

# Jugendliche, Eltern, BehandlerInnen – drei Blickwinkel.

YSR, CBCL und Aufnahmediagnosen im Vergleich bei 11- bis 18-jährigen jugendpsychiatrischen PatientInnen

Adolescents, Parents, and Practitioners: Three Perspectives. Comparison of YSR, CBCL, and Admission Diagnosis in a 11 to 18 Year Old Child and Adolescent Psychiatry Patient Sample

Michaela Haslinger, Markus Mayerhofer, Nora Sandor, Maria Teresa Schöfbeck-Gutmann, Dina Weindl & Karin Zajec

Themenschwerpunkt Familiensychologie und Störungen

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie vergleicht psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen zum Zeitpunkt einer stationären Aufnahme in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Standort Hinterbrühl, aus drei Blickwinkeln. Es wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich die Selbsteinschätzung von 11- bis 18-jährigen mittels YSR von der Beurteilung der Eltern mittels CL und in weiterer Folge von der ICD-10-Diagnose unterscheidet. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Aufnahmediagnose F32.0 gelegt. Die Daten von 95 PatientInnen (64 weiblich, 31 männlich) wurden über einen Zeitraum von drei Jahren erhoben. Es zeigt sich, dass die Aufnahmediagnose eher mit der Selbstbeurteilung der befragten Jugendlichen als mit den Elternratings übereinstimmt. Bei PatientInnen mit der Aufnahmediagnose „depressive Störung“ zeigt sich in der Selbstbeurteilung im Bereich der internalisierenden Störungen eine höhere Ausprägung. Gleichzeitig findet sich ein signifikanter Unterschied in der Selbst- und Fremdbeurteilung bei internalisierenden Störungen, während dieser bei externalisierenden Symptomen nicht beobachtet werden konnte.

## Abstract

The presented study compares mental problems of adolescent inpatients at the Department of Childhood and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Hinterbrühl (KJPP Hinterbrühl) considering three different views. The self-evaluation of the patient, assessing YSR, external assessment through one parent, assessing CBCL, and the admission diagnosis using ICD-10. Further, we put emphasis on the admission diagnosis F32.0. The sample contains 95 inpatients (64 female, 31 male) that have been treated at KJPP Hinterbrühl over a three year period. Data shows that the admission diagnosis

corresponds better with the self-evaluation than with the parental assessment. Depressive patients show higher scores in their self-evaluation concerning internalising symptoms. The whole sample shows significant differences between their self and external evaluation regarding internalising symptoms, whereas no difference in external symptoms was found.

## 1. Einleitung

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Standort Hinterbrühl (KJPP Hinterbrühl) des NÖ Landesklinikums Baden-Mödling ist eine von drei Kinder- und Jugendpsychiatrien in Niederösterreich. Mit dem Einzugsgebiet, welches sich über das südliche Niederösterreich (Industrieviertel) sowie für stationäre Aufnahmen auf das nördliche Burgenland erstreckt, versorgt die KJPP Hinterbrühl 773.264 Personen (Stand 29. Jänner 2020, lt. Einwohnerstatistik NÖ und Bgld, Nöske). Mit Herbst 2018 wurden zusätzlich eine dislozierte Ambulanz und eine Tagesklinik für Jugendliche am Standort Wiener Neustadt eingerichtet. In dem vorliegenden Artikel wird ein Vergleich der Einschätzung psychischer Auffälligkeiten der 11- bis 18-jährigen stationär aufgenommenen PatientInnen im Zeitraum von Jänner 2017 bis November 2019 beschrieben. Hierfür wurden die Selbsteinschätzung mittels Youth Self Report Form (YSR/11-18, Selbsteinschätzungsbogen), die Fremdeinschätzung eines Elternteils mittels Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) und die durch den/die BehandlerIn gestellte Aufnahmediagnose herangezogen. Dies dient mehreren Zielen: (1) Abbildung der psychischen Auffälligkeiten/ Störungsbilder der hilfesuchenden PatientInnen an der KJPP Hinterbrühl, (2) Vergleich mit nationalen und internationalen Ergebnissen und (3) damit verbundene Ableitungen für den Klinikalltag und für Verbesserungen bei internen Prozessen und Diagnosestellung.

Die Studie ist Teil eines Forschungs- und Wissenschaftsprojektes der KJPP Hinterbrühl sowie des Karl Landsteiner Instituts für psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Kindheitsforschung, in dessen Rahmen sich Klinische und GesundheitspsychologInnen sowie verwandte Berufsgruppen mit aktuellen Themengebieten und Fragestellungen des Klinikalltags auseinandersetzen.

Seit vielen Jahren wird von ProfessionistInnen auf den akuten psychiatrischen Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen hingewiesen – ein Teilaspekt bezieht sich dabei auf einen deutlichen Trend zu vermehrten stationären Behandlungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien in den letzten zehn Jahren (Plener, Straub, Fegert & Keller, 2015; Plener, Groschwitz, Franke, Fegert & Freyberger, 2015). Gleichzeitig herrscht in ganz Österreich ein Bettenmangel für stationäre Therapien. Allein in Niederösterreich fehlen 40 der vorgesehenen stationären Betten, das Burgenland bietet keine stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen im eigenen Bundesland (Fliedl, Hartl & Karwautz, 2018; Karwautz, Purtscher-Penz, Hochgatterer & Kienbacher, 2015). Wagner et al. (2017) berichten von einer Punkt-Prävalenz von 21,89% ( $\pm 4,5$ ) und einer Lebenszeit-Prävalenz von 34,09% ( $\pm 5,2$ ) von psychischen Erkrankungen bei österreichischen Jugendlichen. In einer Meta-Analyse, welche 41 Studien in 27 Staaten im Zeitraum von 1985 bis 2012 untersuchte, kam man zu einer weltweiten Prävalenzrate von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter von 13,4% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Eine weitere Meta-Analyse von Ihle & Esser (2002) berichtete von einer durchschnittlichen Sechs-Monats-Prävalenz von 18%.

Obwohl über die Lebenszeit-Prävalenz hinweg keine Geschlechtsunterschiede bei österreichischen Kindern und Jugendlichen beobachtbar sind, finden sich störungsspezifische Geschlechterunterschiede. Mädchen zeigen höhere Prävalenzraten bei internalisierenden Störungsbildern, während bei externalisierenden Störungen Buben höhere Prävalenzraten zeigen (Wagner et al., 2017). Diese Ergebnisse decken sich mit vorangegangenen Studien, welche ebenso diesen Unterschied berichten (Ihle & Esser, 2002; Ziegert, Neuss, Herpertz-Dahlmann & Kruse, 2002). Des Weiteren lassen sich Geschlechtsunterschiede über die Altersspanne beobachten. Jungen zeigen sich in jüngeren Jahren auffälliger, während bei Mädchen eine Zunahme von auffälligem Verhalten in der Adoleszenz berichtet wird (Kessler et al., 2012; Jones, 2013). Außerdem wurde in vorangegangenen Studien beobachtet, dass psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter bei 50% der Betroffenen bereits im 14. Lebensjahr manifest waren (Jones, 2013; Wykes et al., 2015). So zeigt sich, dass psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter keine temporäre Phase darstellen, sondern sich auf das gesamte Leben der Betroffenen auswirken können (Rutter, Kim-Cohen & Maughan, 2006). Auf der störungsspezifischen Ebene betrachtet, zeigen Angststörungen gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens und affektiven Störungen im Kin-

des- und Jugendalter die größten Auftrittshäufigkeiten (Fuchs, Bösch, Hausmann & Steiner, 2013; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007; Wagner et al., 2017).

Die CBCL und der YSR ermöglichen, ressourcensparend ein breites Spektrum an psychischen Auffälligkeiten zu erfassen. Sie kommen in Forschung und Praxis zu einer breiten Anwendung. In vorangegangenen Studien wurden moderate bis geringe Übereinstimmungen zwischen CBCL und YSR gefunden. Bei befragten Kindern und Jugendlichen wurden, vor allem beim Vorhandensein von psychischen Auffälligkeiten, Diskrepanzen zwischen CBCL und YSR beobachtet (Plück et al., 1997; Salbach-Andrae, Lenz & Lehmkühl, 2009). In klinischen Studien wurde eine höhere Übereinstimmung bei externalisierenden Störungen als bei internalisierenden beobachtet. Interessanterweise schätzten sich PatientInnen selbst „milder“ ein als ihre Eltern (Salbach-Andrae et al., 2009; Barkmann & Schulte-Markwort, 2005; Lacalle, Ezpeleta, & Doménech, 2012), während dies bei nicht-klinischen Stichproben genau umgekehrt der Fall ist (Lohaus & Vierhaus, 2014). Hinsichtlich internalisierender Symptome scheinen Kinder und Jugendliche die zuverlässigeren InformantInnen zu sein. Bei externalisierendem Verhalten zeigen sich Eltern als verlässlichere Informationsquelle (Barkmann & Schulte-Markwort, 2004; Rutter & Sroufe, 2000). Auch wenn es teilweise große Diskrepanzen zwischen den Elternratings und den Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen gibt, sollten diese unterschiedlichen Informationen in den diagnostischen Prozess einfließen, da Eltern bzw. Betreuungspersonen entweder als Ressource oder negative Verstärker der Symptome fungieren können (Achenbach, 1995; Angold et al., 1998).

Trotz der Häufigkeit und weitreichenden Konsequenzen von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wird oft unzureichend professionelle Hilfe aufgesucht bzw. in Anspruch genommen (Ihle & Esser, 2002; Ravens-Sieberer et al., 2008). Aus diesem Grund sollte neben Screening-Methoden auch eine Erfassung der subjektiven Belastung erfolgen, um behandlungsbedürftige psychische Störungen besser einschätzen zu können (Merikangas, He, Brody, Fisher, Bourdon & Koretz, 2010). Eine daraus abzuleitende frühe und möglichst treffende Diagnosestellung wäre anzustreben, um eine individuell passende therapeutische Behandlung zum ehestmöglichen Zeitpunkt zu ermöglichen.

Betrachtet man vorangegangene Untersuchungen, so ist in unserer Studie eine moderate bis eher geringere Übereinstimmung zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungen zu erwarten. Hierbei wird eine höhere Übereinstimmung bei externalisierenden als bei internalisierenden Symptomen erwartet. Wir erwarten verstärkt internalisierende Symptome bei weiblichen Patientinnen und eine stärkere externalisierende Symptomausprägung bei männlichen Patienten. Zudem wird angenommen, dass ab einem Alter von 14 Jahren verstärkt weibliche Patientinnen zur stationären Behandlung aufgenommen werden, während jüngere PatientInnen vermehrt männlichen Geschlechts sind. Störungsspezifisch werden am häufigsten Angststörungen, gefolgt von Stö-

rungen des Sozialverhaltens und affektiven Störungsbildern erwartet. Hinsichtlich der Aufnahmediagnosen werden Diskrepanzen zu den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen und den Elternratings erwartet, wobei eine höhere Übereinstimmung mit den Selbsteinschätzungen vermutet wird.

## 2. Methode

### 2.1. Beschreibung der Institution und Vorgehensweise

Die vorliegende Studie wurde an der KJPP Hinterbrühl des Landesklinikums Baden-Mödling durchgeführt. In der KJPP Hinterbrühl sowie seiner Außenstelle in Wiener Neustadt werden Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren aus dem südlichen Niederösterreich (Industrieviertel) und dem nördlichen Burgenland betreut, Ziel der stationären und ambulanten Versorgung ist es, Kinder und Jugendliche in der Bewältigung ihrer Probleme, bei Entwicklungsschwierigkeiten und psychischen Krisen zu unterstützen. Mit der Diagnostik und Behandlung ist ein multiprofessionelles Team betraut. Zu Beginn eines stationären Aufenthaltes wird seitens eines/einer Assistenz- oder Facharzt/-ärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie oder eines/einer klinischen PsychologIn eine Aufnahmediagnose gestellt. Dies liefert die Grundlage für weitere Diagnostik-, Behandlungs- und Therapieplanung. Je nach vorhergehender Behandlung ergibt sich diese Diagnose aus der Einschätzung des ambulanten Behandlungsteams, aus Vorbefunden oder einem ersten klinischen Eindruck. Die Aufnahmediagnosen sind vielfältig und bilden eine Reihe an klinisch-psychiatrischen Syndromen ab (Achse I des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10). Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt in der diagnostischen Einschätzung von Störungen des Erlebens, des Verhaltens oder von Entwicklungsstörungen. Im Rahmen eines Erstkontaktes werden, neben einer ausführlichen Anamneseerhebung, Eltern sowie Jugendliche ab 11 Jahren gebeten, mittels CBCL und dem entsprechenden Fragebogen für Jugendliche (YSR) Auskunft zu verschiedenen Verhaltensweisen zu geben.

Die Eltern sowie die PatientInnen im Alter von 14 bis 18 Jahren stimmten zum Zeitpunkt der Datenerhebung nach einer ausführlichen Information einer anonymisierten Verarbeitung der Daten zum Zweck der wissenschaftlichen Forschung zu.

### 2.2. Stichprobe

Die Stichprobe umfasst Daten von 95 stationär aufgenommene PatientInnen (64 weiblich, 31 männlich) im

Alter von 11,04 bis 17,90 Jahren ( $M = 15.27$ ;  $SD = 1.84$ ) sowie je einem Elternteil (78 Mütter, 17 Väter). Die Datenerhebung fand von Jänner 2017 bis November 2019 statt. Ambulant und tagesklinisch behandelte PatientInnen sowie unvollständige Datensätze (fehlender CBCL oder YSR, fehlende Aufnahmediagnose) wurden nicht in die Berechnungen aufgenommen. Es zeigen sich keine signifikanten Abweichungen der erwarteten Häufigkeitsverteilungen zwischen Geschlecht und Altersgruppen ( $\chi^2 = .15$ ,  $df = 1$ ,  $p = .72$ ). Anders als erwartet, sind die Mädchen und Jungen in beiden Altersgruppen gleich häufig vertreten.

Tab. 1: Häufigkeiten und Prozentwerte der Aufnahmediagnosen nach ICD-10

Aufnahmediagnosen (n = 95)	
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2 (2,1%)
F3: Depressive Störungen	50 (52,6%)
F4: Neurotische & somatoforme Störungen ohne Belastungsstörungen	11 (11,5%)
F43: Belastungsstörungen	9 (9,5%)
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen & Faktoren	3 (3,2%)
F6: Persönlichkeits- & Verhaltensstörungen	5 (5,3%)
F9: Schwerpunkt Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens (F90, F91, F92)	11 (11,6%)
F9: Schwerpunkt Emotionale Störungen und Störungen sozialer Funktionen (F93, F94, F98)	4 (4,2%)

### 2.3. Verwendete Verfahren

Im Rahmen der Studie wurde die deutschsprachige Version der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a) verwendet. Eltern werden aufgefordert, Angaben zu Kompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder und Jugendlichen im Altersbereich von 4 bis 18 Jahren zu machen. Im ersten Teil werden soziodemographische Daten, Freizeitaktivitäten, soziale Kompetenzen, Schulleistungen sowie auch Stärken und Schwächen erfragt. Der zweite Teil des Fragebogens beinhaltet 119 Items von Eigenschaften und Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen, welche die Eltern auf einer Likert-Skala („0 = nicht zutreffend“, „1 = manchmal zutreffend“, „2 = genau oder häufig zutreffend“) bewerten sollen. Die 119 Items sind den Skalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“, „Ängstlich/Depressiv“, „Soziale

Probleme“, „Schizoid zwanghaft“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“, „Aggressives Verhalten“ sowie „Andere Probleme“ zugehörig. Zu den internalisierenden Syndromskalen zählen die ersten drei beschriebenen Skalen, während zu den externalisierenden Syndromskalen „Dissoziales Verhalten“ sowie „Aggressives Verhalten“ zählen. Zusätzlich wird ein „Gesamtwert für Problemverhalten“ erhoben. Die interne Konsistenz der Problemskalen erwies sich mit .58- .94 als zufriedenstellend (Döpfner, Berner & Lehmkuhl, 1994).

In der deutschen Version des Youth Self Report Form (YSR/11-18, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b) bewerten Jugendliche im Altersbereich von 11 bis 18 Jahren ihre eigenen Kompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten. Der Aufbau des YSR ist dem des CBCL ident. Die interne Konsistenz der Skalen „Sozialer Rückzug“, „Soziale Probleme“ und „Schizoid zwanghaft“ erweist sich als mangelhaft (.56- .75; Döpfner, Berner & Lehmkuhl, 1995), während die weiteren Problemskalen eine interne Konsistenz im Bereich .67- .92 aufweisen (Döpfner et al., 1995).

Die vorliegende Studie orientiert sich ausschließlich an Diagnosen der Achse I gemäß dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS) (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2009). Diese Achse I beschreibt das klinisch-psychiatrische Syndrom; das Intelligenzniveau (F7) sowie umschriebene Entwicklungsstörungen (F8), welche nach MAS den Achsen II und III zugeordnet werden, sind daher im unten beschriebenen Datensatz nicht enthalten. Auf der Achse I werden in den Klassen F0-F6 Störungsbilder beschrieben, welche nicht nur im Kindes- und Jugendalter, sondern auch im Erwachsenenbereich diagnostiziert werden. In der Klasse F9 finden sich alters- und entwicklungsabhängige Störungsbilder (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1995).

### 2.4. Statistische Auswertung

Die statistische Berechnung erfolgt mittels SPSS 26.0.0 IBM für Windows. Die Hypothesen werden zweiseitig auf einem Signifikanzniveau von Cronbach-Alpha < .05 geprüft. Ergebnisse mit einem Cronbach-Alpha von .05 bis .10 werden als Tendenzen interpretiert. Zusätzlich werden Effektstärken über Cohen's d (Cohen, 1988) angegeben (d = 0.2 – kleiner Effekt, d = 0.5 – mittlerer und d = 0.8 – großer Effekt). Das partielle Eta-Quadrat wird zur Ermittlung der Effektstärke bei Varianzanalysen für abhängige Stichproben verwendet ( $\eta^2 = .01$  – kleiner Effekt,  $\eta^2 = .06$  – mittlerer Effekt,  $\eta^2 = .14$  – großen Effekt; Cohen, 1988).

Zur Überprüfung der Voraussetzung der Normalverteilung der unabhängigen Variablen wird der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest (Signifikanzniveau von  $p > .01$ ) verwendet. Liegt eine Verletzung der Normalverteilung vor ( $p < .01$ ), wird basierend auf dem zentralen Grenzwert

werttheorem (Bortz, 2005) eine Normalverteilung angenommen. Mit dem Levene-Test wird die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen ( $p > .01$ ) überprüft (Bühl & Zöfel, 2005). Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden t-Tests für verbundene Stichproben, Varianzanalysen für abhängige und unabhängige Stichproben und Pearson-Korrelationen berechnet.

### 3. Ergebnisse

Die Korrelationen der einzelnen Subskalen zwischen YSR und CBCL zeigen, dass beinahe alle Skalen erwartungsgemäß auf einem Signifikanzniveau von  $p < .05$  miteinander korrelieren. Nur die Skalen „Schizoid zwanghaft“ ( $r = .185, p = .07$ ) sowie der Gesamtwert ( $r = .154, p = .14$ ) weisen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang auf (siehe Tabelle 2).

Tab. 2: Pearson-Korrelation zwischen Selbstbeurteilung (YSR) und Fremdbeurteilung (CBCL)

Skalen	r	YSR		CBCL	
		M	SD	M	SD
Sozialer Rückzug	.414***	7.08	3.40	7.43	3.48
Körperliche Beschwerden	.507***	4.92	3.38	4.31	3.77
Angst/Depressivität	.254**	16.84	7.72	11.14	5.36
Soziale Probleme	.310**	4.20	3.00	3.43	2.72
Schizoid zwanghaft	.185	3.03	2.66	2.77	2.25
Aufmerksamkeitsstörung	.215*	8.12	3.42	6.11	3.75
Dissoziales Verhalten	.368***	5.22	3.95	4.29	4.37
Aggressives Verhalten	.364***	9.78	5.44	10.62	7.97
Andere Probleme	.239*	10.62	7.97	9.92	5.05
Internalisierende Probleme	.328**	27.60	11.56	21.42	9.51
Externalisierende Probleme	.367***	15.00	8.30	14.92	11.72
Gesamtwert	.154	67.00	24.26	56.24	25.48

N = 95; \*\*\*p < .001; \*\*p < .01; \*p < .05

### 3.1. Selbst- und Fremdeinschätzung (CBCL & YSR)

Die Übereinstimmungen der Mittelwerte der Fremd- und Selbstbeurteilung des Gesamtwerts und der beiden Skalen „Internalisierende Symptome“ und „Externalisierende Symptome“, zeigt einen moderaten Effekt bei internalisierenden Symptomen ( $t(94) = 4.89, p < .01, d = 0.501$ ) und einen kleinen Effekt beim Gesamtwert ( $t(94) = 3.24, p < .01, d = 0.332$ ). Bei externalisierenden Symptomen ist kein Unterschied beobachtbar ( $t(94) = .07, p = .94, d = 0.007$ ). Im Gesamtwert und bei den internalisierenden Symptomen beschreiben sich die Jugendlichen selbst klinisch auffälliger als ihr Elternteil.

Über die einzelnen störungsspezifischen Skalen hinweg zeigen sich in der Selbst- und Fremdbeurteilung bei „Angst/Depression“ ( $t(94) = 6.78, p < .01, d = 0.696$ ), „Soziale Probleme“ ( $t(94) = 2.23, p = .03, d = 0.228$ ), „Aufmerksamkeitsstörung“ ( $t(94) = 4.36, p < .01, d = 0.447$ ) und „Andere Probleme“ ( $t(94) = 3.24, p < .01, d = 0.333$ ) signifikante Unterschiede. Tendenzielle Unterschiede mit kleinen Effektstärken zeigen sich in den Skalen „Körperliche Beschwerden“ ( $t(94) = 1.67, p = .09, d = 0.171$ ) und „Dissoziales Verhalten“ ( $t(94) = 1.93, p = .06, d = 0.197$ ). In den Skalen „Sozialer Rückzug“ ( $t(94) = -.91, p = .37, d = 0.135$ ) und „Schizoid zwanghafte Probleme“ ( $t(94) = .82, p = .42, d = 0.084$ ) können keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden. Die Jugendlichen beschreiben sich in den meisten Skalen („Körperliche Beschwerden“, „Angst/Depression“, „Soziale Probleme“, „Aufmerksamkeitsstörungen“, „Dissoziales Verhalten“ und „Andere Probleme“) klinisch auffälliger als ihre Bezugspersonen.

### 3.2. Geschlechterdifferenzen

Es wird ein signifikanter Unterschied in Hinblick auf die selbstbeurteilten ( $F(1, 93) = 16.64, p < .01, d = 0.902$ ) und fremdbeurteilten ( $F(1, 93) = 9.64, p < .01, d = 0.687$ ) internalisierenden Symptome in Abhängigkeit des Geschlechts ermittelt.

Mehr Mädchen als Jungen geben internalisierende Symptome an (siehe Tabelle 3). In den selbstbeurteilten externalisierenden Symptomen zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede ( $F(1, 93) = .12, p = .73, d = 0.077$ ). Bezogen auf die fremdbeurteilten externalisierenden Symptome zeigt sich eine Tendenz ( $F(1, 93) = 3.63, p = .06, d = 0.421$ ). Der männlichen Stichprobe werden mehr externalisierende Symptome zugesprochen (siehe Tabelle 3).

Tab. 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der internalisierenden vs. externalisierenden Symptome in der Selbst (YSR)- und Fremdbeurteilung (CBCL) abhängig vom Geschlecht

		weiblich	männlich
Internalisierende Symptomatik	YSR	30.72 (9.93)	21.16 (12.18)
	CBCL	23.44 (8.91)	17.26 (9.47)
Externalisierende Symptomatik	YSR	14.80 (8.31)	15.42 (8.39)
	CBCL	13.34 (9.53)	18.16 (14.96)

N = 95

### 3.3. Aufnahmediagnose depressive Störung, CBCL und YSR

Zur Klärung, wie sehr CBCL und YSR mit der Aufnahmediagnose im Zusammenhang stehen, wurde die am häufigsten gestellte Diagnose (depressive Störung) für weitere statistische Verfahren herangezogen. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge mit den YSR-Skalen „Sozialer Rückzug“, „Angst/Depression“ und „Internalisierende Störung“. Gleichzeitig zeigt sich eine geringe Ausprägung an „Dissozialem Verhalten“, „Aggressivem Verhalten“ und „Externalisierenden Symptomen“ in der Fremdbeurteilung (CBCL).

Tab. 4: Pearson-Korrelationen von einzelnen CBCL/YSR-Subskalen bei Diagnose einer „depressiven Störung“

	Selbstbeurteilung (YSR)	Fremdbeurteilung (CBCL)
Sozialer Rückzug	.322**	.112
Angst/Depression	.343**	-.015
Dissoziales Verhalten	-.054	-.236*
Aggressives Verhalten	-.097	-.280**
Internalisierende Störung	.306**	-.034
Externalisierende Störung	-.089	-.278**

N = 95; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Tabelle 5 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen bei der Diagnose einer „depressiven Störung“ im Vergleich zu „keiner depressiven Störung“. Des Weiteren können Tabelle 5 die Haupt- und Interaktionseffekte der Mittelwerte sowie deren Effektstärke entnommen werden.

Tab. 5: Varianzanalyse mit Messwiederholung. CBCL/YSR-Skalen – Vergleich der Diagnose „depressive Störung“ vs. „keine depressive Störung“

	depressive Störung n = 50		keine depressive Störung n = 45		Eltern vs. Jugendliche	depressive Störung	Interaktions- effekt
	Eltern	Jugendliche	Eltern	Jugendliche	F ( $\eta^2$ )	F ( $\eta^2$ )	F ( $\eta^2$ )
Sozialer Rückzug	7,80 (3,83)	8,12 (2,87)	7,02 (3,05)	5,93 (3,61)	1,03 (.011)	6,57* (.066)	3,47 (.036)
Angst/Depression	11,06 (5,81)	19,34 (5,78)	7,02 (3,05)	14,07 (8,66)	48,49*** (.343)	5,96* (.060)	11,58*** (.111)
Dissoziales Verhalten	3,32 (3,69)	5,02 (3,48)	5,38 (4,84)	5,44 (4,44)	3,43 (.036)	2,93 (.031)	3,15 (.033)
Aggressives Verhalten	8,52 (6,78)	9,28 (4,23)	12,96 (8,59)	10,33 (6,53)	1,39 (.015)	6,04* (.061)	4,57* (.047)
Internalisierende Störung	21,12 (9,93)	30,94 (8,41)	21,76 (9,11)	23,89 (13,42)	24,42*** (.208)	3,38 (.035)	10,10** (.098)
Externalisierende Störung	11,84 (9,81)	14,30 (6,66)	18,33 (12,79)	15,78 (9,83)	.00 (.001)	5,69* (.058)	4,59* (.047)

\*p &lt; .05; \*\*p &lt; .01; \*\*\*p &lt; .001

## 4. Diskussion

In der präsentierten Studie wurden 95 (in einem Zeitraum von knapp drei Jahren) stationär aufgenommene 11- bis 18-jährige PatientInnen eingeschlossen und anhand ihrer Aufnahmediagnose, ihrer Selbsteinschätzung und der Fremdeinschätzung durch einen Elternteil hinsichtlich psychischer Symptome untersucht. Die Ergebnisse sollen Aufschluss über die Verteilung der Störungsbilder geben. Außerdem sollen sie im Vergleich mit nationalen und internationalen Studien Ableitungen für den praktischen Alltag und Verbesserungen bei internen Prozessen ermöglichen.

### 4.1. Selbst- und Fremdeinschätzung (CBCL & YSR)

Wie von Wagner et al. (2017) berichtet, zeigt sich in der vorliegenden Stichprobe ein signifikanter Unterschied zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung bei internalisierenden Symptomen (moderater Effekt) und im Gesamtwert (kleiner Effekt). Bereits Plück et al. (1997) berichten von mittelstarken Zusammenhängen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen. Außerdem fanden sich, wie bei anderen Studien, bei einer höheren Auffälligkeit der Jugendlichen eine geringere Übereinstimmung mit den Fremdbeurteilungen (Lohaus & Vierhaus, 2014; Salbach-Andrae et al., 2009). Der moderate Effekt bei internalisierenden Symptomen deckt sich mit vorangegangenen Forschungen, die von einer geringeren Übereinstimmung der Selbst- und Fremdbeurteilungen bei internalisierenden Symptomen im Vergleich zu externalisierenden Symptomen berichten (Salbach-Andrae et al. 2009; Lacalle, Ezpeleta, & Doménech, 2012). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Jugendliche sich in der Adoleszenz zunehmend von ihren Eltern zurückziehen und diese dadurch weniger Zugang zu deren Gedanken- und Gefühlswelt haben. Eine weitere Hypothese ist,

dass internalisierende Symptome weniger leicht zu beobachten sind. Bei den externalisierenden Symptomen wurde kein signifikanter Unterschied beobachtet. Dies reduziert folglich die Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung im Gesamtwert (kleiner Effekt). Anders als in anderen klinischen Studien beurteilen sich in dieser Studie die jugendlichen PatientInnen in ihrer internalisierenden Symptomatik und im Gesamtscore auffälliger als ihre Eltern. Im Gegensatz dazu berichten vorangegangene Studien, dass dies nur bei nicht-klinischen Stichproben der Fall sei (Lohaus & Vierhaus, 2014). Dieses interessante Ergebnis lässt eine hohe subjektive Belastung der Jugendlichen vermuten. Die Entscheidung zu einer stationären Aufnahme fällt vielen PatientInnen sehr schwer. Eine hohe subjektive Belastung kann die Entscheidung möglicherweise fördern. Dies sollte in weiterführenden Studien Beachtung finden.

### 4.2. Störungsspezifische Unterschiede und der Vergleich von Aufnahmediagnosen mit Selbst- und Fremdbeurteilungen

Betrachtet man die Aufnahmediagnosen der einzelnen PatientInnen, so zeigt sich eine überraschende Verteilung von Störungsbildern. Anders als in vorangegangenen Studien (Fuchs, 2013; Ravens-Sieberer et al., 2007) wurde bei mehr als der Hälfte der stationär aufgenommenen Jugendlichen eine depressive Störung diagnostiziert. Mit jeweils rund 11 % rangieren neurotische und somatoforme Störungen (F4) und Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen (F9) auf Platz zwei. Diese unterschiedliche Verteilung kann möglicherweise auf folgende Gründe zurückgeführt werden. Das Behandlungsangebot der KJPP Hinterbrühl unterteilt sich in ein ambulantes, tagesklinisches und stationäres Versorgungsangebot. Es kann vermutet werden, dass PatientInnen mit neurotischen und somatoformen Störungen möglicherweise bereits

ambulant oder tagesklinisch an der KJPP oder auf Grund einer verhältnismäßig guten Ausstattung des niedergelassenen Bereichs (Tatzer, Klicpera, Mayr & Fliedl, 2017) versorgt sind. Die KJPP Hinterbrühl teilt sich die niederösterreichische Versorgungsregion mit der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des Landeskrankenhauses Mödling, welches einen psychosomatischen Behandlungsschwerpunkt hat. Es ist daher wahrscheinlich, dass PatientInnen mit neurotischen und somatoformen Störungen vermehrt dort behandelt werden. Eine weitere Grund kann sein, dass PatientInnen mit suizidalen Gedanken direkt in der KJPP vorstellig werden. Außerdem kann bei einer depressiven Störung auch eine erhöhte Suizidalität vorhanden sein. Dies ist im ambulanten Setting oftmals nicht haltbar und kann zu einer vermehrten Aufnahme von depressiven PatientInnen führen. Die Stichprobe selbst kann eine Ursache sein, da nur Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren befragt wurden. Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen werden eher bei jüngeren Kindern diagnostiziert als bei Jugendlichen. Dies kann eine geringere Häufigkeit in der präsentierten Stichprobe erklären. Hölling et al. (2014) berichteten von einer Zunahme an prosozialem Verhalten und einer Abnahme von Peer-Problemen bei Jugendlichen (14-18 Jahre). Auch dies könnte auf ein geringeres Problemverhalten hinsichtlich des Sozialverhaltens hindeuten.

Vorangegangene Forschung zeigte, dass es störungsspezifische Unterschiede bei der Suche um psychosoziale Unterstützung gibt. Merikangas et al. (2010) berichten von einer sehr niedrigen Inanspruchnahme von Serviceleistungen bei internalisierenden Störungen, wie z. B. affektiven Störungen und Angststörungen. In einem Review von Ryan, Jorm, Toumbourou, & Lubman (2015) zeigte sich, dass sich unter anderem die elterliche Problemwahrnehmung, eine vorhandene elterliche Psychopathologie, elterliche Belastungsfaktoren und große familiäre Veränderungen signifikant auf die Inanspruchnahme von psychosozialer Hilfe auswirken. Je größer die Problemwahrnehmung ausgeprägt, je geringer elterliche Psychopathologie, elterliche Belastungsfaktoren und familiäre Veränderungen sind, desto eher werden psychosoziale Unterstützungsangebote wahrgenommen. Bei der vorliegenden Studie wird eine fehlende Problemwahrnehmung der Eltern auf Grund der Diskrepanz zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung (internalisierende Symptome und Gesamtwert) angenommen. Dies hat möglicherweise zu einer späteren Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung geführt, die eine stationäre Aufnahme dringlicher erscheinen lässt als bei anderen Störungsbildern. Als letzter Punkt sei noch eine mögliche Diagnosenetendenz (F32.0) an der KJPP Hinterbrühl selbstkritisch angemerkt. Es ist denkbar, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme vermehrt die Diagnose einer depressiven Störung vergeben wird, um im weiteren diagnostischen Prozess diese weiter auszudifferenzieren – insbesondere bei einer noch vagen Vermutung eines Traumas oder einer Persönlichkeitsentwicklungsproblematik.

Um die Aufnahmediagnosen mit den Daten des CBCL und YSR zu vergleichen, wurde aus Ressourcengründen die am häufigsten gestellte Diagnose (depressive Störung) für die Berechnungen herangezogen. Außerdem zeigte sich in vorangegangenen Untersuchungen eine gute Vorhersagbarkeit einer depressiven Störung mittels CBCL/YSR, während dies für andere Störungsbilder weniger zutreffend ist (Ferdinand, 2008). Bei Jugendlichen mit der Aufnahmediagnose depressive Störung im Vergleich zu keiner depressiven Störung als Aufnahmediagnose zeigt sich eine höhere Ausprägung in den Skalen „Sozialer Rückzug“, „Angst/Depression“ und „Internalisierende Störung“ in der Selbstbeurteilung und eine geringe Ausprägung an „Dissozialem Verhalten“, „Aggressivem Verhalten“ und „Externalisierenden Symptomen“ in der Fremdbeurteilung.

In den Skalen „Angst/Depression“ und „Internalisierende Symptome“ können (wie in der Gesamtstichprobe) signifikante Unterschiede zwischen den Selbst- und Fremdbeurteilungen beobachtet werden. Die Annahme, dass die Aufnahmediagnose eher mit der Selbstbeurteilung als mit den Elternratings übereinstimmt, wird untermauert. Dies kann für klinikinterne Prozesse als positive Evaluation der vergebenen Diagnosen gewertet werden.

#### 4.3. Geschlechterdifferenzen

Im Gegensatz zu unserer Hypothese und vorangegangenen Studien, dass PatientInnen unter 13 Jahren eher männlichen Geschlechts und ab 14 eher weiblichen Geschlechts seien, zeigt sich in der altersspezifischen Geschlechterverteilung kein signifikanter Unterschied. Dies kann der Tatsache geschuldet sein, dass die Stichprobe erst Jugendliche ab 11 Jahren beinhaltet. Es wird vermutet, dass bei Berücksichtigung jüngerer PatientInnen sich die Verteilung zu Gunsten bereits vorangegangener Forschungsergebnisse verändern würde (Fuchs, 2013; Merikangas et al., 2010; Wagner et al., 2017).

Hinsichtlich des erwarteten Geschlechterunterschieds bei internalisierenden Symptomen konnten große Effekte in den Selbstbeurteilungen und moderate Effekte in den Fremdbeurteilungen beobachtet werden. Weiblichen Patientinnen geben selbst mehr internalisierende Symptome an und werden ihnen auch von ihrem Elternteil zugesprochen. Bei der Selbsteinschätzung bezogen auf externalisierende Symptome konnten keine Geschlechterdifferenzen beobachtet werden. Im Gegensatz dazu wurde in der Fremdeinschätzung ein moderater Effekt bezogen auf Geschlechterdifferenzen in diesen Symptomausprägungen gefunden. Männlichen Patienten werden mehr externalisierende Symptome zugeschrieben. Diese Ergebnisse decken sich mit vorangegangenen Studien (Wagner et al., 2017; Ihle & Esser, 2002). Bei der Hinzuziehung von Selbst- und Fremdbeurteilungen für die Diagnosestellung ist es daher notwendig, diese geschlechterspezifisch unterschiedliche Wahrnehmung von Symptomausprägungen zu berücksichtigen.

## 5. Ausblick

*Die vorliegende Studie bringt das überraschende Ergebnis, dass sich die jugendlichen PatientInnen auffälliger einschätzen als ihre Eltern und führt uns zu der Annahme, dass die PatientInnen in einem hohen Ausmaß subjektiv belastet sind.*

Dies spiegelt sich auch in dem Umstand wider, dass PatientInnen mit depressiver Störung vermehrt suizidale Gedanken äußern und im ambulanten Setting schwer haltbar werden.

In der Abteilung wird im Zuge eines stationären Aufenthaltes mittels der Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik des Kindes- und Jugendalters (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016) die subjektive Belastung genau erhoben. Es erfolgt anhand des selbstbezüglichen Kreises der „Beziehungsachse“ der OPD-KJ-2 eine Einschätzung des Umgangs des/der Jugendlichen mit sich selbst. Mittels des Fragebogens PATHEV zur Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (Schulte, 2005) werden die Hoffnungen und Befürchtungen der Jugendlichen und der Eltern in Bezug auf die Behandlung erhoben. Dies stellt eine Grundlage für die Behandlungsplanung dar und sollte in weiterer Forschung Beachtung finden. Dies geschieht im ambulanten Setting nicht in vergleichbar konzeptioneller Weise. Die Notwendigkeit einer Erhebung des subjektiven Belastungsgrades bereits im ambulanten Setting scheint sich klar zu ergeben. Früher gesetzte, gezieltere Maßnahmen und Interventionen könnten Belastungen reduzieren und ein früherer Beginn einer tagesklinischen oder stationären Behandlung in Erwägung gezogen werden.

*Die Ergebnisse sprechen dafür, sich von den Angaben der Jugendlichen leiten zu lassen. Im Rahmen intensiver Eltern- und Familienarbeit sollten die unterschiedlichen Einschätzungen thematisiert und die Gründe hierfür gemeinsam erforscht werden, um eine gemeinsame Sicht zu entwickeln sowie passende Interventionen abzuleiten und umzusetzen.*

Ein vermehrter Einsatz der Beziehungskreise der OPD-KJ-2 könnte hilfreich sein (vgl. Singer, Fliedl & Zajec, 2019).

Weiters wäre eine Erhebung der Gründe für die Diagnosestellung einer depressiven Störung seitens des Behandlungsteams aufschlussreich. Die größere Übereinstimmung zwischen Aufnahmediagnose und der Selbsteinschätzung der Jugendlichen lässt vermuten, dass das Behandlungsteam am Jugendlichen orientiert bzw. auch mit diesem stärker identifiziert ist. Eine Gegenüberstellung von Aufnahme- und Entlassungsdiagnose könnte diesbezüglich hilfreiche Hinweise liefern. Depressive Symptome stellen häufig einen begleitenden Aspekt im Zuge von bspw. traumatischen Zustandsbildern oder Persönlichkeitsstörungsproblematiken dar, die ebenfalls meist mit einer höheren subjektiven Belastung einhergehen.

## 6. Limitationen

Die vorgelegte Studie verfügt über einige Limitationen. Zunächst verfügt sie über eine relativ kleine Stichprobe. Für weitere Untersuchungen scheint eine größere Stichprobe empfehlenswert. Hinsichtlich der Verteilung der Störungsbilder scheint der Einbezug jüngerer Kinder sinnvoll, wobei sich hier methodische Herausforderungen für den Aspekt der Selbsteinschätzung ergeben würden. Der Einsatz von manchen Fragebögen bei unter 11-Jährigen muss problematisch gesehen werden. In der vorliegenden Studie wurden vor allem Ergebnisse hinsichtlich der Diagnose depressiver Störung beschrieben. Andere Störungsbilder wurden vernachlässigt. Dies könnte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Weiters wurden nur stationär aufgenommene PatientInnen in die Stichprobe aufgenommen. Der Einbezug von ambulanten und tagesklinischen PatientInnen würde vermutlich eine genauere Differenzierung hinsichtlich des Zusammenhangs von subjektiver Belastung, elterlichem Problembewusstsein und passenden Interventionen zulassen. Die Frage, ob eine gewisse Diagnosetendenz bzw. -gewohnheit des behandelnden Teams besteht, muss unbeantwortet bleiben. Hier wären abteilungsübergreifende gemeinsame Forschungsprojekte zu befürworten.

## Literatur

- ACHENBACH, T. M. (1995). Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 45-65.
- ANGOLD, A., MESSER, S. C., STANGL, D., FARMER, E. M., COSTELLO, E. J. & BURNS, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88(1), 75-80.
- ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (1998a). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18).

- Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (1998b). Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- ARBEITSKREIS OPD-KJ-2 (Hrsg.) (2016). OPD-KJ-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, Grundlagen und Manual (2., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.
- BARKMANN, C. & SCHULTE-MARKWORT, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 31(06), 278-287.
- BARKMANN, C. & SCHULTE-MARKWORT, M. (2005). Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 357-366.
- BORTZ, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Berlin: Springer.
- BÜHL, A. & ZÖFEL, P. (2005). *SPSS 12 Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Pearson Studium.
- COHEN, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hoboken: Taylor and Francis.
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. & SCHULTE-MARKWORT, E. (1995). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Forschungskriterien. Bern: Huber.
- DÖPFNER, M., BERNER, W. & LEHMKUHL, G. (1994). *Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- DÖPFNER, M., BERNER, W. & LEHMKUHL, G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41(3), 221-244.
- FERDINAND, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales anxiety problems and affective problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 126-134.
- FLIEDL, R., HARTL, C. & KARWAUTZ, A. (2018). Ist-Stand der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung 2018. Verfügbar unter: <https://oegkjp.at/2018-ist-stand-der-versorgung/>.
- FUCHS, M., BÖSCH, A., HAUSMANN, A. & STEINER, H. (2013). „The Child is Father of the Man“ Review von relevanten Studien zur Epidemiologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(1), 45-57.
- HÖLLING, H., SCHLACK, R., PETERMANN, F., RAVENS-SIEBERER, U. & MAUZ, E. & KIGGS Study Group. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57(7), 807-819.
- IHLE, W. & ESSER, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- JONES, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s5-s10.
- KARWAUTZ, A., PURTSCHER-PENZ, A. K., HOCHGATTERER, P. & KIENBACHER, C. (2015). Child and adolescent psychiatry in Austria. *European child & adolescent psychiatry*, 24(3), 359-360.
- KESSLER, R. C., AVENEVOLI, S., COSTELLO, J., GREEN, J. G., GRUBER, M. J., MCLAUGHLIN, K. A. et al. (2012). Severity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 69(4), 381-389.
- LACALLE, M., EZPELETA, L. & DOMÉNECH, J. M. (2012). DSM-oriented scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report in Clinically Referred Spanish Children. *The Spanish journal of Psychology*, 15(1), 377-387.
- LOHAUS, A. & VIERHAUS, M. (2014). Parent-child discrepancies in the assessment of internalizing/externalizing behavior. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 46(1), 1-10.
- MERIKANGAS, K. R., HE, J. P., BRODY, D., FISHER, P. W., BOURDON, K. & KORETZ, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75-81.
- NOSKE, J. (2020). Unveröffentlichtes Arbeitspapier zu Versorgungszahlen der 3 KJPP-Abteilungen in NÖ. lt. Einwohnerstatistik, Stand: 29.02.2020.
- PLENER, P. L., GROSCHWITZ, R. C., FRANKE, C., FEGERT, J. M. & FREYBERGER, H. J. (2015). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63, 181-186.
- PLENER, P. L., STRAUB, J., FEGERT, J. M. & KELLER, F. (2015). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern: Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012. *Nervenheilkunde*, 34(01/02), 18-23.
- PLÜCK, J., DÖPFNER, M., BERNER, W., FEGERT, J. M., HUSS, M., LENZ, K. et al. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46(8), 566-582.
- POLANCZYK, G. V., SALUM, G. A., SUGAYA, L. S., CAYE, A. & ROHDE, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- RAVENS-SIEBERER, U., WILLE, N., BETTGE, D. & ERHART, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878.
- RAVENS-SIEBERER, U., WILLE, N., ERHART, M., BETTGE, S., WITTCHEN, H. U., ROTHENBERGER, A. et al. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European child & adolescent psychiatry*, 17(1), 22-33.
- REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M. & POUSTKA, F. (Hrsg.) (2009). *Multi-axiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Verlag Hans Huber.
- RUTTER, M., KIM-COHEN, J. & MAUGHAN, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 276-295. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x>.
- RUTTER, M. & SROUFE, L. A. (2000). Developmental Psychopathology: Concepts and Challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265-296.
- RYAN, S. M., JORM, A. F., RYAN, S. M., TOUMBOUROU, J. W. & LUBMAN, D. I. (2015). Parent and family factors associated with service use by young people with mental health problems: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(6), 433-446.
- SALBACH-ANDRAE, H., LENZ, K. & LEHMKUHL, U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry*, 24(5), 345-351.

- SCHULTE, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 176-187.
- SINGER, V., FLIEDL, R. & ZAJEC, K. (2019). Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Eltern-Kind-Interaktion im klinischen Behandlungssetting anhand der Beziehungsdiagnostik nach der OPD-KJ-2. *Zeitschrift für Psychodynamische Psychotherapie*, 18(3), 132-142.
- SHELVIN, M., MCELROY, E. & MURPHY, J. (2017). Homotypic and heterotypic psychopathological continuity: a child cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(9), 1135-1145. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1396-7>.
- TATZER, E., KLICPERA, D., MAYR, U. & FLIEDL, R. (2017). Planung eines landesweiten Versorgungsnetzwerks am Beispiel Niederösterreich. Unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen. *Pädiatrie & Pädologie*, 52, 33-38.
- WAGNER, G., ZEILER, M., WALDHERR, K., PHILIPP, J., TRUTTMANN, S., DÜR, W. et al. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1483-1499.
- WYKES, T., HARO, J. M., BELLI, S. R., OBRADORS-TARRAGÓ, C., ARANGO, C., AYUSO-MATEOS et al. (2015) Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 1036-1042. doi:10.1016/S2215-0366(15)00332-6.
- ZIEGERT, B., NEUSS, A., HERPERTZ-DAHLMANN, B. & KRUSE, W. (2002). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 99(21), 1436-1440.

**Dr.<sup>in</sup> Dina Weindl**

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Universitätslektorin

dina.weindl@univie.ac.at;  
d.weindl@karl-landsteiner.at

**Mag.<sup>a</sup> Karin Zajec**

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Dynamische Gruppenpsychotherapeutin, Psychologische Leitung an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, LK Baden-Mödling, Standort Hinterbrühl, Institutsleitung des Karl Landsteiner Instituts für psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Kindheitsforschung, Leiterin der Fachsektion Dynamische Gruppenpsychotherapie im ÖAGG

karin.zajec@moedling.lknoe.at  
k.zajec@karl-landsteiner.at

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, LK Baden-Mödling, Standort Hinterbrühl  
Fürstenweg 8  
A-2371 Hinterbrühl  
<https://moedling.lknoe.at/fuer-patienten/abteilungen/abteilung-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie-am-standort-hinterbruehl/information>

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, LK Baden-Mödling, Standort Hinterbrühl, Dislozierte Ambulanz und Tagesklinik Wiener Neustadt  
Pernerstorferstraße 44  
A-2700 Wr. Neustadt  
<https://moedling.lknoe.at/fuer-patienten/ambulanzen/kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie-ambulanz-am-standort-hinterbruehl-dislozierte-ambulanz-in-wr-neustadt/ambulanzzeiten-wiener-neustadt>

Karl Landsteiner Institut für psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Kindheitsforschung  
[www.karl-landsteiner.at/institute-psychotherapie.html](http://www.karl-landsteiner.at/institute-psychotherapie.html)

**AutorInnen (in alphabetischer Reihenfolge)**

AG Wissenschaft KJPP Hinterbrühl und Karl-Landsteiner Institut für psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Kindheitsforschung

**Mag.<sup>a</sup> Michaela Haslinger**

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
michaela.haslinger@moedling.lknoe.at

**Mag. Markus Mayerhofer, B.A.**

Psychologe, Sozialarbeiter, Kindernetzwerk Industrieviertel, Bezirkshauptmannschaft Baden – Fachgebiet Sozialarbeit

Kindernetzwerk Industrieviertel  
office@kindernetzwerk.at  
www.kindernetzwerk.at

**Mag.<sup>a</sup> Nora Sandor**

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
nora.sandor@moedling.lknoe.at

**Dr.<sup>in</sup> Maria Teresa Schöfbeck-Gutmann**

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin

maria.schoefbeck-gutmann@moedling.lknoe.at

Teilen Sie Inhalte auf [www.facebook.com/Psychologie.In.Oesterreich](http://www.facebook.com/Psychologie.In.Oesterreich)