

Bullying-Erfahrungen bei PatientInnen einer Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychotherapie – eine besonders gefährdete Gruppe?

Anna-Luisa Kranhold^{1,2}, Babett Voigt¹, Dieter Wolke², Karen Krause¹, Sören Friedrich¹, Jürgen Margraf¹ und Silvia Schneider¹

¹ Forschungs- und Behandlungszentrum für Psychische Gesundheit, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

² Department of Psychology, University of Warwick, Coventry, Vereinigtes Königreich

Zusammenfassung: *Fragestellung:* Bullying hat kurz- und langfristige negative Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit. Daher ist zu erwarten, dass Kinder/Jugendliche aus klinischen Einrichtungen besonders häufig von Bullying-Opfererfahrungen betroffen sind. Diese Studie beschreibt erstmalig die Prävalenz der Bullying-Rollen und -Modi bei Kindern/Jugendlichen im ambulanten psychotherapeutischen Setting in Deutschland. *Methodik:* 298 PatientInnen einer universitären Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychotherapie (6–20 Jahre, 50.7 % weiblich) wurden mithilfe eines Fragebogens zu ihren Bullying-Erfahrungen innerhalb der letzten 6 Monate befragt. *Ergebnisse:* 24.5 % der PatientInnen berichteten von Erfahrungen aus der Opferperspektive, unabhängig ihrer TäterInnenerfahrungen. 19.1 % berichten von Opfererfahrungen, 5.4 % von gleichzeitigen Opfer-/TäterInnenerfahrungen, 2.0 % von TäterInnenerfahrungen. Es zeigte sich, dass über ein Drittel der Betroffenen mit gleichzeitiger Opfer-/TäterInnenerfahrung polyviktimsiert wurde, 86.2 % erfuhren ausschließlich traditionelle Viktimisierung und 1.4 % ausschließlich Cyber-Bullying. Der explorative Vergleich mit unselektierten Schulstichproben deutet auf signifikant mehr Opfererfahrungen und weniger TäterInnenerfahrungen hin. Es gibt keine Hinweise auf signifikante Unterschiede bezüglich gleichzeitig auftretender Opfer- und TäterInnenerfahrungen. Der explorative Vergleich mit einer stationären Vergleichsstichprobe deutet auf signifikant weniger jugendliche PatientInnen mit Opfererfahrungen oder gleichzeitig auftretender Opfer- und TäterInnenerfahrungen hin. *Schlussfolgerungen:* Bullying kommt im psychotherapeutischen Kontext eine besondere Bedeutung zu. Die Befunde haben wichtige Implikationen für die psychotherapeutische Praxis und Ausbildung.

Schlüsselwörter: Mobbing, Psychotherapie, Kinder, Jugendliche, Screening

Bullying experiences in outpatients of a child and adolescent psychotherapy centre – A particularly vulnerable group?

Abstract: *Objective:* Bullying has both short- and long-term effects on physical and mental health. Thus, more victimized children might tend to be found in clinical samples. This is the first study to examine the prevalence of bullying roles and modes in children/adolescents in a psychotherapeutic outpatient setting in Germany. *Method:* 298 outpatients being treated in a child/adolescent psychotherapy centre (6–20 years, 50.7 % female) completed a questionnaire concerning their bullying experiences over the last 6 months. *Results:* 24.5 % of the patients reported from a victim's perspective, independent of being perpetrators of bullying. 19.1 % reported solely as victims, 5.4 % as victims who also bullied (bully-victims), and 2.0 % as bullies. More than one-third of those with victim or bully-victim experiences had been polyvictimized, 86.2 % were victims solely of traditional bullying, and 1.4 % solely of cyberbullying. The exploratory comparison to general-population school samples seems to show significantly more patients with victim experiences and significantly less patients who bullied others. There seem to be no significant effects for bully-victims. Compared to an inpatient sample, significantly fewer adolescent patients seem to state being victims or bully-victims. *Conclusions:* Bullying is a topic of particular importance in the context of psychotherapy. These findings have implications for the psychotherapeutic practice as well as training settings.

Keywords: bullying, psychotherapy, children, adolescents, screening

Einleitung

Das Thema Bullying¹ hat innerhalb der letzten Jahre an öffentlicher Aufmerksamkeit gewonnen. Eine Vielzahl an Gewalttaten wurde mit Bullying-Erfahrungen in Zusammenhang gebracht, sodass das Thema in sozialen Netzwerken und großen Tageszeitungen nicht mehr wegzudenken ist (Sterner, 2018). Bullying tritt in den verschiedensten Kontexten auf und die Folgen stellen ein weltweites Gesundheitsproblem dar (Srabstein & Leventhal, 2015).

Die Definition zu Bullying von Daniel Olweus (1994) ist heute international am weitesten verbreitet (Gladden, Vivolo-Kantor, Hamburger & Lumpkin, 2014). Demnach wird von Bullying gesprochen, wenn die folgenden drei Kriterien erfüllt sind: (a) die Absicht zu schädigen, (b) das Verhalten wird wiederholt gezeigt und (c) es besteht ein objektives oder wahrgenommenes ungleichmäßiges Machtverhältnis zwischen den Betroffenen (Olweus, 1994). Es geht nicht um einmalige Auseinandersetzungen zwischen zwei oder mehreren InteraktionspartnerInnen, sondern um die intentionale und wiederholte Misshandlung einer Person, die eine schwächere Machtposition innehat.

Die Forschung der letzten Jahre zeigt konsistent, dass Bullying im Kindes-/Jugendalter kurzfristig mit einem erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten einhergeht (Moore et al., 2017). Dazu gehören depressive Episoden, soziale Angststörungen, vermehrte Selbstverletzung und suizidales Verhalten sowie stationäre Aufenthalte aufgrund psychischer Probleme (Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011; Koh & Wong, 2017; Kontak, Kirk, Robinson, Ohinmaa & Veugelers, 2019; Leader, Singh, Ghaffar & de Silva, 2018; Lereya et al., 2013). Die aktuelle Datenlage deutet darauf hin, dass neben den kurzfristigen die negativen Langzeitfolgen für die psychische und körperliche Gesundheit bis ins Erwachsenenalter persistieren können (Moore et al., 2017; Sourander, Gyllenberg, Brunstein Klomek, Sillanmäki, Ilola & Kumpulainen, 2016; Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013; Wolke & Lereya, 2015).

Welche Rolle die Betroffenen im Rahmen von Bullying-Erfahrungen einnehmen, ist dabei entscheidend für die Folgen. Vier Rollen werden in der Literatur beschrieben (siehe Tabelle 1). Es gibt Kinder/Jugendliche, die nur Bullying-Erfahrungen aus der Opferperspektive haben, ohne selbst zu schikanieren (BO; engl. *victims*). Es gibt Kinder/Jugendliche, die nur Bullying-Erfahrungen aus der TäterInnenperspektive haben, ohne viktimisiert zu werden (BT; engl. *bullies*). Es gibt Kinder/Jugendliche, die Bullying-Erfahrungen aus der TäterInnen- und der Opferperspektive (BTO; engl. *bully-victims*) haben. Es gibt nichtinvolvierte

Kinder/Jugendliche, die keine Bullying-Erfahrungen haben (BN; engl. *non involved*). Wolke et al. (2013) zeigten in einer Längsschnittstudie, dass BOs ein fast zwei- bis dreifach und BOTs ein 2.5- bis sechsfach erhöhtes Risiko für ein geringeres gesundheitliches und soziales Wohlbefinden und für weniger materiellen Wohlstand im Erwachsenenalter haben als BNs. Für BTs zeigte sich hingegen kein erhöhtes Risiko im Vergleich zu BNs, nachdem für Risikofaktoren kontrolliert worden war. Aufgrund dieser besonderen Vulnerabilität werden BOs und BTOs in der Forschung häufig gemeinsam untersucht (BO & BTO; Fisher et al., 2012; Griffiths, Wolke, Page, Horwood & ALSPAC Study Team, 2006).

Erste Hinweise deuten darauf hin, dass die Art und Höhe der Folgeerscheinungen je nach Bullying-Erfahrung variieren. Es werden dafür verschiedene Bullying-Modi unterschieden: (a) direktes und (b) indirektes (oder Beziehungs-)Bullying, die gemeinsam auch als traditionelles Bullying bezeichnet werden, und (c) Cyber-Bullying (Wolke, 2019). Direktes Bullying umfasst unter anderem Schlagen oder Beleidigen. Indirektes Bullying beinhaltet Verhaltensweisen wie Ignorieren und Streuen von Gerüchten. Beim Cyber-Bullying werden ähnliche Strategien gezeigt, dabei werden jedoch elektronische Medien genutzt (Wolke, Lee & Guy, 2017). Werden mehrere dieser Modi benutzt, liegt Polyviktimisierung vor (siehe Tabelle 1).

Cross, Lester und Barnes (2015) zeigten, dass Kinder mit sozio-emotionalen Problemen häufiger von einer Kombination aus traditionellem und Cyber-Bullying betroffen waren als von traditionellem Bullying allein. In Übereinstimmung damit fanden Wolke et al. (2017) die niedrigsten Selbstwerte und die meisten Verhaltensprobleme bei polyviktimisierten BOs. Dies könnte auch wichtige Implikationen für die psychotherapeutische Praxis haben. Entwickeln Kinder/Jugendliche mit Bullying-Erfahrungen häufiger psychische Probleme, liegt es nahe, anzunehmen, dass ein Großteil der PatientInnen in psychotherapeutischer Behandlung Bullying-Erfahrungen hat.

Einen ersten Hinweis in Übereinstimmung mit der obigen Annahme liefern Stecher et al. (2018). Sie zeigten, dass 32.8% der stationären PatientInnen einer österreichischen Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes-/Jugendalter Opfererfahrungen innerhalb der letzten 6 Monate gemacht hatten. Verglichen zur Gesamtgruppe der schulpflichtigen Kinder/Jugendlichen in Deutschland erscheint diese Prävalenz deutlich erhöht: In drei deutschen Studien mit Schulstichproben wurden BO-Prävalenzen zwischen 11.1% und 17.4% und BTO-Prävalenzen zwischen 2.3% und 16.5% gefunden (Ma-

¹ In der internationalen Forschung wird der wissenschaftlich definierte Begriff „Bullying“ genutzt, synonym wird in deutschsprachigen Studien auch „Mobbing“ verwendet.

Tabelle 1. Übersicht zu den verwendeten Fachbegriffen und Beschreibung der ambulanten PatientInnenstichprobe und der Vergleichsstichproben (Schulstichproben, stationäre Stichprobe)

Fachbegriffe				
Bullying-Rollen	Bullying-Erfahrung, nach Art der Involviertheit (BO, BI, BTO, zusammengefasste BO & BTO, BN)			
BO	Kinder/Jugendliche mit Bullying-Erfahrungen aus der Opferperspektive			
BT	Kinder/Jugendliche mit Bullying-Erfahrungen aus der TäterInnenperspektive			
BTO	Kinder/Jugendliche mit Bullying-Erfahrungen aus TäterInnen- und Opferperspektive			
BO & BTO	Kinder/Jugendliche, die entweder BOs oder BTOs sind			
BN	Kinder/Jugendliche ohne Bullying-Erfahrungen (Nichtinvolvierte)			
Bullying-Modi	Bullying-Erfahrung, nach Art des Verhaltens (direkt, indirekt, cyber)			
Polyviktimisierung	Es treten mehrere Modi der Viktimisierung gemeinsam auf			
Beschreibung der ambulanten PatientInnen – und Vergleichsstichproben				
	Ambulante PatientInnenstichprobe	Schulstichproben	Stationäre Stichprobe	
N	298	Marées & Petermann (2010)	Scheithauer et al. (2006)	Stecher et al. (2018)
Schulform/Setting ^a	Ambulant	Grundschule	Haupt- und Realschule, Gesamtschule, Gymnasium, Orientierungsstufe (5. und 6. Klasse)	128 Stationär
Erhebungszeitraum	2015–2018	Keine Angaben	1999–1998	2014–2017
Geschlecht	50.7% weiblich, 49.3% männlich	52.4% weiblich, 47.6% männlich	50.1% weiblich, 49.9% männlich	75.8% weiblich, 24.2% männlich
Altersrange	6–20 Jahre	6–10 Jahre	5.–10.-Klässler	13–17 Jahre
Mittleres Alter	12.9 Jahre	8.8 Jahre	Keine Angaben	15,1 Jahre
Geografische Einordnung	Bochum, Nordrhein-Westfalen, Deutschland	Bremen, Niedersachsen, Deutschland	Bremen und Wittmund, Niedersachsen, Deutschland	München, Augsburg und Umgebung, Bayern, Deutschland
Messinstrument(e)	Das Screening für Bullying-Erfahrungen (Kurzversion des Bullying-Fragebogens; Wolke et al., 2001)	1. „Bullying- und Viktimisierungs-Fragebogen für Lehrer“ (Bullying and Victimization Questionnaire for Teachers: BVF-L; Marées, 2009) 2. „Bullying- und Viktimisierungs-Fragebogen für Kinder“ (Bullying and Victimization Questionnaire for Children: BVF-K; Marées, 2009)	„Fragebogen für Schüler und Schülerinnen ab der fünften Klasse, Form D“ (BVQ; Olweus, 1991)	Fragebogen zu Schulmobbing (SMOB; Kasper & Heinzelmann-Arnold, 2010)

Tabelle 1. Fortsetzung

Art der Erhebung	Fragebogen, Selbstauskunft	Fragebogen, LehrerInnen- und Selbstauskunft	Fragebogen, Selbstauskunft	Fragebogen, in einem standardisierten strukturierten Interview beantwortet, Selbstauskunft	Fragebogen, Selbstauskunft
Antwortskala und Cut-off	Innerhalb der letzten 6 Monate; 0 = nie 1 = selten (ein- bis dreimal) 2 = häufig (mehr als viermal) 3 = sehr häufig (mindestens einmal pro Woche); Cut-Off: häufig (2) oder sehr häufig (3)	1. keine Angaben zur Zeit; 0 = nie wahr 1 = manchmal wahr 2 = oft wahr; Cut-Off: 67 % Grenze 2. keine Angaben zur Zeit; 0 = nie 1 = manchmal 2 = oft; Cut-Off: 67 %-Grenze bei den Subskalen	Innerhalb der letzten 4 Wochen; 5-stufiges Antwortformat von nicht aufgetreten bis mehrmals in der Woche; Cut-Off: wenigstens zwei- bis dreimal pro Monat	Falls Erfahrungen vorliegen: innerhalb der letzten 6 Monate; Cut-Off: mindestens einmal pro Woche	Innerhalb der letzten 6 Monate; Cut-Off: mindestens einmal pro Woche

Anmerkungen. Daten der Schulstichproben (kumuliertes $n = 4174$). ^a ambulant oder stationär.

rées & Petermann, 2010; Scheithauer, Hayer, Petermann & Jugert, 2006; Wolke, Woods, Stanford & Schulz, 2001).

Mehrere Fragen sind noch offen. Erstens lassen sich die Befunde von Stecher et al. (2018) zu PatientInnen in stationärer Versorgung nicht ohne Weiteres auf das ambulante Setting verallgemeinern. Psychische Probleme von PatientInnen in stationärer Versorgung sind typischerweise stärker ausgeprägt als bei PatientInnen in ambulanter Psychotherapie (Huber, Brandl, Henrich & Klug, 2002). Die Prävalenzraten variieren zudem laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) über die Ländergrenzen hinweg stark (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017). Die Studie von Stecher et al. (2018) präsentierte Daten aus Österreich. Offen bleibt damit, wie häufig Kinder/Jugendliche in ambulanter psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland Bullying erleben, insbesondere im Vergleich zu Kindern/Jugendlichen im Allgemeinen.

Zweitens gibt die Studie von Stecher et al. (2018) keinen Aufschluss über die Bullying-Modi. Es ist nicht nur entscheidend, wie häufig, sondern auch in welchem Modus Kinder/Jugendliche in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung Bullying-Erfahrungen machen. Besonders wichtig wären Informationen zu dieser Frage für die BO & BTOs, da diese Kategorie mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten assoziiert ist (Copeland et al., 2014; Lereya, Copeland, Zammit & Wolke, 2015). Eine Beantwortung dieser Frage steht bisher aus.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, diese bestehenden Lücken zu schließen. Erstmals wird die Prävalenz von Bullying bei Kindern/Jugendlichen im ambulanten psychotherapeutischen Setting in Deutschland anhand dreier Forschungsfragen untersucht.

1. Wie häufig erleben Kinder/Jugendliche, die sich in Deutschland in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinden, Bullying?
2. Welche Modi haben die Bullying-Erfahrungen von Kindern/Jugendlichen, die sich in Deutschland in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinden und die Bullying aus der Opferperspektive erlebt haben (BO & BTOs)?
3. Wie unterscheidet sich die Prävalenz von Bullying-Erfahrungen bei PatientInnen einer ambulanten, universitären Psychotherapieeinrichtung (a) von der Prävalenz bei schulpflichtigen Kindern/Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung und (b) von der Prävalenz bei PatientInnen einer stationären Einrichtung?

Die erste Fragestellung befasst sich mit den Bullying-Rollen. Die zweite Fragestellung untersucht die Bullying-Modi der BO & BTOs, da diese Gruppe aufgrund ihres erhöhten Risikos für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten in diesem Kontext besonders relevant ist. Die dritte Frage-

stellung ist ergänzend und rein explorativer Natur. Die vorgenommenen Vergleiche müssen unter strengem Vorbehalt betrachtet werden. Sie dienen lediglich der ersten Einordnung unserer Daten in die allgemeine Befundlage. Wegen der negativen Langzeitfolgen von Bullying erwarten wir eine höhere Prävalenz von BO- und BTO-Erfahrungen bei PatientInnen einer ambulanten Psychotherapieeinrichtung als in Schulstichproben, jedoch eine geringere Prävalenz von BT-Erfahrungen (Copeland et al., 2014; Leyreya et al., 2015; Wolke et al., 2013). Keine Unterschiede werden im Vergleich zu Befunden aus dem stationären Setting erwartet, da konkrete Hinweise aus der Forschung dazu bisher fehlen.

Methodik

Ambulante PatientInnenstichprobe, Untersuchungsinstrumente und Prozedur

Es wurden 298 PatientInnen der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Ambulanz des Forschungs- und Behandlungszentrums für psychische Gesundheit der Ruhr-Universität Bochum (FBZ) zu ihren Bullying-Erfahrungen befragt (Abbildung 1). Die Stichprobe umfasste 55,6% aller PatientInnen, die zwischen dem 03.11.2015 und dem 12.01.2018 an mindestens einer (probatorischen) Sitzung in der Ambulanz teilgenommen hatten. Nicht eingeschlossen wurden Daten von Kindern/Jugendlichen, die die Therapie nicht antraten oder die aufgrund des Alters oder wegen organisatorischer Gründe (z.B. technische Probleme) nicht miteinbezogen werden konnten. Als Einschlusskriterien galten ausreichende Angaben im Bullying-Screening und ein Alter zwischen 6 bis 20 Jahren. Die Altersuntergrenze beruht dabei auf dem Mindestalter für das verwendete Bullying-Screening (Wolke et al., 2001; Wolke, Woods, Bloomfield & Karstadt, 2000). Die Stichprobe bestand aus 151 Mädchen (50,7%) und 147 Jungen (49,3%). Das durchschnittliche Alter betrug $M = 12,9$ Jahre ($SD = 3,4$). Alle 298 eingeschlossenen Kinder/Jugendlichen hatten mindestens eine psychische Störung, die mithilfe des Kinder-DIPS ermittelt wurde (Schneider, Pflug, In-Albon & Margraf, 2017; Schneider, Unnewehr & Margraf, 2009). Internalisierende Störungen lagen bei 262 Kindern/Jugendlichen und externalisierende Störungen bei 90 Kindern/Jugendlichen vor. Es wiesen 164 Kinder/Jugendliche eine, 97 Kinder/Jugendliche zwei, 32 Kinder/Jugendliche drei und 5 Kinder/Jugendliche vier Diagnosen auf. Die lokale Ethikkommission der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum hat die Studie im Rahmen eines Generalvotums zu den diagnostischen Standarduntersuchungen im FBZ als unbedenklich bewertet.

Screening für Bullying-Erfahrungen

Das Screening für Bullying-Erfahrungen von Wolke (2019) ist eine Kurzversion des Bullying-Fragebogens, der ursprünglich in einer großen Studie in England und Deutschland entwickelt wurde (Wolke et al., 2001). Das Screening fragt in sechs Items nach den Erfahrungen als BO oder BT innerhalb der letzten 6 Monate. Es unterscheidet drei Modi von Bullying (direkt/indirekt/cyber, vgl. oben).

Es wird nach der Häufigkeit von Erfahrungen mit direktem Bullying als BO (Item 1) und BT (Item 2), nach Erfahrungen mit indirektem Bullying als BO (Item 3) und BT (Item 4) sowie nach Erfahrungen mit Cyber-Bullying als BO (Item 5) und BT (Item 6) gefragt. Die Kinder/Jugendlichen geben mithilfe einer Vier-Punkte-Likert-Skala an, wie oft sie dieses Verhalten erlebt oder selbst gezeigt haben: 0 = *nie*; 1 = *selten* (ein- bis dreimal); 2 = *häufig* (mehr als viermal); 3 = *sehr häufig* (mindestens einmal pro Woche). Es werden Definitionen und Beispiele gegeben. Das Item 1 lautet zum Beispiel so:

„Die folgenden Fragen beziehen sich auf direktes Mobbing. Damit ist gemeint, dass anderen durch einen direkten Angriff geschadet wird. Manche junge Menschen machen in der Schule oder bei der Arbeit immer und immer wieder folgende Erfahrungen:

- Sie werden bedroht, erpresst oder bestohlen
 - Sie werden beleidigt oder mit üblen Ausdrücken beschimpft
 - Sie werden Opfer von üblen Streichen/werden lächerlich gemacht
 - Sie werden geschlagen, herumgeschubst oder verprügelt
- Wie oft sind dir diese Dinge in den letzten 6 Monaten passiert?“

Das Bullying-Screening wurde am PC im Rahmen der Eingangsdiagnostik ausgefüllt und folgendermaßen ausgewertet. Für die Rollenzuteilung wurden Opferskala (Opferitem 1/3/5) und TäterInnenskala (TäterInnenitem 2/4/6) gebildet. So wurden fünf Rollen-Gruppen bestimmt (BOs, BTs, BTOs, BO & BTOs, BNs): In die Kategorie BO fielen alle, die bei mindestens einem Opferitem *häufig* oder *sehr häufig* angaben, aber bei keinem TäterInnenitem. BTs waren alle, die bei mindestens einem TäterInnenitem *häufig* oder *sehr häufig* angaben, aber bei keinem Opferitem. BTOs waren die, die bei mindestens einem TäterInnenitem und mindestens einem Opferitem *häufig* oder *sehr häufig* ankreuzten. In die Kategorie BO & BTO fiel, wer entweder als BO oder als BTO betroffen war. Als BNs galten jene, die kein Opferitem und kein TäterInnenitem mit *häufig* oder *sehr häufig* beantworteten.

Ein ähnliches Vorgehen wurde bei den erlebten Bullying-Modi (direkt/indirekt/cyber) gewählt. Als direkt viktimisiert wurde eingestuft, wer bei mindestens einem direkten Item (Items 1 oder 2) *häufig* oder *sehr häufig* angab. Das gleiche galt für die indirekte Viktimisierung (Items 3 oder

4) und die Cyber-Viktimisierung (Items 5 oder 6). Hierbei wurde zwischen reinen Formen der Viktimisierung und Polyviktimisierung unterschieden.

Kinder-DIPS

Das Kinder-DIPS (aktuelle Fassung: Schneider et al., 2017) ist ein strukturiertes klinisches Interview und ermöglicht die Diagnostik der psychotherapeutisch wichtigsten psychischen Störungen des Kindes-/Jugendalters nach DSM-5 und ICD-10 (Margarf, Cwik, Pflug & Schneider, 2017). Alle vorliegenden Diagnosen wurden hier nach ICD-10 gestellt und sind als Kategorien in Abbildung 1 dargestellt (World Health Organization, 1993).

Vergleichsgruppe a): Schultstichproben (Marées & Petermann, 2010; Scheithauer et al., 2006; Wolke et al., 2001)

Die ambulante PatientInnenstichprobe wurde mit Prävalenzen aus drei anderen deutschen Studien mit Schultstichproben (insgesamt $n = 4174$ Schulkinder) verglichen, die als Schätzung für die Prävalenz bei Kindern/Jugendlichen in Deutschland im Allgemeinen dienen. Der explorative Vergleich sollte unter Vorbehalt betrachtet werden. Es wurden hierzu die Studien von Marées und Petermann (2010), Scheithauer et al. (2006) und Wolke et al. (2001) herangezogen, weil diese über große Stichproben berichten und für den deutschen Raum die einzigen sind, die Prävalenzen zu

den Bullying-Rollen (BO, BT, BTO) untersucht haben. Nähere Informationen zu den drei Schultstichproben sind in Tabelle 1 abgebildet.

Vergleichsgruppe b): Stationäre Stichprobe (Stecher et al., 2018)

Die 6-Monats-Prävalenzen aus der ambulanten Stichprobe wurden mit den 6-Monats-Prävalenzen einer stationären Stichprobe (Stecher et al., 2018) verglichen. Der explorative Vergleich sollte unter Vorbehalt betrachtet werden. Es wurde hierzu auf bereits publizierte Daten einer stationären PatientInnenstichprobe der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes-/Jugendalter in Innsbruck zurückgegriffen. Genauere Informationen zur stationären Stichprobe sind in Tabelle 1 abgebildet.

Datenauswertung

Die Auswertung fand mithilfe der Statistik Software IBM SPSS Statistics 24 statt. Dabei wurde zuerst die psychometrische Güte des Screenings überprüft (erster Schritt). Auf Itemebene wurden die Trennschärfe und die Itemschwierigkeit ermittelt, auf Skalenebene die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die interne Konsistenz in Form von Cronbachs Alpha.

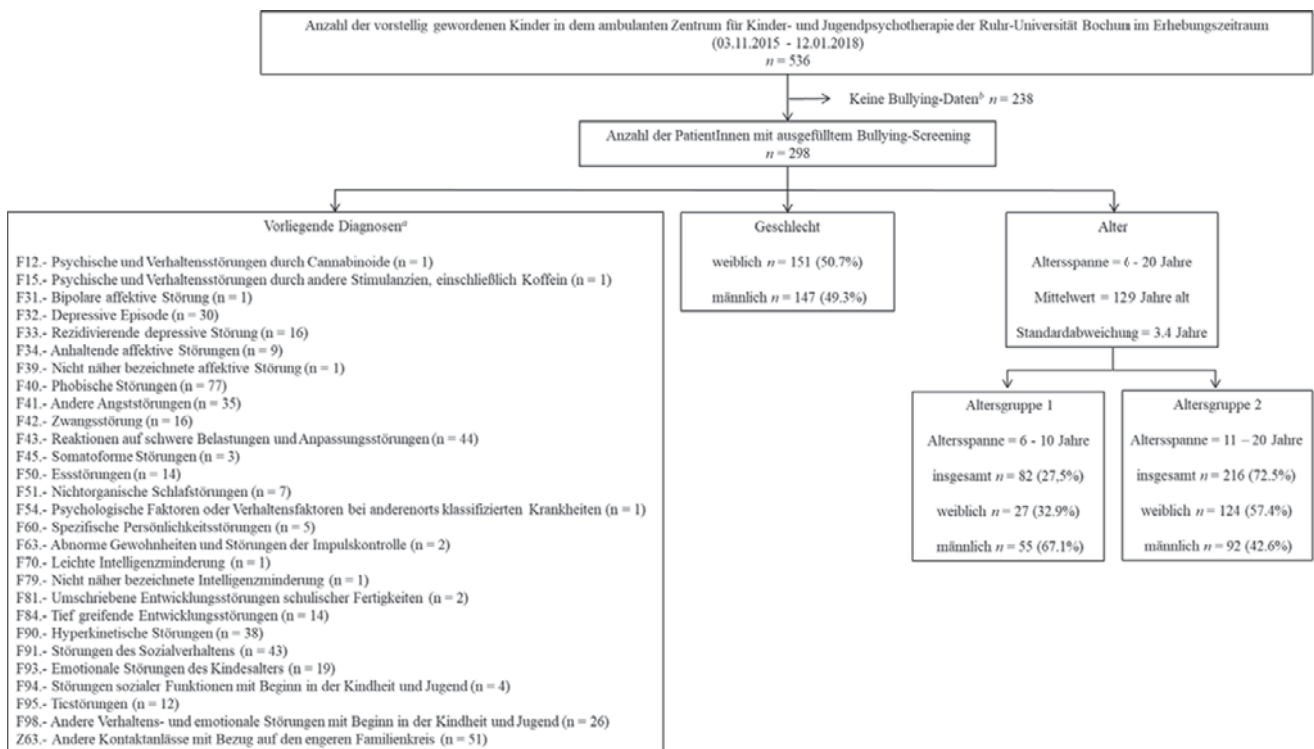


Abbildung 1. STROBE-Flow-Diagramm der Rekrutierung und der innerhalb der Stichprobe vorliegenden klinischen Störungsbilder.

Im zweiten Schritt wurden die Prävalenz und Bullying-Erfahrungen in der ambulanten Stichprobe deskriptiv in Form von relativen Häufigkeiten für die verschiedenen Bullying-Rollen beschrieben (Fragestellung 1). Im dritten Schritt wurde überprüft, ob die gefundenen Prävalenzen alters- oder geschlechtsabhängig sind. In den Fällen, in denen die erwarteten Zelhäufigkeiten < 5 waren, wurde der exakte Test von Fisher genutzt (Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur für kleine Stichproben), ansonsten wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet. Die Kinder wurden dazu in zwei Altersgruppen aufgeteilt: erstens Kinder zwischen 6 und 10 Jahren ($n = 82$) und zweitens Kinder zwischen 11 und 20 Jahren ($n = 216$). Diese Einteilung orientierte sich an dem natürlichen Schnitt, der durch den Übergang auf die weiterführende Schule entsteht.

Im vierten Schritt wurden Prävalenzen der drei Bullying-Modi und der Polyviktimsierung für BO & BTOs mittels relativer Häufigkeiten beschrieben (Fragestellung 2). Mittels einer logistischen Regressionsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen den drei Modi und Alter bzw. Geschlecht untersucht (fünfter Schritt).

Die Daten aus der vorliegenden Stichprobe wurden ergänzend im letzten Schritt mit Schulstichproben und einer stationären Stichprobe verglichen (Fragestellung 3a; Mares & Petermann, 2010; Scheithauer et al., 2006; Wolke et al., 2001). Dieser explorative Vergleich sollte unter Vorbehalt betrachtet werden. Aus den Häufigkeiten für BOs, BTs, BTOs und BO & BTOs in den drei Studien wurde ein gewichtetes Mittel gebildet, wobei die jeweilige Häufigkeit in der entsprechenden Studie an der Stichprobengröße der jeweiligen Studie relativiert wurde. Das gewichtete Mittel wurde mit den entsprechenden relativen Häufigkeiten innerhalb der ambulanten Stichprobe verglichen (Chi-Quadrat-Test bzw. exakter Test von Fisher). Im siebten Schritt (Fragestellung 3b) wurden die relativen Häufigkeiten der ambulanten Stichprobe mit denen der stationären Stichprobe von Stecher et al. (2018) verglichen (Chi-Quadrat-Test bzw. exakter Test von Fisher). Aufgrund des Alters der PatientInnen in der stationären Stichprobe (13-17 Jahre) und der Beschränkung auf Opfererfahrungen wurden für diesen Vergleich nur Daten ambulanter PatientInnen einbezogen, die zu der Altersgruppe 2 (11-20 Jahre) und der Rollenkategorie BO & BTO gehörten.

Ergebnisse

Psychometrische Güte des Bullying-Screenings

Tabelle 2 zeigt die deskriptive Statistik für das Bullying-Screening. Außerdem wurde die Reliabilität in Form der

internen Konsistenz geprüft. Der ermittelte Wert für Cronbachs Alpha lag für die Opferskala ($\alpha = .73$) über dem Grenzwert von $\alpha > .70$ (Schmitt, 1996). Für die TäterInnenperspektive lag die interne Konsistenz darunter, nämlich bei $\alpha = .55$. Auch die stufenweise Auslassung eines jeden Items vergrößerte die Reliabilität nicht. In Tabelle 2 sind die Trennschärfe und die Itemschwierigkeit (Itemmittelwerte/Standardabweichungen) für jedes Item abgebildet. Alle Items haben hier eine Trennschärfe zwischen .35 bis .59, was mindestens der Faustregel von $\geq .30$ (Fisseni, 2004) entspricht. Die Itemschwierigkeit entspricht weitestgehend den üblichen Empfehlungen von $IS \geq .20$ oder $IS \leq .80$ (Lienert & Raatz, 1994). Die einzige Ausnahme bilden dabei die Cyber-Bullying-Items 5 und 6 mit einem sehr geringen durchschnittlichen Antwortniveau.

Frage 1: Wie häufig erleben Kinder/Jugendliche, die sich in Deutschland in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinden, Bullying?

Tabelle 3 zeigt die Prävalenz der Bullying-Rollen innerhalb der ambulanten Stichprobe für die Gesamtgruppe sowie getrennt nach Geschlechts- und Altersgruppenzugehörigkeit. Insgesamt berichteten 24.5% der PatientInnen BO & BTOs gewesen zu sein. 19.1% gaben Erfahrungen als BO und 5.4% als BTO an. 2.0% der PatientInnen berichteten zur Gruppe der BT zu gehören. Es gab keine statistisch signifikanten Alters- oder Geschlechtsunterschiede ($p > .05$).

Frage 2: Welche Modi haben die Bullying-Erfahrungen von Kindern/Jugendlichen, die sich in Deutschland in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinden und die Bullying aus der Opferperspektive erlebt haben (BO & BTOs)?

Von den 298 PatientInnen der ambulanten PatientInnenstichprobe gehörten 24.5% in die Kategorie BO & BTO ($n = 73$), die hier analysiert wurde. Abbildung 2 zeigt, dass reines direktes Bullying mit 31.4% am häufigsten vorlag, gefolgt von reinem indirektem Bullying (27.4%). Hingegen gaben nur sehr wenige PatientInnen an, durch reines Cyber-Bullying viktimisiert (1.4%) worden zu sein. Polyviktimsierung erlebten 39.8% der BO & BTOs: 27.4% zeigten eine Polyviktimsierung durch indirektes/direktes Bullying, 11% durch direktes/indirektes/Cyber-Bullying und 1.4% durch eine Mischform von indirektem/Cyber-Bullying. Keines der Kinder/Jugendlichen gab Polyviktimsierung durch direktes/Cyber-Bullying an.

Tabelle 2. Deskriptive Statistik des Bullying-Screenings

Subgruppen	Itemstatistik		% Patient- Innen über Cut-Off ^d	Mit- tel- wert	Standard- abweichung	Spann- weite	Cronbachs Alpha	95 % Konfidenzintervall von Alpha
	Item- schwierigkeit ^e	Trenn- schärfe						
Opfer ^a	–	–	–	1.60	1.98	0–9	.73	[.67–.78]
TäterInnen ^b	–	–	–	.64	1.11	0–9	.55	[.46–.64]
Item 1 (dO)	.71 (.95)	.58	17.1	–	0–3	–	–	–
Item 2 (dT)	.34 (.66)	.49	6.0	–	0–3	–	–	–
Item 3 (iO)	.70 (.91)	.59	16.4	–	0–3	–	–	–
Item 4 (iT)	.21 (.50)	.35	2.7	–	0–3	–	–	–
Item 5 (cO)	.19 (.52)	.58	3.4	–	0–3	–	–	–
Item 6 (cT)	.08 (.28)	.36	.3	–	0–3	–	–	–

Anmerkungen. dO = direkt, Opfer; dT = direkt, Täter; iO = indirekt, Opfer; iT = indirekt, Täter; cO = cyber, Opfer; cT = cyber, Täter. ^a bezieht sich auf die Opferitems 1, 3 und 5. ^b bezieht sich auf die TäterInnenitems 2, 4 und 6. ^c angegeben als: Itemmittelwerte (Standardabweichungen). ^d Anzahl der $n = 298$ Kinder/Jugendlichen in %, die oberhalb des Cut-Offs (2 = häufig oder 3 = sehr häufig) liegen.

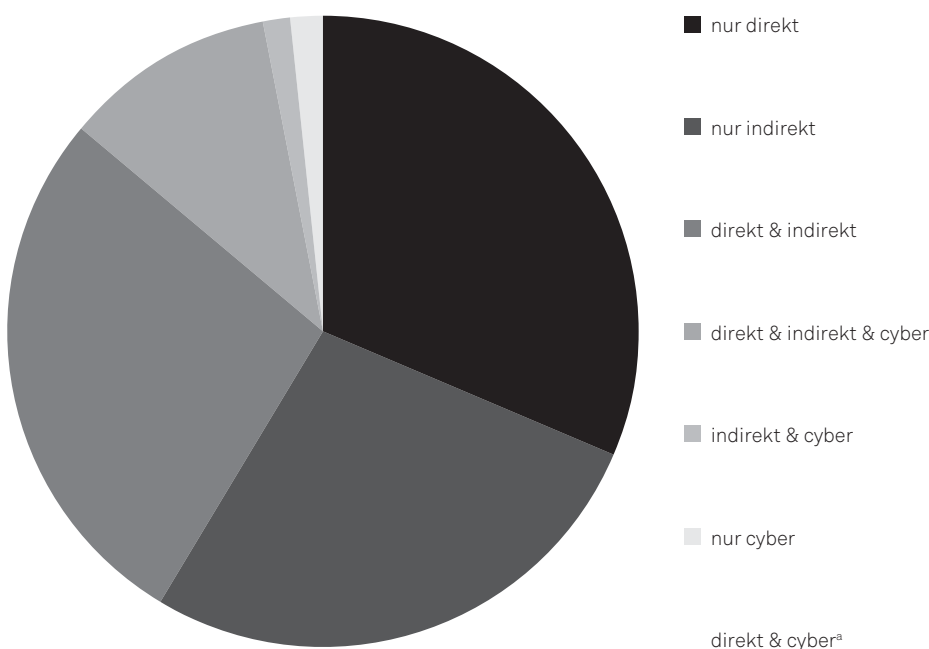


Abbildung 2. Kreisdiagramm der Prozentangaben der BO & BTOs ($n = 73$) je nach Viktimisierungsmodus (direkt, indirekt, cyber und poly). ^a hier liegt eine Häufigkeit von 0 % vor.

Altersabhängige Unterschiede hinsichtlich der reinen Bullying-Modi zeigten sich nur für direktes Bullying: Es war für die Jugendlichen (11–20 Jahre) weniger wahr-

scheinlich von direktem Bullying betroffen zu sein als für die jüngeren Kinder (6–10 Jahre; Exp [B] = .38; 95 % CI .21 bis .71; $p < .01$). In Bezug auf das Geschlecht wurden nur

Unterschiede für indirektes Bullying gefunden: Jungen waren weniger wahrscheinlich von indirektem Bullying betroffen als Mädchen ($\text{Exp}[B] = .44$; 95 % CI .23 bis .83; $p = .01$).

Frage 3 (explorativ): Wie unterscheidet sich die Prävalenz von Bullying-Erfahrungen bei PatientInnen einer ambulanten, universitären Psychotherapieeinrichtung (a) von der Prävalenz bei schulpflichtigen Kindern/Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung und (b) von der Prävalenz bei PatientInnen einer stationären Einrichtung?

Im Vergleich zu dem gewichteten Mittel aus den relativen Häufigkeiten der drei Schulstichproben (Fragestellung 3a) zeigten sich signifikante Unterschiede für die Prävalenzen der BOs und BTs (siehe Tabelle 3; Marées & Petermann, 2010; Scheithauer et al., 2006; Wolke et al., 2001). In der ambulanten Stichprobe gab es signifikant mehr BOs ($\chi^2[1, 4472] = 6.5, p = .01$) und signifikant weniger BTs als in den Schulstichproben ($\chi^2[1, 4472] = 22.7, p < .001$). Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede für BO & BTOs und für BTOs gezeigt werden.

Im Vergleich zur stationären Stichprobe (Fragestellung 3b) zeigten sich in der ambulanten Stichprobe signifikant weniger BO & BTOs ($\chi^2[1, 344] = 5.1, p = .02$; Tabelle 3).

Die Befunde der ergänzenden dritten Fragestellung entstammen explorativen Vergleichen. Die Ergebnisse sollten dementsprechend vorsichtig interpretiert werden.

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, Häufigkeit und Art der Bullying-Erfahrungen von Kindern/Jugendlichen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung in Deutschland zu untersuchen. Dabei wurde zwischen verschiedenen Bullying-Rollen und Bullying-Modi differenziert.

Fast jedes/r fünfte der ambulant versorgten Kinder/Jugendlichen gab an, in den letzten 6 Monaten Opfererfahrungen gemacht zu haben, ohne selbst Täter gewesen zu sein. Bei der Untersuchung der Bullying-Modi in der ambulanten PatientInnenstichprobe zeigten sich ca. 40 % der BO & BTOs polyviktimsiert. Den größten Anteil machte die traditionelle Art der Viktimisierung (nur direkt/nur indirekt/direkt und indirekt polyviktimsiert) mit 86.2% aus. Bemerkenswerterweise erfuhren nur 1.4 % BO & BTOs reines Cyber-Bullying, was entgegen der öffentlichen Wahr-

nehmung zur Häufigkeit von Cyber-Bullying steht. Sie entsprechen jedoch den Befunden von Przybylski und Bowes (2017) oder Wolke et al. (2017), die ebenfalls bei nur 1 % der befragten Kinder reine Cyber-Bullying-Opfererfahrungen fanden, während traditionelles Bullying achtmal so häufig vorkam. Die geringe Prävalenz des Cyber-Bullyings ließ sich nicht durch Zusammenhänge mit Alter oder Geschlecht erklären. Cyber-Bullying wird daher eher als zusätzliches Werkzeug, aber nicht als ein qualitativ neues Phänomen verstanden (Hawley, 1999; Volk, Camilleri, Dane & Marini, 2012; Volk, Dane, Marini & Vaillancourt, 2015; Wolke, 2017). Die Zusammenhangsmuster zwischen Modi und Geschlecht bzw. Alter decken sich mit früheren Befunden. Wie schon Scheithauer et al. (2006) fanden, war die Wahrscheinlichkeit direkt viktimisiert zu werden bei jüngeren Kindern größer als bei älteren Kindern. Die Wahrscheinlichkeit indirekt viktimisiert zu werden war bei Mädchen höher als bei Jungen, wie schon Crick und Nelson (2002) fanden.

Die explorativen Analysen zum Vergleich der Bullying-Erfahrungen von PatientInnen einer ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung mit denen von SchülerInnen aus der Allgemeinbevölkerung ergaben, dass die PatientInnen signifikant häufiger von Bullying-Erfahrungen berichteten als Kinder/Jugendliche aus deutschen Schulstichproben. Hier berichtete etwa jedes siebte Kind von Opfererfahrungen, wohingegen der Anteil von BTOs vergleichbar und der Anteil von BTs signifikant geringer war. Der erhöhte Anteil von BOs passt zu den zahlreichen empirischen Berichten über die negativen Folgen von Bullying (Moore et al., 2017; Sourander et al., 2016; Wolke et al., 2013; Wolke & Lereya, 2015). Diese Studie deutet darauf hin, dass Bullying unter Kindern/Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie besonders häufig zu sein scheint. Diesem Risikofaktor käme damit eine besondere Bedeutung zu (Copeland et al., 2014; Lereya et al., 2015). Der geringe Anteil von BTs entspricht den Ergebnissen von Wolke und Lereya (2015), dass reine Täterschaft zwar mit späterer Delinquenz, nicht aber mit einem erhöhten Risiko für psychische Probleme zusammenzuhängen scheint. Dass sich in der ambulanten Stichprobe kein erhöhter Anteil von BTOs zeigte, widerspricht vorherigen Studien zu einem besonders erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen bei BTOs (Wolke et al., 2013). Dies könnte an den vorliegenden Störungsbildern liegen. So fanden Wolke et al. (2000) bei direkten BTOs insbesondere ein erhöhtes Risiko für Auffälligkeiten im Sozialverhalten, die in der ambulanten PatientInnenstichprobe vergleichsweise selten vorlagen. Der Anteil mindestens einer vorliegenden internalisierenden Störung war mit 87.9 % relativ hoch. Zukünftige Studien müssen zeigen, ob die Befunde spezifisch für Settings mit hohem Anteil an internalisierender Symptomatik sind.

Tabelle 3. Relative Häufigkeiten der Bullying-Rollen in der ambulant-klinischen Stichprobe nach Geschlecht- und Altersgruppenzugehörigkeit und im Vergleich zu nationalen Vergleichsdaten aus Schulstichproben und der stationären Stichprobe von Stecher et al. (2018)

Bullying-Rollen	Ambulante PatientInnenstichprobe %				Vergleichsgruppe a): Publizierte Schulstichproben % ^a		Vergleichsgruppe b): Publizierte stationäre Stichprobe % ^b
	Geschlecht		Altersgruppe		Insgesamt		
	weiblich	männlich	Altersgruppe 1 (n = 82, 6–10 Jahre)	Altersgruppe 2 (n = 216, 11–20 Jahre)			
BO & BTO	26.5	22.5	31.7	21.8	24.5	21.9	–
BO	21.2	17.0	23.2	17.6	19.1*	13.8	–
BTO	5.3	5.4	8.5	4.2	5.4	8.1	–
BT	2.7	1.4	1.2	2.3	2.0*	10.6	–
BN	70.9	76.2	67.1	75.9	73.5	–	–
BO & BTO (11–20 Jahre) ^c	–	–	–	–	21.8*	–	32.8

Anmerkungen. Daten der ambulanten PatientInnenstichprobe: insgesamt (n = 298), weiblich (n = 151), männlich (n = 147), Altersgruppe 1 (n = 82), Altersgruppe 2 (n = 216). Daten der publizierten Schulstichproben (kumuliertes n = 4174). Daten der publizierten stationären Stichprobe (n = 128). ^a Gewichtetes Mittel aus Marées und Petermann (2010), Scheithauer et al. (2006) und Wolke et al. (2001). ^b Daten von Stecher et al. (2018). ^c bezieht sich auf die Altersgruppe 2 der ambulanten Stichprobe (n = 216). * Das Ergebnis ist signifikant bei $p < .05$.

Die explorativen Analysen zum Vergleich der Bullying-Erfahrungen von ambulanten PatientInnen mit denen von PatientInnen aus einer stationären psychotherapeutischen Einrichtung deuten darauf hin, dass unter den ambulanten PatientInnen ein geringerer Anteil von BO & BTOs vorzuliegen scheint (Stecher et al., 2018). Dies wäre gut vereinbar mit der Beobachtung, dass im stationären Setting häufig eine höhere Symptomschwere zu finden ist als im ambulanten Kontext (Arseneault, 2018; Sourander et al., 2016; Takizawa, Maughan & Arseneault, 2014). Insgesamt sollten die Ergebnisse der explorativen Analysen dieser Untersuchung jedoch nur unter Vorbehalt interpretiert werden.

Es handelt sich bei dieser Studie unseres Wissens um die erste Studie, die sich mit den verschiedenen Rollen und Modi von Bullying bei Kindern/Jugendlichen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung in Deutschland auseinandersetzt. Eine Stärke ist, dass alle Kinder/Jugendlichen eine Diagnostik mittels eines strukturierten klinischen Interviews erhielten. So war eine objektive, reliable und valide Diagnosestellung gewährleistet (Margraf et al., 2017). Eine weitere Stärke ist, dass im Screening präzise Definitionen und Beispiele gegeben wurden, die ein genaues Verständnis des gemeinten Konstrukts fördern sollten (Wolke, 2019) und insgesamt mit zufriedenstellenden Messeigenschaften einhergingen.

Gleichzeitig müssen bei der Ergebnisinterpretation des explorativen Vergleiches mit SchülerInnen aus der Allgemeinbevölkerung bzw. mit PatientInnen einer stationären Einrichtung deutliche Einschränkungen gemacht werden. So wurden in den verschiedenen Stichproben unterschiedliche Prävalenzfenster (4 Wochen, 6 Monate) und Erhebungsmethoden (Fragebogen vs. Interview) angewandt sowie unterschiedliche Informanten (Selbst- vs. LehrerInnenurteil) für die Datenerhebung herangezogen. Zudem gibt es Hinweise, dass das Setting einen Einfluss auf den Bericht der StudienteilnehmerInnen haben kann. Kinder/Jugendliche, die außerhalb des schulischen Settings (z. B. bei Kinderarzt/-ärztin) und im persönlichen Interview zu Bullying-Erfahrungen befragt werden, scheinen eher bereit zu sein, über diese Erfahrungen zu sprechen (Scott, Dale, Russell & Wolke, 2016). Weiterhin könnten die unterschiedlichen Erhebungsjahre der Schulstichproben und der beiden klinischen Stichproben einen Einfluss auf die unterschiedlichen Prävalenzen haben. Vorsicht ist auch bei der Interpretation der länderübergreifenden Vergleiche von Daten zu Bullying-Erfahrungen geboten, da die Prävalenzen von Bullying sehr länderspezifisch sind (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017). In der vorliegenden Studie wurden Daten aus einer deutschen ambulanten Psychotherapieeinrichtung mit Daten aus einer österreichischen stationären Behand-

lungseinrichtung verglichen. Weiterhin muss die schwache interne Konsistenz für die TäterInnenperspektive des Screenings kritisiert werden. In zukünftigen Studien sollten diese Limitationen beachtet werden.

Aus den Befunden dieser Studie ergeben sich Implikationen für die Praxis und weitere empirische Fragen. Besonders relevant sind dabei die Bereiche (1) Diagnostik, (2) Behandlungsmaßnahmen und (3) psychotherapeutische Ausbildung: In der Diagnostik sollten Kinder/Jugendliche routinemäßig zum Bullying befragt werden und es sollte geprüft werden, inwieweit dies aktuell schon geschieht. Die Behandlungsmaßnahmen sollten Bullying-Erfahrungen mit einbeziehen, z. B. durch explizite Thematisierung von Beziehungen zu Gleichaltrigen und möglichen Maßnahmen, dem Opferstatus zu entgehen. Die Arbeit an Beziehungen zu Gleichaltrigen kann während der Behandlung leicht in den Hintergrund rücken, obwohl ihre Bedeutung für das persönliche Wohlbefinden von Kindern/Jugendlichen außer Frage steht (Brown & Lohr, 1987). Der Fokus sollte auf den traditionellen Formen und Cyber-Bullying als weiterem Werkzeug liegen (Wolke, 2019). In weiteren Analysen muss der Zusammenhang zwischen Bullying und Diagnosen psychischer Störungen genauer untersucht werden. Empirische Daten zu Prävalenzen bei spezifischen Störungsbildern könnten außerdem helfen, mögliche Risikogruppen zu identifizieren. Im Rahmen der PsychotherapeutInnenausbildung ist eine Sensibilisierung für das Thema und die Weitergabe von Wissen wichtig. Eine empirische Bestandsaufnahme, welche Rolle dieses Thema in der Ausbildung aktuell spielt, wäre dabei ein erster wichtiger Schritt. Um klare und umsetzbare Empfehlungen für die Praxis ableiten zu können, werden Replikationsstudien und weitere Forschung mit soliden Methoden benötigt.

Fazit

Bei Kindern/Jugendlichen in psychotherapeutischer Behandlung in einer deutschen universitären Psychotherapieambulanz liegen oft Bullying-Erfahrungen vor. Die große Mehrheit der Betroffenen erlebt traditionelle Viktimisierung, während nur wenige Cyber-Bullying in Reinform erleben. Polyviktimisierung ist in dieser Population häufig und wird in der Literatur als besonders schädlich für die psychische Gesundheit beschrieben. Bullying kommt damit im psychotherapeutischen Kontext eine besondere Bedeutung zu. Diese Befunde haben wichtige Implikationen für die klinische Praxis. Erstens sollten Kinder/Jugendliche routinemäßig zum Bullying befragt werden. Zweitens sollten Beziehungen zwischen Gleichaltrigen in die Behandlungsmaßnahmen miteinbezogen werden. Und drittens

sollte Bullying in Zukunft auch im Rahmen der PsychotherapeutInnenausbildung entsprechende Aufmerksamkeit bekommen. Mit der Identifikation dieser besonders gefährdeten Population im Kontext ambulanter Psychotherapie zeigt sich auch eine vielversprechende Möglichkeit, um von Bullying Betroffene zu erfassen und ihnen Hilfe zu bieten.

Literatur

- Arseneault, L. (2018). Annual Research Review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: Implications for policy and practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 405–421.
- Brown, B.B. & Lohr, M.J. (1987). Peer-group affiliation and adolescent self-esteem: An integration of ego-identity and symbolic-interaction theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 47–55.
- Copeland, W.E., Wolke, D., Lereya, S.T., Shanahan, L., Worthman, C. & Costello, E.J. (2014). Childhood bullying involvement predicts low-grade systemic inflammation into adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111, 7570–7575.
- Crick, N.R. & Nelson, D.A. (2002). Relational and physical victimization within friendships: Nobody told me there'd be friends like these. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 599–607.
- Cross, D., Lester, L. & Barnes, A. (2015). A longitudinal study of the social and emotional predictors and consequences of cyber and traditional bullying victimisation. *International Journal of Public Health*, 60, 207–217.
- Fisher, H.L., Moffitt, T.E., Houts, R.M., Belsky, D.W., Arseneault, L. & Caspi, A. (2012). Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 344, e2683.
- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Gladden, R.M., Vivolo-Kantor, A.M., Hamburger, M.E. & Lumpkin, C.D. (2014). *Bullying surveillance among youths: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Department of Education.
- Griffiths, L.J., Wolke, D., Page, A.S., Horwood, J.P. & ALSPAC Study Team. (2006). Obesity and bullying: Different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 121–125.
- Hawley, P.H. (1999). The ontogenesis of social dominance: A strategy-based evolutionary perspective. *Developmental Review*, 19, 97–132.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G. & Klug, G. (2002). Ambulant oder stationär? *Psychotherapeut*, 47, 16–23.
- Kaltiala-Heino, R. & Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, 37–44.
- Kasper, H. & Heinzelmänn-Arnold, I. (2010). *Schülermobbing – tun wir was dagegen! Klassen 5–13* (6. Aufl.). Buxtehude: AOL-Verlag.
- Koh, J.-B. & Wong, J.S. (2017). Survival of the fittest and the sexiest: Evolutionary origins of adolescent bullying. *Journal of Interpersonal Violence*, 32, 2668–2690.
- Kontak, J.C.H., Kirk, S.F.L., Robinson, L., Ohinmaa, A. & Veugelers, P.J. (2019). The relationship between bullying behaviours in childhood and physician-diagnosed internalizing disorders. *Canadian Journal of Public Health*, 110, 497–505.

- Leader, H., Singh, J., Ghaffar, A. & de Silva, C. (2018). Association between bullying and pediatric psychiatric hospitalizations. *SAGE Open Medicine*, 6, 1–7.
- Lereya, S.T., Copeland, W.E., Zammit, S. & Wolke, D. (2015). Bully/victims: A longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1461–1471.
- Lereya, S.T., Winsper, C., Heron, J., Lewis, G., Gunnell, D., Fisher, H.L. et al. (2013). Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 608–618. e2.
- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Marées, N.V. & Petermann, F. (2010). Bullying in German primary schools. *School Psychology International*, 31, 178–198.
- Margraf, J., Cwik, J.C., Pflug, V. & Schneider, S. (2017). Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne: Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 176–186.
- Moore, S.E., Norman, R.E., Suetani, S., Thomas, H.J., Sly, P.D. & Scott, J.G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7, 60–76.
- Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1171–1190.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *PISA 2015 Results (Volume III): Students' Well-Being, PISA*. Paris: OECD Publishing.
- Przybylski, A.K. & Bowes, L. (2017). Cyberbullying and adolescent well-being in England: A population-based cross sectional study. *Lancet Child & Adolescent Health*, 1, 19–26.
- Scheithauer, H., Hayer, T., Petermann, F. & Jugert, G. (2006). Physical, verbal, and relational forms of bullying among German students: Age trends, gender differences, and correlates. *Aggressive Behavior*, 32, 261–275.
- Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, 8, 350–353.
- Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T. & Margraf, J. (2017). *Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum.
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (2009). *Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (2. erw. u. vollst. überarb. Aufl.)*. Heidelberg: Springer.
- Scott, E., Dale, J., Russell, R. & Wolke, D. (2016). Young people who are being bullied – do they want general practice support? *BMC Family Practice*, 17, 116.
- Sourander, A., Gyllenberg, D., Brunstein Klomek, A., Sillanmäki, L., Ilola, A. & Kumpulainen, K. (2016). Association of bullying behavior at 8 years of age and use of specialized services for psychiatric disorders by 29 years of age. *JAMA Psychiatry*, 73, 159–165.
- Srabstein, J.C. & Leventhal, B.L. (2015). Medical recognition of bullying and its related morbidity. *Lancet Psychiatry*, 2, 858–859.
- Stecher, N., Bock, A., Fleischmann, S., Fuchs, M., Bliem, H., Juen, B. et al. (2018). Prävalenz und Charakteristika von Mobbing Erfahrungen in einer klinischen Stichprobe von Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47, 1–11.
- Stern, J. (2018, 06 September). Jeder zweite Jugendliche erlebt Gewalt in der Schule. *Zeit Online*. Verfügbar unter <https://www.zeit.de/gesellschaft/schule/2018-09/unicef-bericht-mobbing-gewalt-schulen-jugendliche>
- Takizawa, R., Maughan, B. & Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 171, 777–784.
- Volk, A.A., Camilleri, J.A., Dane, A.V. & Marini, Z.A. (2012). Is adolescent bullying an evolutionary adaptation? *Aggressive Behavior*, 38, 222–238.
- Volk, A.A., Dane, A.V., Marini, Z.A. & Vaillancourt, T. (2015). Adolescent bullying, dating, and mating: testing an evolutionary hypothesis. *Evolutionary Psychology*, 13, 1–11.
- Wolke, D. (2017). Cyberbullying: how big a deal is it? *Lancet Child & Adolescent Health*, 1, 2–3.
- Wolke, D. (2019). Bullying und psychische Gesundheit. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S. 979–995). Berlin: Springer.
- Wolke, D., Copeland, W.E., Angold, A. & Costello, E.J. (2013). Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychological Science*, 24, 1958–70.
- Wolke, D., Lee, K. & Guy, A. (2017). Cyberbullying: A storm in a teacup? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 899–908.
- Wolke, D. & Lereya, S.T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, 100, 879–885.
- Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L. & Karstadt, L. (2000). The association between direct and relational bullying and behaviour problems among primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 989–1002.
- Wolke, D., Woods, S., Stanford, K. & Schulz, H. (2001). Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: Prevalence and school factors. *British Journal of Psychology*, 92, 673–696.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10, Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization.

Historie

Manuskript eingereicht: 03.10.2019
Nach Revision angenommen: 14.09.2020
Onlineveröffentlichung: 10.11.2020

Interessenkonflikt

Die AutorInnen haben keinen Interessenkonflikt.

Prof. Dr. rer. nat. Silvia Schneider

Forschungs- und Behandlungszentrum für
Psychische Gesundheit
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum
Deutschland

silvia.schneider@rub.de