

Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Esmahan Belhadj Kouider¹, Ute Koglin¹, Alfred L. Lorenz², Marc Dupont²
und Franz Petermann¹

¹Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
im Klinikum Bremen-Ost und Gesundheitsamt Bremen

Zusammenfassung. Aggressives Verhalten tritt bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund nach groß angelegten nationalen Schülerbefragungen häufiger auf. Die vorliegende empirische Studie umfasst 779 behandelte Jugendliche mit unterschiedlichen psychosozialen Belastungen wie Aggressionen, Depressionen oder Ängsten der institutionellen psychiatrischen Einrichtungen des Klinikverbundes Bremen aus dem Jahr 2010 und analysiert 185 Jugendliche mit einer Diagnose im Bereich der F91 oder F92 nach ICD-10. Es wird deutlich, dass im Verhältnis zur Bevölkerungsstruktur Jugendliche mit Migrationshintergrund durch die psychiatrische Versorgung noch nicht ausreichend erreicht werden. Binäre logistische Regressionsanalysen zeigen auf, dass ein Migrationshintergrund kein Prädiktor für eine Störung des Sozialverhaltens darstellt. Bedeutsame Einflussfaktoren einer Störung des Sozialverhaltens sind bei den behandelten Jugendlichen ein männliches Geschlecht, ein niedriger Bildungsstatus der Eltern, ein unangemessener elterlicher Erziehungsstil, eine unzureichende psychosoziale Anpassung, die Anzahl psychosozialer Belastungsfaktoren und chronischer schulischer Stress. Schlüsselwörter: Störungen des Sozialverhaltens, Adoleszenz, Migration, Risikofaktoren, Entwicklungspsychopathologie

Conduct disorders in adolescents with an immigrant background

Abstract. Large-scale national survey have revealed an increased prevalence of aggressive behavior in adolescents with immigrant backgrounds. To date no studies have examined psychiatric health care among adolescents with immigrant backgrounds. The empirical study presented here includes 779 adolescents with different psychosocial problems, such as aggression, depression, and anxiety, who were treated in psychiatric institutions by the network of the Bremen group of clinics in 2010 and focuses on 185 young people diagnosed with ICD-10 F91 or F92 (conduct disorders). Utilization of such health care services by adolescents with an immigrant background is clearly disproportionate to the size of this population. Binary logistic regression models indicate that an immigrant background is not a predictor of conduct disorder. Factors affecting risk of conduct disorder include male sex, low educational status of parents, inadequate parenting style, low psychosocial adjustment, the number of psychosocial stressors, and chronic academic stress. Key words: conduct disorders, adolescence, immigrant background, risk factors, developmental psychology

In den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen gehören schwere aggressive oder dissoziale Verhaltensweisen zu den häufigsten Vorstellungsanlässen (Petermann & Petermann, 2013). Groß angelegte Studien in Deutschland wie das Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) zeigen auf, dass in der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen ein Anteil von 15.6 % in den letzten 12 Monaten anderen gegenüber gewalttätig geworden ist (Schlack, Hölling & Petermann, 2009). Die Gruppe der Täter ist häufig männlich, besucht die Hauptschule, weist einen Migrationshintergrund und einen niedrigen sozioökonomischen Status auf.

Weitere nationale Befragungen verdeutlichen, dass Jugendliche am häufigsten (14.6 %) von Sachbeschädigungen berichten, Ladendiebstähle begingen (13.3 %), einfache Körperverletzungen erlitten (11.1 %), mindestens einen Raub oder eine Erpressung erlebten (4.8 %) und

schwere Körperverletzungen erlitten (3.2 %; vgl. Baier, Pfeiffer, Simonson & Rabold, 2009). Der Anteil der Jugendlichen mit eigenen familiären Opfererfahrungen liegt in diesen Studien vergleichsweise hoch: im Bereich der leichten Übergriffe, wie Ohrfeigen bei 20.9 %, im Falle von schwerer Gewalt wie Fausthieben bei 5.7 %. Diese in sieben Bundesländern durchgeführten Befragungen zeigen im zeitlichen Verlauf von 1998 bis 2008 einen gleichbleibenden bis sogar rückläufigen Trend der Jugendgewalt auf. Hiervon ausgenommen ist jedoch der Bereich der Körperverletzungen, bei dem die Ergebnisse uneinheitlich sind.

In der kategorialen Diagnostik tritt eine Störung des Sozialverhaltens nach den Diagnosekriterien des ICD-10 bei Kindern und Jugendlichen mit einer Prävalenz von 6 bis 10 % bei Vorhandensein eines durchgängigen Musters von Norm verletzendem, oppositionell-aggressivem Ver-

halten auf (Stadler, 2012). Die breite und heterogene Verhaltenssymptomatik wird in sechs Störungskategorien unterteilt, die dissoziale Symptome wie Tiere quälen, Schule schwänzen oder delinquentes Verhalten wie gewaltsame Übergriffe oder Stehlen umfassen (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2006). Im Vorfeld oder bei frühem Beginn einer Störung des Sozialverhaltens tritt besonders bei Jungen häufig eine oppositionelle Störung (Rowe, Costello, Angold, Copeland & Maughan, 2010) oder eine ADHS auf (Witthöft, Koglin & Petermann, 2010). Verschiedene Studien legen nahe, dass die Störungen des Sozialverhaltens in eine aggressiv-oppositionelle und eine aggressiv-dissoziale Störung klassifiziert werden sollten (Petermann & Kullik, 2011; Petermann & Petermann, 2013; Petermann, Reinartz & Petermann, 2002; Rowe, Maughan, Pickles, Costello & Angold, 2002; Rowe et al., 2010).

Jugendliche mit Migrationshintergrund

Eine erhöhte Gewaltbereitschaft von Jugendlichen mit Migrationshintergrund findet in der medialen Öffentlichkeit häufig gesonderte Aufmerksamkeit. Bundesweite Untersuchungen zeigen hierzu unterschiedliche Ergebnisse auf. Die Gewaltprävalenz von jugendlichen Jungen wie Mädchen mit Migrationshintergrund liegt nach einer Schülerbefragung von 2005 signifikant höher als bei den Jugendlichen ohne einen solchen Hintergrund (Baier & Pfeiffer, 2007). In dieser Studie gaben insgesamt 19 % der männlichen Jugendlichen an, eine Körperverletzung ausgeführt zu haben; der Anteil der türkischstämmigen Jugendlichen bei diesen Delikten lag doppelt so hoch. Im Jahr 2010 sind in der Kriminalitätsstatistik in Deutschland 10,2 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund durch Gewaltdelikte aufgefallen,

- bei Jugendlichen mit Wurzeln aus der ehemaligen Sowjetunion waren es 17,1 %,
- bei türkischstämmigen Jugendlichen 14,0 %,
- bei Jugendlichen mit polnischem Migrationshintergrund 13,7 %,
- während Jugendliche mit asiatischen und nord-/westeuropäischen Wurzeln seltener als deutsche Jugendliche als Tatverdächtige ermittelt wurden (Baier & Pfeiffer, 2011).

In Kriminalitätsstatistiken, wie am Beispiel Niedersachsens, bei denen junge Aussiedler gesondert geführt wurden, beging jedes fünfte aufgeklärte Tötungsdelikt ein Aussiedler (Kleimann & Pfeiffer, 2004). Die aufgeführten Studien zeigen erhöhtes aggressives Verhalten von Jugendlichen mit Migrationshintergrund auf. Im Gegensatz dazu zeigen weitere Studien andere Befunde auf. Heubrock, Voukava und Petermann (2008) verglichen delinquente und nichtdelinquente Deutsche und Russlanddeutsche und stellten fest, dass bei Aussiedlern keine generell erhöhte Aggressivität vorhanden ist. Bedeutsamer

als der Vergleich der Aggressivität beider ethnischen Gruppen war der von straffällig und nicht straffällig gewordenen jungen Erwachsenen. Des Weiteren zeigen stadtspezifische Studien in Berlin auf, dass bei allen jugendlichen Migrantengruppen eine niedrigere Gewaltbereitschaft vorhanden ist als bei Jugendlichen mit deutschem Hintergrund. Dieser Sachverhalt korrespondiert in Berlin mit einem hohen Ausmaß an Partizipation der Jugendlichen mit Migrationshintergrund (Baier & Pfeiffer, 2011). Gleichzeitig stellen Analysen zum Anzeigeverhalten in Deutschland fest, dass Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell bei der gleichen Art an Delikten schneller angezeigt werden als deutsche Straftäter ohne Migrationshintergrund – türkische um 18 % mehr und ex-jugoslawische um 26 % mehr (Mansel & Albrecht, 2003).

Die vorliegende empirische Studie geht näher auf pathologisch auffällig gewordene Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens in Bremen ein. Der Anteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Land Bremen liegt bereits bei knapp der Hälfte aller Jugendlichen, deutschlandweit bei etwa einem Viertel, und ist tendenziell steigend (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, 2012; Statistisches Landesamt Bremen, 2011). Der Bremer Bildungsbericht 2012 (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, 2012) berichtet für Jugendliche mit Migrationshintergrund in puncto Integration und Partizipation in Bremen: Anteilig wenige Jugendliche besuchten im Schuljahr 2010 Gymnasien, sie sind tendenziell erhöht an den Förderschulen vertreten. Bei Kindern und Jugendlichen mit ausländischen Wurzeln wird im Land Bremen häufiger ein sonderpädagogischer Förderbedarf für den Schwerpunkt „Lernen, Sprache, Verhalten“ diagnostiziert. Jugendliche mit Migrationshintergrund erreichen in Bremen eher niedrige Schulabschlüsse. An Schulen in Bremer Stadtteilen mit sozialen Problemen ist ein erhöhter Anteil der Schülerschaft mit Migrationshintergrund vorhanden. In der Stadtgemeinde Bremen findet derzeit insgesamt eine soziale und kulturelle Segregation in den einzelnen Stadtteilen statt. Die Häufung problembelasteter Milieus in Bremen nimmt hierdurch zu. Risikofaktoren wie niedriger Bildungsstand, Erwerbslosigkeit und Armutsrisiko liegen bei 43 % aller Kinder und Jugendlichen in Bremen vor. Von einer dieser Risikolagen sind etwa 10 % aller Kinder und Jugendlichen in Bremen betroffen. Jugendliche mit Migrationshintergrund sind in Bremen besonders häufig von Armut bedroht und abhängig von staatlichen Leistungen nach dem SGB II (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, 2012). Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund ließen sich in den Ergebnissen der KiGGS-Studie repräsentativ für ganz Deutschland belegen (Kurth, 2008).

Migration und psychische Krankheit

Immigrierte Familien in Deutschland kommen aus sehr unterschiedlichen Kulturkreisen, in denen psychische Krankheiten häufig nicht nach wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen erklärt werden. Oft werden emotionale Störungen mit körperlichen oder mystischen Ursachen begründet und mit falschen Medikamenten behandelt. Problematische Symptome können sich somit potenzieren (Rezapour & Zapp, 2011). Mit diesen Krankheitskonzepten zusammenhängend weichen Symptomwahrnehmungen bei Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls von bekannten Bewertungen ab (Yagdiran, Kleinemeier & Haase, 2003; Brähler, Petermann & Rief, 2010). Konflikte werden in der deutschen Kultur häufig als intrapsychisch verstanden, Menschen mit Migrationshintergrund bewerten diese jedoch tendenziell eher als familiär (Rezapour & Zapp, 2011). Familien mit Migrationshintergrund fällt es zudem schwer, psychologische/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die Angst vor einer Stigmatisierung groß ist (Laabdallaoui & Rüschhoff, 2010). Vorurteile und mangelndes Wissen gegenüber psychischen Behandlungsmethoden sind bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger vorzufinden (Kobelt, Göbber & Petermann, 2011; Rezapour & Zapp, 2011). Es praktizieren wenig Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bei Asylbewerbern wird die Versorgungslage durch die gesetzliche Vorgabe, nur akute Erkrankungen und Schmerzzustände behandeln zu dürfen, zusätzlich erschwert (Rezapour & Zapp, 2011). Psychologen, Ärzte oder Sozialarbeiter ohne ausländische Wurzeln können die kulturellen Barrieren häufig nicht überwinden. Hierbei besteht die Gefahr, dass unterschiedliche Interpretationen von Krankheiten zu Missverständnissen führen und Behandlungsabbrüche oder geringe positive Behandlungseffekte auftreten können (Kobelt et al., 2011; Laabdallaoui & Rüschhoff, 2010).

Die zuvor aufgeführten Aspekte referieren insbesondere über die Verhältnisse bei erwachsenen Patienten mit Migrationshintergrund. Es liegen derzeit keine Studien vor, die eine psychiatrische Inanspruchnahme von Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Versorgungsstruktur näher untersuchen. Die beschriebenen Umgebungsbedingungen wie ein niedriger sozioökonomischer Status, schulische Schwierigkeiten und die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit gelten in der Entwicklung von aggressivem Verhalten als Risikofaktoren (Ferguson, Boden & Horwood, 2010). Nur bei einer differenzierten Diagnostik der psychosozialen Bedingungen bei betroffenen Jugendlichen lassen sich effektive und spezifische Behandlungsmaßnahmen ableiten (Dozier & Peloso, 2006; Stadler, 2012). Zieht man die Befunde von Baier und Pfeiffer (2007) heran, dann fallen Jugendliche mit Migrationshintergrund vermehrt durch aggressiveres Verhalten auf. In Bremen erschweren die

schwierigen sozialen und schulischen Bedingungen für Jugendliche mit Migrationshintergrund eine Partizipation in die Gesellschaft (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, 2012). Inwiefern die Jugendlichen mit ausländischen Wurzeln in der psychiatrischen Versorgung erreicht werden, soll im Folgenden näher analysiert werden.

Fragestellung

Bei den meisten innerhalb dieser Studie untersuchten Jugendlichen liegen unabhängig von der ethnischen Herkunft psychosozial belastete Verhältnisse vor. Alle wurden in psychiatrischen Einrichtungen Bremens behandelt. Der Behandlungsanlass ist sehr unterschiedlich: familiäre Konflikte, schulische Schwierigkeiten, soziale Anpassungsdefizite, Suizidgefährdung, Probleme der Identitätsfindung, Süchten bis hin zu stark aggressivem Verhalten. Die klinisch auffällig gewordenen Jugendlichen weisen Diagnosen auf von schizotypen, affektiven, neurotischen oder somatoformen Störungen bis hin zu Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.

Die vorliegende Studie setzt sich damit auseinander, welche spezifischen psychosozialen Faktoren die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens einer Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen erhöhen können. Es soll näher betrachtet werden, ob Jugendliche aufgrund von spezifischen psychosozialen Belastungen mit aggressiven Verhaltensweisen reagieren und ob ein Migrationsstatus in diesem Kontext als spezifischer Risikofaktor gewertet werden kann. Des Weiteren wird anhand der Ergebnisse die Inanspruchnahme der psychiatrischen Angebote in Bremen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund diskutiert. Es ist zu vermuten, dass die Belastungen bei den Jugendlichen zu unterschiedlichen pathologischen Auffälligkeiten führen. Es wird davon ausgegangen, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Diagnose der Störung des Sozialverhaltens aufweisen als Jugendliche ohne andersartige ethnische Wurzeln. Zudem werden weitere psychosoziale Faktoren wie das Geschlecht, die Bildungsschicht, das Erziehungsverhalten der Eltern, die familiäre Kommunikation u. a. untersucht. Es wird angenommen, dass ein männliches Geschlecht, eine niedrige Bildungsschicht, problematisches elterliches Erziehungsverhalten, unangemessene Kommunikation innerhalb der Familie sowie eine schlechte psychosoziale Anpassung zu einem häufigeren Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens führen.

In der Entstehung von psychischen Störungen ist häufig nicht die Art einer Belastung ausschlaggebend für einen Krankheitsverlauf, sondern die vorhandene Anzahl von Risikofaktoren (Noeker & Petermann, 2008; Petermann & Resch, 2013; Sameroff & Friesen, 2000). Aufgrund dessen wird davon ausgegangen, dass eine erhöhte

Anzahl der in der multiaxialen Diagnostik auf Achse V kodierten psychosozialen Belastungen, unabhängig von der Art, zusätzlich eine Störung des Sozialverhaltens bei den Jugendlichen begünstigt.

Methodisches Vorgehen

Die bisherigen Studien über gewalttätiges bis delinquentes Verhalten von Jugendlichen mit Migrationshintergrund basieren auf einer dimensional Verhaltensbeschreibung (Baier & Pfeiffer, 2007, 2011; Baier, Pfeiffer, Simonson & Rabold, 2009; Kleimann & Pfeiffer, 2004), die sich jedoch wenig oder gar nicht an der kategorialen psychiatrischen Symptomatik orientiert. Aus diesem Grund wird im Folgenden auf Jugendliche eingegangen, die in Bremen im Jahr 2010 kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe in Anspruch genommen haben und mit einer Störung des Sozialverhaltens nach ICD-10 diagnostiziert wurden.

Die normalerweise für die Versorgung angelegte Dokumentation von durchgeführten Behandlungen verschiedener psychiatrischer Einrichtungen in Bremen wurde für diese Studie nach Fällen sortiert und analysiert. Als Instrument dieser Erhebung diente ein Dokumentationsbogen, der einheitlich nach jeder teilstationären, stationären oder ambulanten Behandlungsepisode von den Fall führenden Psychiatern, Psychologen oder Sozialarbeitern angelegt wurde. Er ist inhaltlich an die Basisdokumentation der kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverbände angelehnt (Lorenz, 2011). Zusammenfassend werden Patientendaten wie soziodemografische Daten, die auffälligen Erscheinungen der Jugendlichen wie aggressives Verhalten oder Kontaktprobleme, die multiaxiale Diagnose und die Art und Dauer der erfolgten Behandlung erfasst (vgl. Kasten 1). Innerhalb der multiaxialen Diagnose werden in diesem Dokumentationsbogen differenziert alle Achsen aufgeführt. Auf Achse V werden in Anlehnung an das multiaxiale Klassifikationsschema abnorme familiäre Zustände, psychische Störungen oder abweichendes Verhalten/Behinderung in der Familie, unangemessene familiäre Kommunikation, abnorme Erziehungsbedingungen, eine abnorme unmittelbare Umgebung, akute belastende Lebensereignisse, gesellschaftliche Belastungsfaktoren, chronische zwischenmenschliche Belastungen in Schule oder Arbeit oder belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen/Behinderung des Jugendlichen erfasst.

Stichprobe

Die Grundlage dieser Studie bilden alle Behandlungen aus dem Jahr 2010 der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des Klinikverbundes Bremen (Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Bremen Ost, Instituts-

Kasten 1. Auszüge aus dem Dokumentationsbogen (für die Studie relevante Aspekte; vgl. Lorenz, 2011)

- A. **Patient/in:** u. a. Geschlecht, Ausbildung der Eltern, ethnische Herkunft der Familie
- B. **Auffällige Erscheinungen:** u. a. Auffälligkeit im Sozialverhalten, aggressives Verhalten, Auffälligkeiten im emotionalen Bereich
- C. **Diagnose (multiaxial):** u. a. Achse I: klinisch-psychiatrisches Syndrom; Achse V: abnorme psychosoziale Umstände wie
 - abnorme familiäre Beziehung,
 - psychische Störung/abweichendes Verhalten in der Familie,
 - unangemessene familiäre Kommunikation,
 - abnorme Erziehungsbedingungen,
 - abnorme unmittelbare Umgebung,
 - akute belastende Lebensereignisse,
 - gesellschaftliche Belastungsfaktoren,
 - chronische zwischenmenschliche Belastungen in der Schule oder am Arbeitsplatz,
 - belastende Lebensereignisse infolge von Behinderung/Verhaltensstörung des Kindes
- D. **Behandlung:** u. a. ambulant, teilstationär, stationär, Ergebnis, wohin entlassen

ambulanz im Klinikum Bremen Ost, Tagesklinik im Klinikum Bremen Ost, kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstelle sowie die Suchtberatung im Gesundheitsamt Bremen). Die Jugendlichen nahmen in diesen Einrichtungen stationäre, teilstationäre oder ambulante Hilfe in Anspruch. Am Ende einer Behandlungsepisode des jeweiligen Jugendlichen wurden die zuvor aufgeführten Aspekte durch Fall führende Ärzte, Psychologen oder Sozialarbeiter dokumentiert. Der Behandlungsanlass, die Diagnosen, die Art und Dauer der Behandlungen variieren stark. Einigen Jugendlichen konnte mit wenigen Beratungsstunden geholfen werden, andere wiederum benötigten eine speziellere, engmaschigere Unterstützung. Das Angebot der an den Klinikverbund Bremen angelehnten Ambulanzen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist so angelegt, dass unter anderem über die Kinderärzte, Schulen sowie dem Amt für soziale Dienste eine zügige und für alle Bevölkerungsschichten leicht zu erreichende Inanspruchnahme der psychiatrischen Beratung und Therapie möglich ist. Die Wartezeiten liegen in den beschriebenen Institutionen meist weit unter denen der niedergelassenen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Lorenz, 2011).

Die in die vorliegende Studie eingeschlossenen Jugendlichen sind zwischen 12;00 und 18;11 Jahren alt ($N = 779$). Von diesen insgesamt 779 behandelten Jugendlichen der Bremer Einrichtungen wiesen 25 % einen Migrationshintergrund auf ($n = 196$). Etwas weniger als ein Viertel ($n =$

185) aller Jugendlichen erhielt die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens nach ICD-10 (F 91 oder F 92). Diese betroffenen Jugendlichen setzen sich aus 105 Jungen und 80 Mädchen mit einem Altersdurchschnitt von 13.4 Jahren ($M = 13.39$; $SD = 3.21$) zusammen. Hiervon weisen 26.5 % ($n = 49$) einen Migrationshintergrund auf, der in dieser Studie bei Jugendlichen mit andersartiger familiärer ethnischer Herkunft wie folgt definiert wird: im Falle einer eigenen Migration, von den Eltern oder eines Elternteils, von den Großeltern oder eines Großelterns. Insofern werden Jugendliche bis zur dritten Generation als Jugendliche mit Migrationshintergrund gewertet, unabhängig davon, um welche ethnische Herkunft es sich handelt.

Tabelle 1 veranschaulicht weitere soziodemografische Daten zu den behandelten Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens. Fast die Hälfte der betroffenen Jugendlichen kommt nach den Beschreibungen der Fall führenden Ärzte, Psychologen oder Sozialarbeiter aus einer niedrigen Bildungsschicht ($n = 91$) und hat fünf oder mehr psychosoziale Belastungen ($n = 92$). Bei mehr als zwei Drittel ist eine unangemessene familiäre Kommunikation und ein unangemessener Erziehungsstil der Eltern vorhanden. Als unangemessener Erziehungsstil gelten in der Dokumentation der Behandlungen familiäre Bedingungen wie elterliche Überfürsorge, unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung, unangemessene Forderungen und Nötigungen des Jugendlichen und Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt (vgl. hierzu auch Petermann, Petermann & Franz, 2010). Die meisten Jugendlichen ($n = 153$) wurden innerhalb der multiaxialen Diagnostik auf der sechsten Achse als mittelmäßig psychosozial angepasst beschrieben.

Statistisches Modell

Es sollen Prädiktoren bestimmt werden, die bei Jugendlichen die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose der Störung des Sozialverhaltens erhöhen. Für die Bewertung möglicher Einflüsse psychosozialer Faktoren auf die Störung des Sozialverhaltens werden binäre logistische Regressionen durchgeführt. Zunächst wird in einem ersten Modell analysiert, ob ein Migrationsstatus oder das Geschlecht das Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens vorhersagen kann und ob Interaktionen zwischen Migrationsstatus und Geschlecht die Vorhersage verbessern.

In einer weiteren Analyse wird überprüft, welche psychosozialen Umgebungsbedingungen der Jugendlichen wie der Bildungsstatus der Eltern und das Globalurteil der psychosozialen Anpassungsfähigkeit das Risiko für eine Störung des Sozialverhaltens erhöhen. Von den auf der fünften Achse kodierten Faktoren werden die unangemessene intrafamiliäre Kommunikation, ein unangemessener Erziehungsstil der Eltern und eine chronische Belastung in der Schule oder am Arbeitsplatz auf ihren prädiktiven Einfluss hin überprüft. Unabhängig von der Art der Belastungen wird die Anzahl der vorhandenen Belastungsfaktoren der Ju-

Tabelle 1. Soziodemografische Informationen zu den Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens ($N = 185$)

	<i>n</i>	(%)
Geschlecht		
Männlich	105	(56.8)
Weiblich	80	(43.2)
Migrationshintergrund		
Ohne	136	(73.5)
Mit	49	(26.5)
Bildungsstatus der Eltern		
Niedrig	91	(49.2)
Mittel	78	(42.2)
Hoch	16	(8.6)
Anzahl der Belastungen auf Achse V		
Keine, ein oder zwei	42	(22.7)
Drei oder vier	51	(27.6)
Fünf oder mehr	92	(49.7)
Globalurteil Achse VI		
Schlechte psychosoziale Anpassung	11	(5.9)
Mittelmäßige psychosoziale Anpassung	153	(82.7)
Gute psychosoziale Anpassung	21	(11.4)
Unangemessene intrafamiliäre Kommunikation		
Nicht zutreffend	59	(31.9)
Zutreffend	126	(68.1)
Unangemessener Erziehungsstil der Eltern		
Nicht zutreffend	49	(26.5)
Zutreffend	136	(73.5)
Stress in der Schule oder am Arbeitsplatz		
Nicht zutreffend	97	(52.4)
Zutreffend	88	(47.6)

Anmerkungen: Globalurteil auf der sechsten Achse: *schlechte Anpassung* = Stufe 7 bis 9 von tiefgreifender Beeinträchtigung bis ständiger Betreuung; *mittelmäßige Anpassung* = Stufe 4 bis 6 von mäßiger bis übergreifender Beeinträchtigung; *gute Anpassung* = Stufe 1 bis 3 von sehr guter bis leicht beeinträchtigter Anpassung

gendlichen berücksichtigt. In diesem zweiten Modell werden ausschließlich die Haupteffekte der Prädiktoren untersucht.

Die Güte der beiden Modelle wird mit Nagelkerkes R^2 bewertet. Alle durchgeführten statistischen Analysen erfolgten mit SPSS (Version 20.0).

Ergebnisse

Einfluss von Geschlecht und Migrationsstatus auf die Störung des Sozialverhaltens. In der untersuchten Stichprobe ist ein signifikantes, doppelt erhöhtes Risiko ($b = .70$; $p = .045$; $OR = 2.01$; vgl. Tab. 2) für männliche Jugendliche vorhanden, mit einer Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert zu werden. Ob Jugendliche einen Migrationsstatus aufweisen, ist für die Prognose einer Diagnose der Ju-

gendlichen mit einer Störung im Bereich der F 91 oder F 92 nicht bedeutsam ($b = .17$; $p = .588$; $OR = 1.18$). Zudem besteht keine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Migrationsstatus ($b = -.45$; $p = .265$; $OR = .64$). Die Güte des Modells ist mit $R^2 = .012$ als wenig zufriedenstellend zu beurteilen (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2. Ergebnisse des ersten Modells der logistischen Regressionsanalyse zur Vorhersage einer Störung des Sozialverhaltens

Prädiktor	Kennwerte					
	b	SE_b	χ^2	df	p	OR
Geschlecht						
(0) weiblich (ref)						
(1) männlich	.70	.35	4.02	1	.045*	2.01
Migrationshintergrund						
(0) mit (ref)						
(1) ohne	.17	.31	.29	1	.588	1.18
Geschlecht x Migrationshintergrund	-.45	.40	1.24	1	.265	.64
Konstante	-1.49	.28	28.99	1	.000***	.23

Anmerkungen: $R^2 = .012$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .000$; ref = Referenzgruppe; b = Regressionskoeffizient; SE_b = Standardfehler; df = Freiheitsgrad; p = Signifikanz; χ^2 = Wald- χ^2 ; OR = Odds Ratio; $N = 779$

Einfluss von weiteren psychosozialen Faktoren auf die Störung des Sozialverhaltens. Der Bildungsstatus der Eltern bildet einen Prädiktor für eine Störung des Sozialverhaltens. Bei einem niedrigen Bildungsstatus der Eltern ist die Wahrscheinlichkeit bedeutsam höher als bei einem mittleren ($b = -.53$; $p = .005$; $OR = .59$; vgl. Tab. 3) oder höheren Status ($b = -.69$; $p = .030$; $OR = .50$), dass eine Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert wird. Für die auf Achse V kodierten psychosozialen Faktoren stellen ein unangemessener Erziehungsstil ($b = .59$; $p = .016$; $OR = 1.80$) und eine chronische Belastung in der Schule oder am Arbeitsplatz ($b = .58$; $p = .003$; $OR = 1.79$) bedeutsame Prädiktoren zur Vorhersage einer Störung des Sozialverhaltens dar. Eine unangemessene familiäre Kommunikation leistet keinen Beitrag zur Vorhersage einer Störung des Sozialverhaltens ($b = -.003$; $p = .999$; $OR = 1.00$). Im Vergleich zwischen einer schlechten psychosozialen Anpassung der Jugendlichen und einer mittleren psychosozialen Anpassung besteht kein bedeutsamer Unterschied ($OR = .71$; $p = .492$). Bei einer guten psychosozialen Anpassung sinkt wiederum die Wahrscheinlichkeit einer Störung des Sozialverhaltens ($b = -1.34$; $p = .004$; $OR = .27$). Ein um das Achtfache erhöhtes Risiko für eine Störung des Sozialverhaltens liegt vor ($b = 2.13$; $p = .040$; $OR = 8.44$), wenn ein oder zwei psychosoziale Belastungsfaktoren innerhalb der fünften Achse in der multiaxialen Diagnostik bei den Jugendlichen existieren. Dagegen verbessert sich die Vorhersage im Vergleich zu

Jugendlichen ohne Belastungsfaktoren nicht, wenn drei oder vier ($b = 1.51$; $p = .152$; $OR = 4.55$) oder fünf und mehr ($b = 1.51$; $p = .161$; $OR = 4.55$) Belastungen vorliegen. Die Güte des gesamten Modells ist mit $R^2 = .12$ als zufriedenstellend zu beurteilen (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3. Ergebnisse des zweiten Modells der logistischen Regressionsanalyse zur Vorhersage einer Störung des Sozialverhaltens

Prädiktor	Kennwerte					
	b	SE_b	χ^2	df	p	OR
Bildungsstatus der Eltern						
(0) Niedrig (ref)						
(1) Mittel	-.53	.19	7.83	1	.005**	.59
(2) Hoch	-.69	.32	4.73	1	.030*	.50
Anzahl der Belastungen						
(0) Keine (ref)						
(1) Ein oder zwei	2.13	1.04	4.20	1	.040*	8.44
(2) Drei oder vier	1.51	1.06	2.06	1	.152	4.55
(3) Fünf und mehr	1.51	1.08	1.99	1	.161	4.55
Unangemessene familiäre Kommunikation						
(0) Nicht zutreffend (ref)						
(1) Zutreffend	-.003	.24	.00	1	.990	1.00
Unangemessener Erziehungsstil						
(0) Nicht zutreffend (ref)						
(1) Zutreffend	.59	.24	5.76	1	.016*	1.80
Stress in der Schule oder am Arbeitsplatz						
(0) Nicht zutreffend (ref)						
(1) Zutreffend	.58	.19	8.79	1	.003**	1.79
Globalurteil						
(0) Schlechte Anpassung (ref)						
(1) Mittelmäßige Anpassung	-.28	.41	.47	1	.492	.71
(2) (Sehr) Gute Anpassung	-1.34	.46	8.45	1	.004**	.27
Konstante	-2.59	1.08	5.72	1	.017*	.08

Anmerkungen: $R^2 = .121$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .000$; ref = Referenzgruppe; b = Regressionskoeffizient; SE_b = Standardfehler; df = Freiheitsgrad; p = Signifikanz; χ^2 = Wald- χ^2 ; OR = Odds Ratio; $N = 779$

Diskussion

Ein wesentlicher Befund der Studie besteht darin, dass ein Migrationsstatus bei den Jugendlichen in der institutionellen psychiatrischen Versorgung in Bremen keinen Prädiktor für die Vorhersage einer Störung des Sozialverhaltens darstellt. Das männliche Geschlecht weist hingegen eine 2-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, eine Diagnose im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens zu erhalten. In der Analyse weiterer psychosozialer Faktoren kristallisierten sich bei den Jugendlichen ein unangemessener Erziehungsstil der Eltern (1.8-fach erhöhte

Wahrscheinlichkeit) und die chronische Belastung in der Schule oder am Arbeitsplatz (1,8-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit) als bedeutsam für die Vorhersage einer Störung des Sozialverhaltens heraus. Kommen Jugendliche aus einem Elternhaus mit niedrigem Bildungsniveau, dann erhöht sich ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für eine Störung des Sozialverhaltens. Mit zunehmender psychosozialer Anpassungsfähigkeit sinkt die Wahrscheinlichkeit bei Jugendlichen eine Diagnose im Bereich der F91 oder F92 nach ICD-10 zu erhalten. Als besonders prägnanter Befund können die auf Achse V kodierten Faktoren als Einflussfaktor gewertet werden. Unabhängig von der Art der Belastungen steigt bei einem oder zwei Belastungsfaktoren das Risiko um das Achtfache, dass eine Störung des Sozialverhaltens bei den Jugendlichen vorliegt. Liegen drei oder mehr Belastungen vor, lässt sich nicht differenzieren, ob eine Störung des Sozialverhaltens oder eine andere psychiatrische Diagnose vorliegt.

Inanspruchnahme von psychiatrischen Angeboten bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund scheinen psychische Störungen und Behandlungseffekte besonders gering auszufallen (Brause, Reutin, Razum & Schott, 2012; Kobelt et al., 2010; 2011). Jugendliche mit Migrationshintergrund in Bremen weisen viele Risikofaktoren, wie einen niedrigen sozioökonomischen Status oder Schulleistungsprobleme, auf (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, 2012). Pfeiffer und Wetzels (2000) weisen darauf hin, dass die drohende Entfernung der Jugendlichen von der Herkunftskultur der Eltern häufig die Erziehungsberechtigten überfordert. Dies kann zu familiären Konflikten führen, die mit der Zeit des Aufenthaltes in Deutschland zunehmen. Diese Befunde legen ein erhöhtes Auftreten von Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund nahe. Die vorliegende Studie beschreibt, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund trotz erhöhter psychosozialer Belastungen nicht häufiger durch eine Störung des Sozialverhaltens auffallen. Obwohl die Anzahl der Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Bremen knapp die Hälfte aller Jugendlichen ausmacht, beträgt die Inanspruchnahme in der psychiatrischen Versorgung nur ein Viertel. Kobelt et al. (2011) weisen auf eine erhöhte Hemmschwelle bei Menschen mit Migrationshintergrund hin, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Da die psychosozialen Belastungen der Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Bremen eher erhöht vorhanden sind, werden diese Jugendlichen durch die vorhandenen Versorgungsstrukturen wahrscheinlich noch nicht ausreichend erreicht.

Dieser Befund kann jedoch auch ein Hinweis darauf sein, dass bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund trotz der sozialen und schulischen Belastungen das Umfeld Schutzfaktoren aufweist. Als Beispiel kann das Familiensystem oder die religiöse Gemeinschaft benannt werden, die für viele Menschen mit Migrationshintergrund einen hohen Stellenwert besitzen (Kobelt et al.,

2011). Enge Bindungen an die Familie sind relativ übereinstimmend für Jugendliche mit unterschiedlichem Migrationshintergrund (z. B. mit türkischem, italienischem, russischem und griechischem Hintergrund) festzustellen und als Ressource zu werten (Heubrock, Haase, Shmyhovska & Zakrew, 2011). Häufig übernehmen Väter mit Migrationshintergrund in der Jungenerziehung ab dem Vorschulalter zunehmend Erziehungsaufgaben und werden in der Adoleszenz zur Hauptbezugsperson (El-Mafaalani & Toprak, 2011). Diese Tatsache kann ebenfalls als Schutzfaktor wirken. Leyendecker (2003) weist darauf hin, dass aufgrund differierender Werte und Normen in Migrantenfamilien ein anderer Erziehungsstil förderlich sein kann: Dieser betone eher die stärkere Kontrolle durch die Eltern, fördere Verhaltensdisziplin und Lenkung.

Psychosoziale Risikofaktoren. Die Ergebnisse dieser empirischen Studie zeigen auf, dass zum Zeitpunkt der Behandlung bereits ein oder zwei psychosoziale Belastungen ausreichen, unabhängig welcher Art, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, eine Störung des Sozialverhaltens aufzuweisen.

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Bedingungen wie eine niedrige Bildungsschicht, Schulleistungsprobleme, ungünstiges Erziehungsverhalten der Eltern oder das männliche Geschlecht die Entwicklung aggressiven Verhaltens begünstigen (Koglin & Petermann, 2008; Meany, 2005). Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen diese Befunde. So waren männliche Jugendliche doppelt so häufig von einer Störung des Sozialverhaltens betroffen wie Mädchen. Ebenso bedeutsam war das Ausmaß der psychosozialen Anpassung. Es liegt keine gute psychosoziale Anpassung vor, wenn Jugendliche eine Störung des Sozialverhaltens aufweisen.

In der durchgeführten Studie sollte der Migrationsstatus als Risikofaktor für eine Störung des Sozialverhaltens besondere Berücksichtigung finden. Aufgrund der schwierigen Partizipation und sozialen Lebensumstände der Jugendlichen mit Migrationshintergrund wurde von einem erhöhten Risiko für Störungen des Sozialverhaltens ausgegangen. Cohen (2007) zeigt in Studien auf, dass sich Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund in ihrer Identität weit weniger der deutschen Kultur zugehörig fühlen als im Vergleich zu pakistanischen Jugendlichen in England. Für Jugendliche mit andersartigem ethnischen Hintergrund existieren besondere Entwicklungsaufgaben (z. B. in der Identitätsfindung), da sich die Jugendlichen weder dem Herkunftsland der Eltern noch ihrem aktuellen Umfeld ganz zugehörig fühlen und eine Art dritte Identität entwickeln (El-Mafaalani & Toprak, 2011). Die klinisch auffälligen Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der vorliegenden Studie fallen nicht erhöht durch aggressives Verhalten auf.

In der Kriminalitätsstatistik 2011 für Deutschland ist bei männlichen Erwachsenen mit ausländischer Nationalität ein erhöhter Anteil kriminell Auffälliger vorhanden

(Bundeskriminalamt, 2012). Im Kinder- und Jugendbereich findet sich diese Tendenz jedoch nicht wieder, da hier die Rate derer ohne deutsche Nationalität geringer ist als der Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit. Menschen mit Migrationshintergrund werden vom BKA nicht gesondert geführt, sondern es wird nach deutscher oder nichtdeutscher Nationalität getrennt. Dieser Vergleich anhand der Nationalität stützt ebenfalls die Aussagen dieser empirischen Studie, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund nicht in besonderer Weise durch aggressives Verhalten auffallen.

Grenzen der Studie

Die vorliegende Studie basiert auf Routinedaten aus der institutionellen Versorgungspraxis. Die Daten bilden damit das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten ab, nicht die tatsächlich bestehende Prävalenz psychischer Störungen im Jugendalter. Allerdings liegt der Anteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund mit 25 % realistisch hoch. Epidemiologisch orientierte Studien in Bremen, wie die von Petermann et al. (2012), weisen hingegen einen unrealistisch niedrigen Prozentwert von nur 7 % Jugendlichen mit Migrationshintergrund auf. Vor diesem Hintergrund erscheinen Daten, die eigentlich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen dienen, klinisch besonders aussagekräftig (vgl. auch Merod & Petermann, 2006).

Der aufgeklärte Varianzanteil der beiden Modelle muss als eher niedrig angesehen werden. Die Restriktionen der gewählten Modelle ergeben sich aus den zur Verfügung stehenden Informationen der Patientendokumentation. Sicherlich hätten weitere störungsrelevante Merkmale (z. B. psychosoziale Familien- und Patientenmerkmale, psychometrische Testdaten) die Hintergründe einer Störung des Sozialverhaltens im Jugendalter besser beschreiben können.

Schlussfolgerungen für die klinische Praxis

Die erzielten Ergebnisse verdeutlichen, dass Routinedaten aus der Versorgungspraxis für wissenschaftliche Studien sehr gut geeignet sind. Die Stadt Bremen bietet dafür ideale Rahmenbedingungen, da die institutionelle kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung dort aus „einer Hand“ angeboten wird; somit liegen für die psychiatrische Versorgung aussagekräftige und repräsentative Daten vor. Selbstverständlich sind mit einem solchen Datensatz, der über viele Jahre in vergleichbarer Struktur vorliegt, vielfältige Fragestellungen zu beantworten. Bei der vorliegenden Studie wurde besonders der Aspekt „Migration“

und dieser wiederum auf Jugendliche zu einem Erhebungszeitpunkt bezogen bearbeitet.

Die erzielten Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund in der psychiatrischen Versorgung nicht in besonderer Weise durch aggressives Verhalten auffallen. Prinzipiell ist es jedoch denkbar, dass der reale Behandlungsbedarf deutlich höher ausfällt, da viele Familien mit Migrationshintergrund sich nicht trauen, die vorhandenen psychiatrischen Versorgungsangebote zu nutzen. Hier müsste man zukünftig detailliert die Therapiemotivation und das Inanspruchnahmeverhalten von Familien mit und ohne Migrationshintergrund gegenüberstellen.

Davon unabhängig steht die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufgrund der steigenden Zahl der Betroffenen mit Migrationshintergrund in Deutschland vor einer großen Herausforderung: Von behandelnden Ärzten, Kinderpsychotherapeuten, Klinischen Kinderpsychologen und Sozialarbeitern wird eine verbesserte interkulturelle Kompetenz nötig sein, um kultursensibel den Bedarf von Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu erkennen und angemessene Versorgungsangebote bereit zu halten. Nur auf diese Weise kann man zukünftig vermeiden, dass Barrieren gegenüber der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten bei Menschen mit Migrationshintergrund bestehen.

Literatur

- Baier, D. & Pfeiffer, C. (2007). *Gewalttätigkeit bei deutschen und nichtdeutschen Jugendlichen – Befunde aus der Schülerbefragung 2005 und Folgerungen für die Prävention*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Baier, D. & Pfeiffer, C. (2011). *Jugendliche als Opfer und Täter von Gewalt in Berlin*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. & Rabold, S. (2009). *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt – Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Brähler, E., Petermann, F. & Rief, W. (2010). Psychotherapie und Migration. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 161–163.
- Brause, M., Reutin, B., Razum, O. & Schott, T. (2012): Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. *Die Rehabilitation*, 51, 282–288.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.). (2012). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2011*. Zugriff am 12.11.2012. Verfügbar unter: http://www.bka.de/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html

- Cohen, B. (2007). Education, work and identity. In T. Geisen & C. Riegel (Hrsg.), *Jugend, Partizipation und Migration* (S. 261–280). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, M. (Hrsg.). (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Döpfner, M. (2013). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., veränd. Aufl., S. 31–56). Göttingen: Hogrefe.
- Dozier, M. & Peloso, E. (2006). The role of early stressors in child health and mental health outcomes. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 1300–1301.
- El-Mafaalani, A. & Toprak, A. (2011). *Muslimische Kinder und Jugendliche in Deutschland*. Bornheim: Konrad-Adenauer Stiftung e.V.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105–124.
- Ferguson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2010). Classification of behavior disorders in adolescence: Scaling methods, predictive validity, and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 699–712.
- Heubrock, D., Haase, M., Shmyhova, A. & Zakrev, N. (2011). *Russen verstehen – Russen vernehmen*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaften.
- Heubrock, D., Voukava, L. & Petermann, F. (2008). Sind Aussiedler aggressiver? Ein empirischer Vergleich zwischen delinquenten und nichtdelinquenten Deutschen und Russlanddeutschen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 293–299.
- Hirsch, O., Kaestner, F., Resch, K., Gutenbrunner, C., Matzejat, F. & Renschmidt, H. (1999). Quality of life in child psychiatric and non-clinical samples. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 173.
- Kleimann, M. & Pfeiffer, C. (2004). Zur Kriminalität junger Aussiedler – Aktuelle Befunde und Erklärungsansätze. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 15, 378–384.
- Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54, 475–481.
- Kobelt, A., Winkler, M., Göbber, J., Pfeiffer, W. & Petermann, F. (2010). Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie*, 58, 189–197.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Gewalterfahrungen von Jugendlichen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 133–140.
- Kurth, B.-M. (2008). Gibt es eine gesundheitliche Benachteiligung von Kindern? Ergebnisse der KiGGS-Studie. In Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V. (BLL) (Hrsg.), *Gesundheit und Sicherheit – von der Wissenschaft zum Verbraucher* (S. 22–35). Bonn: Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V. (BLL).
- Laabdallaoui, M. & Rüschhoff, I. (2010). *Umgang mit muslimischen Patienten*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Leyendecker, B. (2003). Frühe Entwicklung im soziokulturellen Kontext. In H. Keller (Hrsg.) *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 381–431). Bern: Huber.
- Lorenz, A. L. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungsdokumentation Bremen 2010*. Zugriff am 08. 11. 2012. Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/download.php?id=1642>
- Mansel, J. & Albrecht, G. (2003). Die Ethnie des Täters als ein Prädiktor für das Anzeigeverhalten von Opfern und Zeugen. *Soziale Welt*, 54, 339–372.
- Merod, R. & Petermann, F. (2006). Messung der Prozess- und Ergebnisvalidität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 164–169.
- Meany, M. J. & Szyf, M. (2005). Maternal care as a model for experience-dependant chromatin plasticity? *Trends in Neuroscience*, 28, 456–463.
- Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaption an widrigen Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 255–263.
- Patterson, G. R., Degramo, D. S. & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points of the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91–106.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Perren, S. & Hornung, R. (2005). Adolescent victims and perpetrators of school bullying and violent delinquency: their family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 64, 51–64.
- Petermann, F., Jascenoka, J., Koglin, U., Karpinski, N., Petermann, U. & Kullik, A. (2012). Zur Lebenszeitprävalenz Affektiver Störungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 209–218.
- Petermann, F. & Kullik, A. (2011). Frühe Emotionsdysregulation: Ein Indikator für psychische Störungen im Kindesalter? *Kindheit und Entwicklung*, 20, 186–196.
- Petermann, F. & Resch, F. (2013). Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., veränd. Aufl., S. 57–76). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2013). Störungen des Sozialverhaltens. In F. Petermann (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., veränd. Aufl., S. 291–317). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U., Petermann, F. & Franz, M. (2010). Erziehungskompetenz und Elterntraining. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 67–71.
- Petermann, U., Reinartz, H. & Petermann, F. (2002). IDL 0–2: Ein Explorationsbogen zur Identifikation differentieller Lernwege in der Sozialentwicklung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 427–457.
- Pfeiffer, C. & Wetzels, P. (2000). *Junge Türken als Täter und Opfer von Gewalt* [erweiterte Fassung eines Zeitungsartikels, erschienen in der FAZ vom 30.04.2000]. Zugriff am 12. 11. 2012. Verfügbar unter: www.kfn.de/versions/kfn/asets/fb81.pdf
- Renschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (Hrsg.). (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Rezapour, H. & Zapp, M. (2011). *Muslime in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E. & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 726–738.
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, E. J. & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Adolescent Psychiatry*, 43, 365–373.
- Rutter, M. (2002). The interplay of nature, nurture and development influences. The challenge ahead for mental health. *Archives of General Psychiatry*, 59, 996–1000.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633–653.
- Sameroff, A. J. & Friesen, B. H. (2000). Transactional regulation: the development ecology of early intervention. In J. P. Skonhoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2nd ed., pp. 135–150). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schlack, R., Hölling, H. & Petermann, F. (2009). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen. Ergebnisse aus der KiGGS-Studie. *Psychologische Rundschau*, 60, 137–151.
- Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit (Hrsg.). (2012). *Bildung-Migration-Soziale Lage. Band 1: Voneinander und miteinander lernen*. Zugriff am 02.11.2012. Verfügbar unter: <http://www.bildung.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen117.c.8764.de>
- Stadler, C. (2012). Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 7–19.
- Stadler, C., Rohmann, S., Knopf, A. & Poustka, F. (2007). Sozio-moralisches Denken bei Jungen mit einer Störung des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35, 169–178.
- Statistisches Landesamt Bremen (Hrsg.). (2011). *Statistisches Jahrbuch 2011*. Zugriff am 05.11.2012. Verfügbar unter: <http://www.statistik.bremen.de/sixcms/media.php/13/jb2011.pdf>
- Witthöft, J., Koglin, U. & Petermann, F. (2010). Zur Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 218–227.
- Yagdiran, O., Kleinemeier, E. & Haasen, C. (2003). Psychische Störungen bei Migranten – Spezifische Stressoren sind bedeutsam. *Der Neurologe und Psychiater*, 10, 32–35.

Esmahan Belhadj Kouider
Klinische Psychologin (M. Sc.)
Prof. Dr. Ute Koglin
Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
Grazer Straße 6
28359 Bremen
E-Mail: e.belhadj@uni-bremen.de

Dr. Alfred L. Lorenz
Dr. med. Marc Dupont

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
und -psychosomatik im Klinikum Bremen-Ost
Züricher Straße 40
28325 Bremen