

Opfer von Bullying in der Schule

Depressivität, Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten bei deutschen Jugendlichen

Vanessa Jantzer, Johann Haffner, Peter Parzer und Franz Resch

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg

Zusammenfassung. Der Leidensdruck durch schulisches Bullying ist enorm, sowohl auf Opfer- als auch auf Täterseite wird das Risiko für emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten erhöht sowie die schulische Entwicklung erheblich beeinträchtigt. Es wird der Zusammenhang von Bullying und Depression, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten diskutiert. Hierfür wurden 303 Schüler befragt, von denen 20.8 % angaben, in den letzten Monaten ein Opfer von Bullying geworden zu sein. Das Risiko zur Ausbildung der genannten emotionalen Störungen zeigte sich für viktimisierte Schüler deutlich erhöht (Odds Ratios von 2.4 bis 3.0). Der notwendige Ausbau von schulbezogenen Bullying-Präventionsprogrammen in Deutschland würde demnach mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zur Prävention ernsthafter emotionaler Störungen bei Kindern und Jugendlichen beitragen.

Schlüsselwörter: Bullying, Viktimisierung, Depression, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten

Victims of bullying at school: Depression, suicidality, and self-harm in German adolescents

Abstract. The suffering caused by school bullying is tremendous, and the risk for emotional and behavioural problems is increased for both victims and perpetrators as well as academic development being impaired considerably. The paper deals with the relationship between bullying and depression, suicidality, and self-harm. For this purpose, 303 students were examined, of whom 20.8 % indicated that they have been a victim of bullying in recent months. The risk for developing these emotional disorders was significantly increased for victimized students (odds ratios 2.4 to 3.0). It is highly probable that the necessary expansion of school-based bullying prevention programs in Germany would therefore also contribute to the prevention of serious emotional disorders in children and adolescents.

Key words: bullying, victimization, depression, suicidality, self-harm

Das Thema Bullying an Schulen ist in den vergangenen Jahren immer stärker ins Zentrum der Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit und Wissenschaft gerückt, Gewalt und Ausgrenzung in der Schule stellen ein gravierendes gesellschaftliches Problem dar. Wissenschaftliches Interesse am Themenkomplex zeigte erstmals Dan Olweus, der seine Forschungsaktivität in den Siebziger Jahren in Norwegen begann. Seine Definition von schulischem Bullying als wiederholte negative Handlungen über einen längeren Zeitraum hinweg, behält auch heute ihre Gültigkeit. Diese negativen Handlungen können von einer einzelnen Person oder Gruppe ausgeführt werden und in direkter (d. h. physisch oder verbal) oder indirekter (d. h. sozial) Form erfolgen. Entscheidende Kriterien sind hierbei die schädigende Absicht der Täter sowie ein vorhandenes Ungleichgewicht der Kräfte, das es dem Opfer erschwert, sich zu wehren (Olweus, 1994). Dieses Ungleichgewicht der Kräfte macht deutlich, dass die Verantwortung, bei Bullyingvorfällen zu handeln bzw. diese zu verhindern, bei den Erwachsenen liegt. Eine neue Form des Bullying ist das sogenannte Cyberbullying, (= das Bullying via Handy oder Internet).

Der Versuch, einen geeigneten deutschsprachigen Begriff für Bullying zu finden, gestaltet sich schwierig. Begriffe wie Schikanieren, Tyrannisieren oder Quälen finden nur vereinzelt Gebrauch und sind wenig geeignet, alle Aspekte von Bullying abzubilden. Dies gilt auch für den Begriff Mobbing, der mittlerweile Teil der Umgangssprache geworden ist. Daher wird im Folgenden weiterhin der Begriff „Bullying“ gebraucht, der auch international Verwendung findet (Scheithauer, Hayer & Petermann, 2003) sowie der Begriff „Bully/Victim“ für Individuen, die zugleich Opfer und Täter sind.

Prävalenzen

Die angegebenen Prävalenzen für schulisches Bullying variieren stark je nach herangezogener Quelle. In einer großangelegten Studie in 40 verschiedenen Ländern kamen Craig et al. (2009) zum Ergebnis, dass ca. 13 % der befragten Schüler als Opfer, 11 % als Täter sowie 4 % als Bully/Victims von Bullying betroffen seien. Die Bullyingraten der einzelnen Länder variierten erheblich. Dies

zeigte sich bereits bei Nansel et al. (2004), die 113.200 Schüler aus 25 Ländern befragten. Hierbei wurden Schwankungen von 9 % (Schweden) bis 54 % (Litauen) von Bullying betroffener Schüler deutlich. Deutschland rangierte mit 49 % von Bullying betroffener Schüler im Ländervergleich auf dem drittletzten Platz.

Die große Heterogenität zur Auftretenshäufigkeit von schulischem Bullying ist bedingt durch unterschiedliche Definitionen des Konstrukts, unterschiedliche Erhebungsinstrumente (Anzahl der Items, Antwortformat, Quelle, Bezugszeitraum etc.) sowie unterschiedliche Stichproben (Alter, Geschlecht, Schultyp, kultureller Hintergrund etc.).

Auswirkungen

Der durch Bullying erzeugte Leidensdruck ist enorm, zum Teil mit langfristigen Folgen bis ins Erwachsenenalter. So wird auf Opferseite über Ängste, somatische Störungen, niedrigere soziale Kompetenzen, Einsamkeit, niedrigeren Selbstwert, Essstörungen und schlechtere schulische Leistungen sowie erhöhte Fehlzeiten aufgrund von Bullying berichtet (Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; Nansel et al., 2001; Olweus & Limber, 2010; Wang, Ianotti & Nansel, 2009). Auch auf Täterseite und besonders auf Seite der Bully/Victims sind zahlreiche negative Folgen von Bullying belegt, die hier jedoch nicht Thema sind, da die Studie sich ausschließlich mit der Perspektive der Opfer befasst.

Depression

Unumstritten existiert ein Zusammenhang von Viktimisierung und Depression, der durch zahlreiche Studien länderübergreifend und in unterschiedlichen Altersgruppen belegt werden konnte, z. B. in Finnland von Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen und Rimpelä (2000), in den USA von Seals und Young (2003) sowie in Australien und der Schweiz von Perren, Dooley, Shaw und Cross (2010). Auch eine Meta-Analyse von 20 Studien von Hawker und Balton (2000) betonte den starken Zusammenhang von Viktimisierung und Depressionsmaßen. Zudem zeigte sich in einigen längsschnittlich angelegten Studien eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressionen bei durch Bullying viktimisierten Schülern. Hierbei scheint es sich um eine Wechselwirkung zu handeln, d. h. dass Depression und Bullying sich in einer Art Kreislauf-Modell gegenseitig negativ verstärken. Der vermutete Zusammenhang ließ sich jedoch nicht durchgängig nachweisen, da inkonsistente Geschlechtseffekte auftraten (Bond, Carlin, Thomas, Rubin & Patton, 2001; Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010).

Suizidalität

In den letzten Jahren haben sich zahlreiche Studien darüber hinaus mit dem Zusammenhang von Bullying und Suizidalität beschäftigt. Für Jugendliche zwischen zehn und 24 Jahren ist laut Centers for Disease Control and Prevention (2007) Suizid die dritthäufigste Todesursache in den USA. In Deutschland ist in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen Suizid seit Jahren sogar die zweithäufigste Todesursache (Statistisches Bundesamt, 2010). Dies ist jedoch nur ein Teil des Problems, da erheblich mehr Jugendliche einen Suizidversuch überleben als tatsächlich daran zu sterben. In der Heidelberger Schulstudie, die in den Jahren 2004/05 mehr als 5500 14- bis 16-Jährige befragt hat, berichteten ca. 8 % der Teilnehmer, bereits einen Selbstmordversuch unternommen zu haben. Als Prädiktoren für Suizidalität sind u. a. Depression oder andere psychische Erkrankungen sowie kritische Lebensereignisse zu nennen (Kaess et al., 2011).

Es zeigen sich eindeutige Zusammenhänge zwischen Bullying und Suizidalität; sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt weisen Opfer von Bullying ein erhöhtes Risiko für Suizidalität auf. Der Schweregrad der hierbei untersuchten Suizidalität variierte jedoch erheblich zwischen den einzelnen Studien. Während einige Studien sich mit dem Zusammenhang von Bullying und Suizidgedanken bzw. -plänen beschäftigten (Rigby & Slee, 1999; Roland, 2002), untersuchten andere die Beziehung von Bullying und tatsächlich erfolgten Suizidversuchen (Hinduja & Patchin, 2010; Klomek et al., 2009). Schließlich bestätigte auch ein Review über 31 Studien von Klomek, Sourander und Gould (2010) eindeutig den Zusammenhang von Suizidgedanken und Suizidversuchen mit erlebtem Bullying.

Selbstverletzendes Verhalten

Erst vor wenigen Jahren begann die Auseinandersetzung mit der Frage, ob auch zwischen Bullying und selbstverletzendem Verhalten ein Zusammenhang besteht.

Absichtliche Selbstverletzung muss von suizidalen Verhaltensweisen abgegrenzt werden, da hierbei keine suizidale Intention besteht. Vielmehr dient selbstverletzendes Verhalten dem Umgang mit aversiven Gefühlen, der Flucht aus einer unerträglichen emotionalen Situation sowie dem Ausdruck der eigenen Verzweiflung (Petermann, 2012; Rodham, Hawton & Evans, 2004), es handelt sich also um eine Form der Affektregulation. Internationale Studien nicht-suizidaler Selbstverletzung berichten von Prävalenzraten zwischen 3 und 37 % bei Jugendlichen (Plener, Brunner, Resch, Fegert & Libal, 2010). Für Deutschland berichtete die Heidelberger Schulstudie, dass 11 % der 14- bis 16-Jährigen sich gelegentlich sowie 4 % regelmäßig selbst verletzen (Brunner et al., 2007). Als Prädiktoren für selbstverletzendes Verhalten sind neben

Funktionsstörungen des Serotoninsystems und traumatischen Erlebnissen, Depression und soziale Konflikte zu nennen (Petermann & Nitkowski, 2008, 2011; Vonderlin et al., 2011).

Nach dem Wissen der Autoren beschäftigten sich bisher nur wenige Studien mit dem Zusammenhang von Bullying und selbstverletzendem Verhalten. Diese Studien zeigen inkonsistente Ergebnisse und teilweise wird selbstverletzendes Verhalten nicht klar genug definiert, um es von suizidalem Verhalten abgrenzen zu können (Barker, Arseneault, Brendgen, Fontaine & Maughan, 2008; Luukkonen, Räsänen, Hakko & Riala, 2009; McMahon, Reulbach, Keeley, Perry & Arensman, 2010). Die vorliegende Studie möchte daher den Zusammenhang zwischen Viktimisierung in Form von Bullying und Depression, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten an einer deutschen Schülerstichprobe untersuchen.

Methoden

Die vorliegenden Ergebnisse stammen aus der ersten Erhebung im „Projekt Weichensteller“, das die Schulsozialarbeit in Heidelberg wissenschaftlich begleitet. Hierzu werden an allen 22 Heidelberger Schulen mit städtisch finanzierter Schulsozialarbeit zu drei Zeitpunkten (2010, 2012 und 2014) Daten von Schülern, Eltern und Lehrern erhoben. Im Folgenden werden nur die für die Fragestellung des Artikels relevanten Daten des ersten Messzeitpunkts präsentiert.

Untersuchungsablauf

Diejenigen Schüler, für die das schriftliche Einverständnis der Erziehungsberechtigten vorlag, wurden von April bis Juni 2010 in ihrer Schule von einem Projektmitarbeiter mittels Fragebögen befragt. Die Befragung fand während der regulären Unterrichtszeit statt. Das Einverständnis der Erziehungsberechtigten wurde benötigt, da es sich bei dem Projekt um eine Längsschnittstudie handelt, die Daten also nicht anonym sondern pseudonymisiert erhoben werden.

Stichprobe

303 Schüler zwischen 10 und 14 Jahren nahmen an der Studie teil, was einem Gesamtrücklauf von 30% entspricht. Dieser recht schwache Rücklauf war der Tatsache geschuldet, dass zur Studienteilnahme ein Einverständnis der Erziehungsberechtigten vorliegen musste. Dieses wurde lediglich für 339 Schüler erteilt, da die restlichen Eltern sich entweder gar nicht an der Studie beteiligt oder eine Schülerbefragung abgelehnt hatten. Somit füllten 89% der Schüler mit Teilnahmeerlaubnis den Schülerbogen aus. Das Problem der Teilnahmebereitschaft lag demnach überwiegend auf Seiten der Eltern und nicht bei den Schülern. Befragt wurden

185 Schüler der fünften Klasse sowie 118 Schüler der siebten Klasse. Das Geschlechterverhältnis zeigte sich ausgeglichen, 50.5% der Teilnehmer waren männlich und 49.5% weiblich. Die Teilnehmer verteilten sich wie folgt auf die einzelnen Schultypen: 15 % aus Haupt- und Förderschulen, 43 % aus Realschulen sowie 42 % aus Gesamtschulen.

Messinstrumente

Bei allen in der Studie verwendeten Messinstrumenten handelt es sich um international erprobte Verfahren mit zufriedenstellenden Gütekriterien.

Schulisches Bullying wurde mit der Subskala „Viktimisierung“ des Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire BVQ-R (Olweus, 2006) erhoben. Der Vorteil dieser Skala besteht in der klaren Definition von Bullying sowie im Antwortformat, das konkrete Häufigkeiten beinhaltet. Der von Olweus empfohlene Cut-off für Bullying liegt bei „Zwei bis drei Mal pro Monat“.

Depression wurde anhand der Subskala „Emotionale Probleme“ des Fragebogens zu Stärken und Schwächen SDQ-Deu, Version Selbsteinschätzung (Goodman, 2005) beurteilt. Dieser ist ein weit verbreitetes Screening-Instrument, für das auch deutsche Normwerte vorliegen (Woerner et al., 2002).

Suizidalität wurde mit Hilfe der Paykel Suicide Scale (Paykel, Myers, Lindenthal & Tanner, 1974) erfasst. Diese Skala differenziert zwischen fünf Graden der Suizidalität, vom Gefühl das Leben sei nicht lebenswert, über Suizidideen bis hin zu bereits erfolgten Suizidversuchen.

Das Item zum *selbstverletzenden Verhalten* wurde der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen KIGGS (Robert-Koch-Institut, 2006) entlehnt. Selbstverletzung ist hier klar von Suizidalität abgegrenzt („... ohne der Absicht dich umzubringen“), der Befragte beurteilt die Häufigkeit des gezeigten Verhaltens innerhalb der letzten zwölf Monate.

Statistische Auswertung

Mittels logistischer Regressionen für geordnete Kategorien (proportional odds model) wurden die Odds Ratios bestimmt, das heißt die Stärke des Zusammenhangs zwischen Bullying, Depression, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten. Zur besseren Interpretierbarkeit werden zusätzlich die 95% Konfidenzintervalle sowie die *p*-Werte (Wald-Test) angegeben.

Ergebnisse

Eine erste deskriptive Analyse ergab, dass insgesamt 20.8% der Befragten in den letzten Monaten ein Opfer von Bullying

wurden (2 bis 3 Mal pro Monat: 6.6 %, einmal pro Woche: 4.0 %, mehrmals pro Woche: 10.2 %). Hierbei waren Jungen und Mädchen gleich häufig betroffen. Signifikante Unterschiede ergaben sich bzgl. der Klassenstufe (Klasse 5: 26.0 %, Klasse 7: 12.7 %) sowie des Schultyps (Haupt- und Förderschule: 31.1 %, Realschule: 12.1 %, Gesamtschule: 26.2 %). Die größte Rolle spielte das verbale (14.5 %) sowie das soziale Bullying (11.3 %; siehe Tab. 1).

Tabelle 1. Häufigkeiten von Bullying (Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire)

	Opfer Bullying			
	Ja*		Nein	
	N	%	N	%
Physisch	18	6.0	284	94.0
Verbal	44	14.5	259	85.5
Sozial	34	11.3	268	88.7
Cyber	4	1.3	297	98.7
Gesamt**	63	20.8	240	79.2

Anmerkungen: *Cut-Off = 2–3 Mal im Monat. **Cut-Off = 2–3 Mal im Monat in mind. einem der Bullying Bereiche.

Gemessen an der deutschen Normstichprobe zeigten 11.2 % der Befragten Auffälligkeiten im emotionalen

Bereich (grenzwertig: 5.9 %, auffällig: 5.3 %), das heißt sind oft unglücklich oder besorgt, haben viele Ängste etc.. Suizidalität wurde von 21.0 % der Teilnehmer berichtet (Suizidgedanken: 10.7 %, ernsthafte Suizidideen: 6.0 %, Suizidversuche: 4.3 %), selbstverletzendes Verhalten von 14.5 %. Vergleicht man diese Problem-Häufigkeiten getrennt für viktimisierte und nicht viktimisierte Schüler, so zeigen sich deutliche Unterschiede (siehe Tab. 2).

Weiterführende inferenzstatistische Analysen ergaben, dass Bullying die Chancen für emotionale Probleme um das 2.40fache erhöht (95 % KI: 1.12–5.15; $p=.025$). Die Chancen für Suizidalität zeigten sich bei viktimisierten Teilnehmern um das 2.81fache (95 % KI: 1.64–4.83; $p<.001$) erhöht, für selbstverletzendes Verhalten sogar um das 3.00fache (95 % KI: 1.50–6.04; $p=.002$).

Diskussion

In der Literatur werden enge Zusammenhänge zwischen Viktimisierung und emotionalen Problemen in Form von Depression und Suizidalität berichtet. Dies ergab auch die vorliegende Studie, in der das Risiko für die Entwicklung von emotionalen Störungen für die Opfer von Bullying (20.8 %) um das 2.4- bis dreifache erhöht war. Als besonders stark erwies sich hierbei der Zusammenhang zwischen Bullying und Suizidalität (Odds Ratio 2.81) sowie selbstverletzendem Verhalten (Odds Ratio 3.00).

Tabelle 2. Zusammenhang zwischen emotionalen Auffälligkeiten und Bullying

	Opfer Bullying			
	Ja*		Nein	
	N	%	N	%
Emotionale Probleme (SDQ)				
Normal	51	81.0	218	90.8
Grenzwertig	5	7.9	13	5.4
Auffällig	7	11.1	9	3.8
Suizidalität				
Keine	31	49.2	180	76.0
Leben nicht lebenswert	7	11.1	6	2.5
Gewünscht, tot zu sein	6	9.5	7	3.0
Suizidgedanken	7	11.1	25	10.6
Ernsthafte Suizidideen, Pläne	7	11.1	11	4.6
Suizidversuch	5	7.9	8	3.4
Selbstverletzendes Verhalten				
Nie	43	72.9	211	88.7
1–2 Mal	11	18.6	23	9.7
3–4 Mal	4	6.8	2	0.8
Mind. 5 Mal	1	1.7	2	0.8

Anmerkungen: *Cut-Off = 2–3 Mal im Monat in mind. einem der Bullying Bereiche.

Der Zusammenhang zwischen Viktimisierung und den gezeigten Auffälligkeiten kann jedoch in beide Richtungen bestehen, das heißt emotionale Störungen können sowohl die Folge von als auch der Auslöser für Bullying sein. Internalisierende Probleme erhöhen die Wahrscheinlichkeit, ein Opfer von Bullying zu werden (Olweus, 1994), was wiederum die vorhandene Symptomatik verstärkt. Es handelt sich also um einen Teufelskreis, in dem soziale Ausgrenzung sowohl Vorbedingungen als auch Konsequenzen von Viktimisierung darstellt. Die Opfer werden aus der Gleichaltrigengruppe ausgegrenzt, es mangelt ihnen dadurch an prosozialen Rollenmodellen. Außerdem fehlt ihnen der Schutz der Gruppe, so dass sie leichter erneut zum Opfer werden (Nansel et al., 2004).

Eine weitere Möglichkeit, den Zusammenhang von Depression und Bullying zu erklären, besteht in negativen Attributionen. Depressive Kinder und Jugendliche interpretieren ein an sich neutrales soziales Verhalten ihrer Mitschüler nur negativ und sehen sich daher als ein Opfer von Bullying. Die Messung des Bullying durch „peer nomination“ oder Verhaltensbeobachtung kann zur Klärung dieser Frage beitragen.

Für einen unabhängigen Beitrag von Viktimisierung an der Entstehung einer Depression sprechen jedoch die längsschnittlichen Ergebnisse (z. B. Bond et al., 2001). Diese weisen ausdrücklich darauf hin, dass vorhandene emotionale Probleme nicht in Zusammenhang mit zukünftiger Viktimisierung stehen. Im Gegenteil war bei knapp 30% der Schüler mit depressiver Symptomatik diese auf eine erlebte Viktimisierung zurückzuführen, selbst unter Kontrolle anderer Einflussvariablen wie sozialer Beziehungen und soziodemografischer Faktoren.

Dennoch ist der aktuelle Stand der Forschung inkonsistent, so dass zukünftige kontrollierte Interventionsstudien zum Zusammenhang zwischen Viktimisierung durch Bullying und Depression, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten nötig sind, um die Richtung dieser Kausalität eindeutig klären zu können.

Ein weiterer vielversprechender Ansatz ist die Untersuchung eineiiger Zwillinge (Arseneault et al., 2008). Hierbei stellte sich heraus, dass die viktimisierten Zwillinge signifikant mehr internalisierende Symptome aufwiesen als deren nicht-viktimisierte Co-Zwillinge, selbst nach Kontrolle der Baseline Symptome. Dies lässt ebenfalls den Schluss zu, dass ein Umwelteffekt, also das Bullying, die internalisierenden Symptome verursacht hat.

Bullying ist besonders negativ für Mädchen, da für deren Selbstwert gleichgeschlechtliche Peer-Beziehungen besonders wichtig sind. Zudem sind Mädchen und Jungen typischerweise unterschiedlichen Arten der Viktimisierung ausgesetzt. Denn während Jungen eher direktes physisches Bullying erleben, sind Mädchen eher Opfer von indirektem sozialem Bullying (Cullerton-Sen & Crick, 2005). Letzteres scheint einen stärkeren Einfluss auf das psychische Wohl-

finden zu haben als offene Viktimisierung (Baldry, 2004; van der Wal, de Wit & Hirasig, 2003).

Stärken und Schwächen der Studie

Eine Stärke der vorliegenden Studie liegt in der Auswahl der Messinstrumente, deren Vorteile bereits beschrieben wurden. Zudem existiert bislang keine Studie, die den Zusammenhang von Bullying, Depression, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten in Deutschland geprüft hat. Schließlich sind die hier präsentierten Daten Teil eines Längsschnittprojekts, in das noch zwei weitere Zeitpunkte einfließen werden. Dann können auch Aussagen zur Entstehung emotionaler Störungen durch schulisches Bullying im zeitlichen Verlauf getroffen werden.

Angesichts der schwachen Rücklaufquote von 30% sowie der nicht berücksichtigten Gymnasiasten kann die Stichprobe nicht als repräsentativ bezeichnet werden. Somit ist die Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse eingeschränkt. Dennoch könnten sich zwei gegenläufige Stichproben-Effekte ausgleichen und somit zur Repräsentativität beitragen: einerseits ist bei Gymnasiasten von einer geringeren Problembelastung auszugehen, andererseits ist zu erwarten, dass besonders belastete Schüler in der Stichprobe unterrepräsentiert sind.

Eine weitere Schwäche der Studie liegt in der geringen Stichprobengröße von $N=303$, aufgrund derer auf Subgruppenanalysen verzichtet wurde. Diese könnten weiteren Erkenntnisgewinn liefern, z. B. ob der Zusammenhang von Bullying und emotionalen Störungen abhängig von der Art des Bullying, von dessen Intensität, vom Geschlecht der Opfer etc. ist. Dies ist ebenso wie die Untersuchung der Schutzfaktoren (Warum bilden einige Opfer keine emotionalen Störungen aus?) eine interessante Fragestellung für zukünftige Forschung.

Aus Gründen des Zeitdrucks bei der Erhebung konnte zudem die Perspektive der Täter, und somit auch der Bully/Victims, leider nicht berücksichtigt werden.

Schließlich handelt es sich nur um subjektive Daten, die mittels Selbsteinschätzung erhoben wurden. Da sowohl das Bullying als auch die emotionalen Störungen von derselben Quelle beurteilt wurden, führt dies zu gemeinsamer Methodenvarianz, so könnten die psychopathologischen Charakteristika des Beurteilers zur Fehlinterpretation sozialer Ereignisse führen. Wenn möglich sollten daher zusätzlich weitere Quellen herangezogen werden, wie die Gleichaltrigengruppe oder Eltern bzw. Lehrer (vgl. von Marées & Petermann, 2010).

Schlussfolgerungen

Eine sichere, gewaltfreie Schule stellt ein Grundrecht für jeden einzelnen Schüler dar, das gewährleistet werden muss.

Die Entwicklung und Evaluation von Bullying-Präventionsprogrammen hat daher höchste Priorität. Diese sollten sich nicht nur an direkt Betroffene richten, sondern die gesamte Schule einbeziehen, da dadurch die Stigmatisierung Einzelner vermieden wird und auch Beobachter von Bullying erreicht werden können. Als etabliertes Programm ist hierbei das „Olweus Bullying Prevention Program“ (Olweus & Limber, 2007) zu nennen, ein schulbezogenes Mehrebenenprogramm, dessen Wirksamkeit in Norwegen bereits umfangreich nachgewiesen werden konnte (Olweus & Limber, 2010). Eine Evaluation an deutschen Schulen steht allerdings noch aus.

Bullying ist, wie schon von Nansel et al. (2004) beschrieben, ein Problem das nicht nur Individuen betrifft, sondern darüber hinaus Gleichaltrigengruppen und soziale Organisationen. Nur weil viele Jugendliche Bullying erleben, sei es als Opfer, Täter oder Beobachter, heißt das nicht, dass Bullying Teil der normalen jugendlichen Entwicklung sein muss. Besonders Viktimisierung führt oft zu schädlichen Auswirkungen und erhöht das Risiko für psychische Auffälligkeiten wie Depression, Suizidalität oder selbstverletzendes Verhalten beträchtlich. Zukünftige Forschung sollte sich in kontrollierten Interventionsstudien mit der Frage beschäftigen, ob ein Abbau von Bullying tatsächlich zu einer Reduktion von Depression, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen führt. Wir vermuten, dass dies der Fall ist und effektive Bullying-Prävention einen beachtlichen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden junger Menschen sowie deren psychosoziale und schulische Entwicklung haben könnte.

Literatur

- Arseneault, L., Milne, B. J., Taylor, A., Adams, F., Delgado, K., Caspi, A. et al. (2008). Being bullied as an environmentally mediated contributing factor to children's internalizing problems: a study of twins discordant for victimization. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *162*, 145–150.
- Baldry, A. (2004). The impact of direct and indirect bullying on the mental and physical health of Italian youngsters. *Aggressive Behavior*, *30*, 343–355.
- Barker, E. D., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N. & Maughan, B. (2008). Joint development of bullying and victimization in adolescents: Relations to delinquency and self-harm. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, *47*, 1030–1038.
- Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Rubin, K. & Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal*, *323*, 480–484.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. et al. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *161*, 641–649.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *56*, 905–908.
- Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dastaler, S., Hetland, J. & Simons-Morten, B. (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health*, *54*, 216–224.
- Cullerton-Sen, C. & Crick, N. R. (2005). Understanding the effects of physical and relational victimization: The utility of multiple perspectives in predicting social-emotional adjustment. *School Psychology Review*, *34*, 147–160.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I. & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics*, *144*, 17–22.
- Goodman, R. (2005). *Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)*. *Selbstauskunft 11–16*. Zugriff im Oktober 2011. Verfügbar unter <http://www.sdqinfo.com/>
- Hawker, D. S. J. & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimisation and psychosocial maladjustment: A metaanalytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 441–455.
- Hinduja, S. & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying and suicide. *Archives of Suicide Research*, *14*, 206–221.
- Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. et al. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: A population-based study. *BMC Public Health*, *11*:597.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, *23*, 661–674.
- Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S. & Marttunen, M. (2010). Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *19*, 45–55.
- Klomek, A. B., Sourander, A. & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-national and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*, 282–288.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemelä, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T. et al. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, *48*, 254–261.
- Luukkonen, A.-H., Räsänen, P., Hakko, H. & Riala, K. (2009). Bullying behavior is related to suicide attempts but not to self-mutilation among psychiatric inpatient adolescents. *Psychopathology*, *42*, 131–138.
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J. & Arensman, E. (2010). Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science and Medicine*, *71*, 1300–1307.
- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., Ruan, W. J. & The health behaviour in school-aged children bullying analyses working group (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *158*, 730–736.
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B. & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*, *285*, 2094–2100.

- 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.
- Olweus, D. (2006). *The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*. University Bergen, Norway.
- Olweus, D. & Limber, S. P. (2007). *Olweus bullying prevention program*. Center City, MN: Hazelden Publishing.
- Olweus, D. & Limber, S. (2010). The Olweus bullying prevention program: Implementation and evaluation over two decades. In S. R. Jimerson, S. M. Swearer & D. L. Espelage (Eds.), *The handbook of school bullying: An international perspective* (pp. 377–401). New York: Routledge.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. & Tanner, J. (1974): Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124, 460–469.
- Perren, S., Dooley, J., Shaw, T. & Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 28.
- Petermann, F. (2012). Selbstverletzendes Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 21, 1–4.
- Petermann, F. & Nitkowski, D. (2008). Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Verlauf. *Nervenarzt*, 79, 1017–1022.
- Petermann, F. & Nitkowski, D. (2011). Selbstverletzendes Verhalten: Merkmale, Diagnostik und Risikofaktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 6–15.
- Plener, P. L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J. M. & Libal, G. (2010). Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 77–89.
- Rigby, K. & Slee, P. (1999). Suicidal ideation among adolescent school children, involvement in bully-victim problems and perceived social support. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 119–130.
- Robert-Koch-Institut (2006). *Erste Ergebnisse der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rodham, K., Hawton, K. & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 80–87.
- Roland, E. (2002). Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. *Journal of Educational Research*, 44, 55–67.
- Scheithauer, H., Hayer, T. & Petermann, F. (2003). *Bullying unter Schülern: Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Seals, D. & Young, J. (2003). Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem and depression. *Adolescence*, 38, 735–747.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008*. Zugriff am 17.08.2011. Verfügbar unter www.destatis.de
- van der Wal, M. F., de Wit, C. A. & Hirasing, R. A. (2003). Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*, 111, 1312–1317.
- van Marées, N. & Petermann, F. (2010). Bullying in German primary schools. Gender differences, age trends and influence of parents' migration and educational backgrounds. *School Psychology International*, 31, 178–198.
- Vonderlin, E., Haffner, J., Behrend, B., Brunner, R., Parzer, P. & Resch, F. (2011). Welche Probleme berichten Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten? Ergebnisse einer repräsentativen Schülerbefragung. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 111–118.
- Wang, J., Iannotti, R. J. & Nansel, T. R. (2009): School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational and cyber. *Journal of Adolescent Health*, 45, 368–375.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105–112.

Dipl.-Psych. Vanessa Jantzer
 Dr. Johann Haffner
 Dipl.-Psych. Peter Parzer
 Prof. Dr. Franz Resch

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Zentrum für Psychosoziale Medizin
 Universitätsklinikums Heidelberg
 Blumenstraße 8
 69115 Heidelberg
 E-Mail: Vanessa.Jantzer@med.uni-heidelberg.de