreher, E. & Dreher, M. (1996). Fragebogen zu Entwicklungsaufgaben. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. 6., vollständig überarbeitete Auflage, (S. 279). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Eschmann, S., Weber-Häner, Y. & Steinhausen, H.C. (2007). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale. Übersicht und Forschungsnotwendigkeiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (4), 270-279.
- Fachverband Sucht. (2008). *Jugendliche richtig anpacken – Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J. & Angold, A. (1997). Impact of children's mental health problems on families: Effects on services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5, 230-238.
- Farmer, E. M., Stangl, D. K., Burns, B. J., Costello, E. J. & Angold, A. (1999). Use, persistence and intensity: Patterns of care for children's mental health across one year. *Community Mental Health Journal*, 35, 31-46.

- Federer, M., Stüber, S., Margraf, J., Schneider, S. & Herrle, J. (2001). Selbst- und Fremdeinschätzung der Kinderängstlichkeit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22 (3), 194-205.
- Fend, H. (1998). *Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter*. Entwicklungspsychologie der Adoleszenz in der Moderne Band V. Bern: Hans Huber.
- Ferdinand, R. F., van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2004). Parent-Adolescent Disagreement Regarding Psychopathology in Adolescents From the General Population as a Risk Factor of Adverse Outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 198-206.
- Fichtner, H. (2000). *Auffällige Kinder im Spiel*. Kronach: Deutscher Kommunal-Verlag.
- Flammer, A. & Alsaker, F. D. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter*. Bern: Hans Huber.
- Foley, D. L., Rutter, M., Angold, A., Pickles, A., Maes, H. M., Silberg, et. al. (2005). Making sense of informant disagreement for overanxious disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 193-210.
- Fombonne, E. (2002). Case identification in an epidemiological context. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goetze, H. (2001). *Grundriss der Verhaltensgestörtenpädagogik*. Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag V. Spiess.
- Goldbeck, L. & Stieglitz, R. D. (2009). Diagnostische Verfahren. In J. M. Fegert, A. Streeck-Fischer & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters* (S. 219). Stuttgart: Schattauer.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. New York: Tavistock.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-801.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539

- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry*, 15, 173-177.
- Goodman, A., Lamping, D. L. & Ploubidis, G. B. (2010). When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179-1191.
- Greiner, W. (2006). Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 369), 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa.
- Grills, A. E. & Ollendick, T. H. (2002). Issues in parent-child agreement: the case of structured diagnostic interviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 57-83.
- Grills, A. E. & Ollendick, T. H. (2003). Multiple Informant Agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:1, 30-40.
- Grob, A. (2007). Jugendalter. In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.). *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (S. 187-207). Göttingen: Hogrefe.
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 62-70.
- Heiervang, E., Goodman, A. & Goodman, R. (2008). The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 678-685.
- Herjanic, B. & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 10, 307-324.
- Hurrelmann, K. (2004). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. 7., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 159-169.
- Kazdin, A. E. (1994). Informant variability in the assessment of childhood depression. In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Karver, M. S. (2006). Determinants of multiple informant agreement on child and adolescent behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 251-262.
- Kämmerer, A. (2001). Weibliches Geschlecht und psychische Störungen – epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau – ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Knafo, A. & Plomin, R. (2006). Parental Discipline and Affection and Children's Prosocial Behavior: Genetic and Environmental Links. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 (1), 147-164.

- Koglin, U., Barquero, B., Mayer, H., Scheithauer, H. & Petermann, F. (2007). Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu): Psychometrische Qualität der Lehrer-/Erzieherversion für Kindergartenkinder. *Diagnostica*, 53, 175-183.
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent, and teacher reports. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 34, 991-1006.
- Krappmann, L. (1992). Die Suche nach der Identität und die Adoleszenzkrise. In G. Biermann (Ed.), *Handbuch der Kinderpsychotherapie* (Bd. 5, S. 102-126). München: Reinhardt.
- Langness, A., Leven, I. & Hurrelmann, K. (2006). Jugendliche Lebenswelten: Familie, Schule, Freizeit. In Shell Deutschland Holding (Hrsg.), *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*, (S. 86-87). Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Laucht, M. (2003). Die Rolle der Väter in der Entwicklungspsychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(3), 235-242.
- Lewin, K. (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- Lindholm, B. W. & Touliatos, J. (1981). Development of children's behavior problems. *The Journal of Genetic Psychology*, 139, 47-53.
- Martin, J. L., Ford, C. B., Dyer-Friedman, J., Tang, J. & Huffman, L. C. (2004). Patterns of agreement between parent and child ratings of emotional and behavioral problems in an outpatient clinical setting: When children endorse more problems. *Journal of Developmental and Behavior Pediatrics*, 25, 150-155.
- Myschker, N. (2005). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. 6., vollständig überarbeitete Auflage, (S. 271-332). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pavuluri, M. N., Luk, S. & McGee, R. (1996). Help seeking for behavior problems by parents of preschool children: a community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 215-222.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandesaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1), 48-57.
- Petermann, F., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Scheithauer, H. (2002). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. 5., korrigierte Auflage (S. 29-56). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik- Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Phares, V., & Compas, B. E. (1990). Adolescents' subjective distress over their emotional/behavioral problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 596-603.

- Phares, V. (1997). Accuracy of informants: Do Parents think that mother knows best? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 165-171.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M. & Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS Lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 443-457.
- Plück, J., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 133-142.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H. U., Rothenberger, A. et al. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child Adolescent Psychiatry*, 1 (17), 22-33.
- Remerschmidt, H. (1992). *Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.
- Remerschmidt, H. (2008). Entwicklungspsychopathologie. In H. Remerschmidt (Hrs.). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. 5., aktualisierte Auflage, (S. 29). Stuttgart: Georg Thieme.
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M.Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. et al. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 75, 351- 358.
- Reynolds, W. M. (2001). *Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory – RAASI*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Roberts, R. E. Attkinson, C. & Rosenblatt, A. (1999). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155, 715-725.
- Roberts, R. E., Alegria, M., Ramsay Roberts, C. & Ger Chen, I. (2005). Concordance of Reports of Mental Health Functioning by Adolescents and Their Caregivers. A Comparison of European, African and Latino Americans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (8), 528-534.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saile, H. (2007). Psychometrische Befunde zur Lehrerversion des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ-L). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 39 (1), 25-32.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry*, 24, 345-351.
- Sayal, K. (2004). The Role of Parental Burden in Child Mental Health Service Use: Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (11), 1328-1333.
- Seiffge-Krenke, I. (1986). Was berichten Patienten über sich? Selbstenthüllung im therapeutischen Situationen. In A. Spitznagel & L.Schmidt-Atzert (Hrsg.), *Sprechen und Schweigen. Zur Psychologie der Selbstenthüllung*. Bern: Huber.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). *Gesundheitspsychologie des Jugendalters*. Göttingen: Hogrefe.

- Seiffge-Krenke, I. & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behaviour: A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 687-697.
- Sourander, A., Helstela, L. & Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 657-663.
- Sourander, A., Multimäki, P., Santalathi, P., Parkkola, K., Haavisto, A., Helenius, H. et al. (2004). Mental Health service use among 18-year-old-adolescent boys: A prospective 10-year-follow-up-study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1250-1258.
- Steinhausen, H. C. (2000). *Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streek-Fischer, A., Fegert, J. M. & Freyberger, H. J. (2009). Gibt es Adoleszenzkrisen? In J. M. Fegert, A. Streek-Fischer & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. (S. 183-18). Stuttgart: Schattauer.
- Teagle, S. E. (2002). Parental Problem Recognition and Child Mental Health Service Use. *Mental Health Services Research*, 4, 257-266.
- Thompson, A., Hunt, C. & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 810-817.
- Treutler, C. M. & Epkins, C. C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 13-27.
- Tröster, H. (2009). *Früherkennung im Kindes- und Jugendalter. Strategien bei Entwicklungs-, Lern und Verhaltensstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Tschumper, A. & Diserens, C. (2004). *Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive CRSA groupe de recherche sur la santé des adolescents (IUMSP).
- Tylim, J. (1978). Narcissistic transference and countertransference in adolescent treatment. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 279-292.
- Van der Meer, M., Dixon, A. & Rose. (2008). Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 491-497.
- Van Roy, B., Groholt, B., Heyerdahl, S. & Clench-Aas, J. (2010). Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioral problems: Effects of relational and socio-demographic factors. *BMC Psychiatry*, 10:56.
- Verhulst, F. C. (1995). The epidemiology of child and adolescent psychopathology: Strengths and limitations. In F. C. Verhulst & H. M. Koot (Eds.). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: University Press.

- Verhulst, F. C., Althaus, M., & Berden, G. F. (1987). The Child Assessment Schedule: Parent– child agreement and validity measures. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 28, 455–466.
- Verhulst, F. C. & van der Ende, J. (1992). Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1011–1023.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F. & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54 (4), 329–336.
- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Walter, B. R. & Anderson, W. W. (1988). Thai and American perspectives on over and under controlled child behaviors problems: Exploring the threshold model among parents, teachers and psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 601–609.
- Wille, N., Bettge, S., Wittchen, H. U. & Ravens-Sieberer, U. (2008). How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1 (17), 42–51.
- Wright, A., Jorm, A. F. & Harris, M. G. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* Mar, 42(3), 244–250.
- Yeh, M. & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child disagreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1018–1025.
- Youngstrom, E., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038–1050.
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 153–161.

Anhangsverzeichnis

Anhang A

| | |
|---------------------------------|---|
| SDQ-Fragebogen Selbstversion | B |
| SDQ-Fragebogen für Eltern | D |
| SDQ-Fragebogen für Lehrpersonen | F |

Anhang B

| | |
|--|---|
| Informationsschreiben der Studienleitung | H |
|--|---|

Anhang C

| | |
|---|---|
| Empfehlungsschreiben der Bildungsdirektion des Kantons Zürich | I |
|---|---|

Anhang D

| | |
|---|---|
| Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung (Tabelle 26) | J |
|---|---|

Anhang A

SDQ-Fragebogen Selbstversion

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Bitte markiere zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

| | Nicht zutreffend | Teilweise zutreffend | Eindeutig zutreffend |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich teile normalerweise mit anderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Normalerweise tue ich, was man mir sagt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich mache mir häufig Sorgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich bin nett zu jüngeren Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer oder Gleichaltrigen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ich denke nach, bevor ich handle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Würdest du sagen, dass du insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hast: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Nein | Ja, leichte Schwierigkeiten | Ja, deutliche Schwierigkeiten | Ja, massive Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls du diese Frage mit „Ja“ beantwortet hast, beantworte bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Weniger als einen Monat | 1-5 Monate | 6-12 Monate | Über ein Jahr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Leidest du unter diesen Schwierigkeiten?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht | Kaum | Deutlich | Massiv |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Wirst du durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Gar nicht | Kaum | Deutlich | Schwer |
| Zu hause mit Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| im Unterricht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in der Freizeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Findest du, dass diese Schwierigkeiten Anderen (Familie, Freunden, Lehrern, usw.) das Leben schwerer machen?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| gar nicht | kaum schwerer | deutlich schwerer | sehr viel schwerer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Hast du wegen diesen Belastungen schon einmal Kontakt aufgenommen zu einer der folgenden Beratungs- und Behandlungsstellen?

Wenn ja, bitte unterstreichen:

- Schulpsychologischer Dienst
- Kinder- oder Hausarzt
- Psychologin oder Psychologe
- Psychotherapie oder Psychiatrische Behandlung
- Stationäre psychiatrische Behandlung
- Klassenlehrperson
- Schulsozialarbeit

SDQ- Fragebogen für Eltern

Mutter Vater

Welche Nationalität (en) haben Sie?.....

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

| | Nicht zutreffend | Teilweise zutreffend | Eindeutig zutreffend |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Rücksichtsvoll | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Unruhig; überaktiv, kann nicht lange stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Teilt gerne mit anderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Einzelgänger; spielt meist alleine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ständig zappelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Streitet sich oft mit Gleichaltrigen oder schikaniert sie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Im allgemeinen bei Gleichaltrigen beliebt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Lieb zu jüngeren Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Lügt oder mogelt häufig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer oder anderen Kindern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Denkt nach, bevor er/sie handelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Würden Sie sagen, dass ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Nein | Ja, leichte Schwierigkeiten | Ja, deutliche Schwierigkeiten | Ja, massive Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Weniger als einen Monat | 1-5 Monate | 6-12 Monate | Über ein Jahr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht | Kaum | Deutlich | Massiv |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

| | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Gar nicht | Kaum | Deutlich | Schwer |
| Zu hause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Freunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| im Unterricht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| in der Freizeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Keine Belastung | Leichte Belastung | Deutliche Belastung | Schwere Belastung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Haben Sie wegen diesen Belastungen schon einmal Kontakt aufgenommen zu einer der folgenden Beratungs- und Behandlungsstellen?

Wenn ja, bitte unterstreichen:

- Schulpsychologischer Dienst
- Kinder- oder Hausarzt
- Psychologin oder Psychologe
- Psychotherapie oder Psychiatrische Behandlung
- Stationäre psychiatrische Behandlung
- Klassenlehrperson
- Schulsozialarbeit

Ihre Angaben werden vertraulich und anonym behandelt. Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit und für die Zeit, die Sie sich genommen haben.

SDQ-Fragebogen für Lehrpersonen

männlich oder weiblich

Geburtsdatum.....

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

| | Nicht zutreffend | Teilweise zutreffend | Eindeutig zutreffend |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Rücksichtsvoll | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Unruhig; überaktiv, kann nicht lange stillsitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Teilt gerne mit anderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Einzelgänger; spielt meist alleine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ständig zappelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Streitet sich oft mit Gleichaltrigen oder schikaniert sie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Im allgemeinen bei Gleichaltrigen beliebt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Lieb zu jüngeren Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Lügt oder mogelt häufig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer oder anderen Kindern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Denkt nach, bevor er/sie handelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Würden Sie sagen, dass dieses Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Nein | Ja, leichte Schwierigkeiten | Ja, deutliche Schwierigkeiten | Ja, massive Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Weniger als einen Monat | 1-5 Monate | 6-12 Monate | Über ein Jahr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Leidet das Kind unter diesen Schwierigkeiten?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht | Kaum | Deutlich | Massiv |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Wird das Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

| | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|
| | Gar nicht | Kaum | Deutlich | Schwer |
| mit Freunden im Unterricht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Klasse dar?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Keine Belastung | Leichte Belastung | Deutliche Belastung | Schwere Belastung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift:..... Datum:

Anzahl der wöchentlichen Klassenstunden mit diesem Kind?.....

Vielen Dank für Ihre Hilfe

Anhang B

Informationsschreiben der Studienleitung

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



**Angewandte
Psychologie**

www.psychologie.zhaw.ch

Zürich, 14. März. 2011

Unterscheiden sich Einschätzungen von Eltern, Lehrern und Jugendlichen über Gleichaltrigenbeziehungen, Verhaltensprobleme und emotionale Probleme?

Liebe Eltern

In einem Forschungsprojekt des Departementes Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW beschäftigen wir uns mit der Frage, wie sich die Einschätzungen von Eltern, Lehrern und Jugendlichen über Gleichaltrigenbeziehungen, Verhaltensprobleme und emotionale Probleme der Jugendlichen unterscheiden. Man weiss, dass Eltern eher die emotionalen Probleme genauer einschätzen und Lehrer eher die Verhaltensprobleme. Uns interessiert nun vor allem, wie die Jugendlichen mit ihrer eigenen Einschätzung mit derjenigen der Eltern und der Lehrer übereinstimmen.

Dafür bitten wir Sie, den beigelegten Fragebogen zu Ihrem 3.-Sekundarschüler bzw. Ihrer 3.-Sekundarschülerin auszufüllen. Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es aus Ihrer Sicht stimmt.

Die Datenauswertung ist anonymisiert. Wir werden mittels einer Nummer die Fragebogen von Eltern, Lehrer und Schüler vergleichen können, wissen aber nicht, wer der Schüler ist. Der Lehrer wird nicht darüber informiert.

Wir freuen uns, wenn Sie den Fragebogen möglichst schnell, aber spätestens bis zum 18. März Ihrem Kind im beigelegten Couvert verschlossen mitgeben. Der Lehrer wird die Couverts sammeln und uns übergeben.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Wir grüssen Sie freundlich

Dr. phil. Agnes von Wyl
Leitung Forschungsschwerpunkt
Psychotherapie und psychische Gesundheit

Danielle Zollinger
Psychologiestudentin

Anhang C

Empfehlungsschreiben der Bildungsdirektion des Kantons Zürich

Bildungsdirektion Kanton Zürich
Volksschulamt



An die

- Lehrerinnen und Lehrer der 3. Sekundarklassen von Embrach
- Eltern der Schülerinnen und Schüler der 3. Sekundarklassen von Embrach

Zürich, 21. Februar 2011 / UM / pk

Schulabgängerstudie zur Früherkennung psychischer Störungen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

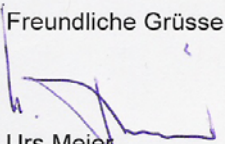
Sehr geehrte Damen und Herren

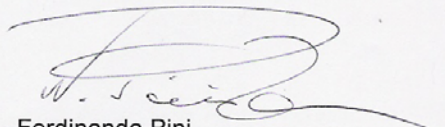
Mit einem Forschungsprojekt will das Departement Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) Früherkennungsprogramme für Jugendliche oder junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen prüfen und weiter entwickeln.

Wie Sie beiliegendem Informationsschreiben der Projektleitung entnehmen können, sollen in einem ersten Teilprojekt Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche der 3. Sekundarklassen von Embrach über Gleichaltrigenbeziehungen, Verhaltensprobleme und emotionale Probleme mittels anonymisiertem Fragebogen befragt werden. Von Interesse ist dabei, ob sich die bei den Beteiligten erhobenen Einschätzungen unterscheiden.

Die Rahmenbedingungen des Forschungsprojekts wurden dem Volksschulamt unterbreitet. Wir unterstützen das Vorhaben, weil wir ein Interesse an den Resultaten der Studie haben und sich daraus mögliche präventive Handlungsmodelle im Umgang mit den beschriebenen Problemen ableiten lassen. Wir ermuntern Sie deshalb, an der Befragung teilzunehmen.

Freundliche Grüsse


Urs Meier
Leitung Abteilung Sonderpädagogisches


Ferdinanda Pini
Leitung Schulärztlicher Dienst

Volksschulamt
Sonderpädagogisches
Sonderpädagogik

Walchestrasse 21, Postfach
8090 Zürich
www.volksschulamt.zh.ch

Telefon 043 259 22 91
Telefax 043 259 51 31
urs.meier@vsa.zh.ch

Anhang D

Tabelle 26

Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung

| | | <i>W</i> | <i>df</i> | <i>p</i> |
|--------------|----------|----------|-----------|----------|
| Jugendliche | s_emo | .888 | 21 | .020 |
| | s_verhal | .924 | 21 | .105 |
| | s_hyper | .944 | 21 | .260 |
| | s_peer | .886 | 21 | .019 |
| | s_prosoc | .907 | 21 | .048 |
| | s_total | .943 | 21 | .250 |
| | s_impact | .750 | 21 | .000 |
| Lehrpersonen | l_emo | .644 | 18 | .000 |
| | l_verhal | .857 | 18 | .011 |
| | l_hyper | .878 | 18 | .024 |
| | l_peer | .809 | 18 | .002 |
| | l_prosoc | .854 | 18 | .010 |
| | l_total | .818 | 18 | .003 |
| | l_impact | .726 | 18 | .000 |
| Eltern | e_emo | .781 | 16 | .002 |
| | e_verhal | .837 | 16 | .009 |
| | e_hyper | .910 | 16 | .118 |
| | e_peer | .837 | 16 | .009 |
| | e_prosoc | .924 | 16 | .196 |
| | e_total | .864 | 16 | .022 |
| | e_impact | .796 | 16 | .002 |

Anmerkung. *W* = Statistik, *df* = Freiheitsgrade; *p* = Signifikanz; *s* = Jugendliche; *l* = Lehrpersonen; *e* = Eltern; *emo* = Emotionale Probleme; *verhal* = Verhaltensprobleme; *hyper* = Hyperaktivität; *peer* = Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen; *prosoc* = Prosoziales Verhalten; *total* = Gesamtproblemwert; *impact* = Belastungswert

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: