

**Psychosoziale Gesundheit und
Gesundheitsverhalten Jugendlicher
– Eine Querschnittserhebung im Landkreis Ludwigslust –**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 21.07.2004

Vorgelegt von: Susanne Hegner
An der Tarnitz 21
19300 Muchow

Matrikel- Nr.: 1586410

Erster Prüfender: Prof. Dr. J. Westenhöfer

Zweite Prüfende: Dipl. med. K. Seidel, FÄ Psychiatrie und Psychotherapie

Inhaltsverzeichnis

Abstract	6
1. Einleitung	7
2. Theoretischer Rahmen	9
2.1 Zum Begriff „Jugend“	9
2.1.1 Dauer und zeitlicher Verlauf der Jugendphase	9
2.1.2 Jugend als historisches und kulturelles Phänomen	10
2.2 Entwicklung im Jugendalter	11
2.2.1 Physiologische Reifung – die Pubertät	12
2.2.2 Individuelle Ziele und Werte - Entwicklung der Identität	17
2.2.3 Kulturelle Normen - Identität im Kontext	18
2.2.4 Entwicklungsaufgaben	21
2.3 Gesundheit	22
2.3.1 Gesundheitsstatus Jugendlicher	22
2.3.2 Psychosoziale Gesundheit	23
2.4 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken im Jugendalter	
Hypothesengenerierung	24
2.4.1 Substanzkonsum	26
2.4.2 Störungen des Essverhaltens	31
2.4.3 Depressionen, Suizid und Suizidversuch	34
3. Methodik	36
3.1 Datenerhebung	36
3.1.1 Studiendesign und Fragebogenentwicklung	36
3.1.2 Auswahl der Untersuchungsteilnehmer	37
3.1.3 Die Erhebungssituation	38
3.2. Datenmanagement	38
3.2.1 Datenaufbereitung	39

3.2.2	Datenbereinigung	39
3.2.3	Datenauswertung	39
4.	Ergebnisse	40
4.1	Substanzkonsum	41
4.2	Essverhalten	44
4.3	Befindlichkeit	46
5.	Diskussion	48
5.1	Methodendiskussion	48
5.1.1	Der Fragebogen	49
5.1.2	Stichprobe und Erhebungssituation	50
5.1.3	Datenauswertung	50
5.2	Ergebnisdiskussion	50
5.2.1	Ergebnisse zum Substanzkonsum	51
5.2.2	Ergebnisse zur Befindlichkeit	53
5.2.3	Ergebnisse zu Essstörungen	54
5.3	Allgemeine Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention	56
5.4	Fazit und Ausblick	57
6.	Literaturverzeichnis	58
7.	Eidesstattliche Erklärung	64
8.	Anhang	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlecht und Alkoholkonsum	42
Abbildung 2: Geschlecht und Drogenkonsum	43
Abbildung 3: Geschlecht und Essstörungen	45
Abbildung 4: Schulart und Essstörungen	45
Abbildung 5: Geschlecht und Befindlichkeit	46
Abbildung 6: Schulart und Befindlichkeit	47
Abbildung 7: Befindlichkeit und Alkoholkonsum	47
Abbildung 8: Befindlichkeit und Drogenkonsum	48

Tabellenverzeichnis**Tabelle 1: Schulart und Alkoholkonsum 43****Tabelle 2: Schulart und Drogenkonsum 44**

Abstract

Youth is a stage of human life.

Due to several development phases like puberty, identity formation and rearrangement of social relationships there can be healthy impairments, to some extent caused by risky behaviour.

On their way to grow up young people have to learn certain behaviour of adults. This can be for example also the contact with psychologic active substances like alcohol, tobacco and drugs.

In this phase therefore more often occurs the abuse of these substances.

As also be shown in the study about young people around Ludwigslust, the regular consumption has other reasons, which are conflicts of the individual himself and with his social environment.

Similar can be assumed for eating disorders.

It makes it clear that for a successful prevention the "raised forefinger" is not enough.

Modern concepts of health promotion are integral orientated, they start at resources and social environments and try to strengthen or rather change them. So that this can be successful, a regular data collection of psychological health and health behaviour of young people is required.

1. Einleitung

„Die Jugend von heute liebt den Luxus, hat schlechte Manieren und verachtet die Autorität. Sie widersprechen ihren Eltern, legen die Beine übereinander und tyrannisieren ihre Lehrer.“ So soll der griechische Philosoph Sokrates (470-399 v. Chr.) schon vor mehr als 2000 Jahren gesagt haben.

Die Jugendphase scheint also von jeher eine Phase im Lebenszyklus zu sein, die von Auseinandersetzung und von der Norm abweichendem Verhalten geprägt ist. Sichtbar wird dies häufig, wenn Jugendliche mit Erwachsenen in Konflikte geraten. Diese äußeren Auseinandersetzungen sind jedoch vor allem ein Ausdruck für Auseinandersetzungen innerhalb der Persönlichkeit des Jugendlichen auf der Suche nach einer eigenen Identität. Diese „Aufgabe“ muß jeder Jugendliche in jeder Generation und in jeder Kultur bewältigen. Dafür sind zum einen biologische Veränderungen im Organismus verantwortlich, diese treten universell auf und sind nahezu unabhängig von äußeren Einflüssen. Was sich unterscheidet sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen Entwicklung stattfinden soll. Daher sind Jugendliche auch immer ein Spiegel der Gesellschaft, in der sie leben. Ihre oft unverständlichen, der Vernunft widersprechenden Verhaltensweisen und oft auch „Risikoverhalten“, sind deshalb nicht immer als abnorm anzusehen. Bisher geltende Regeln und Grenzen stellen jetzt eher eine Herausforderung dar und müssen fast zwangsläufig ausgelotet werden.

Dennoch ist davon auszugehen, dass etwa 10 –15 % (z. T. bis 30 %) aller Jugendlichen an psychischen Störungsmustern leiden. Diese äußern sich z. B. in psychosomatischen Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, psychischen Störungen wie Depressionen, Suchterkrankungen und Essstörungen oder auch in Störungen des Sozialverhaltens wie Aggressivität und Gewaltbereitschaft. Sie sind als Signal zu sehen für eine nicht befriedigend gelingende Auseinandersetzung mit den gestellten Anforderungen (Hurrelmann 1994). Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Neben körperlich-dispositionellen Faktoren spielen vor allem die sozialen Lebensbedingungen und deren psychische Verarbeitung eine Rolle.

Da seit längerem ein Vordringen dieser Erkrankungen zu beobachten ist, wird deutlich, dass Handlungsbedarf besteht. Um jedoch präventiv wirkungsvoll tätig werden zu können, ist es notwendig, geeignete Daten zur Verfügung zu haben. In den letzten Jahren gab es national und international eine Reihe von Untersuchungen zur psychischen Gesundheit Jugendlicher.

Die Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Ludwigslust haben im Schuljahr 2002/2003 begonnen, in kleinerem Rahmen solche Daten zu erheben. In einem eigens entwickelten Fragebogen wurden Jugendliche nach ihrem Befinden, nach gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und ihren sozialen Beziehungen befragt.

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit ist es, die erhobenen Daten auszuwerten und zu beurteilen, unter besonderer Berücksichtigung des jeweiligen Geschlechts und der besuchten Schulform der Teilnehmer. Diese Faktoren sind im Hinblick auf Ursache und Art der Störung relevant und sie können nützlich sein bei der Entwicklung geeigneter präventiver Maßnahmen. Eine weitere Aufgabe dieser Arbeit besteht in der kritischen Auseinandersetzung mit dem Fragebogen, um ihn in weiteren Befragungen noch effektiver einsetzen zu können.

Im ersten Abschnitt dieser Arbeit werden grundlegende Begrifflichkeiten wie „Jugend“, „Entwicklung“ und „Gesundheit“ geklärt, ohne deren Verständnis eine entsprechende Beurteilung der Gefühlswelt und der Verhaltensweisen Jugendlicher nicht möglich ist. Eine besondere Bedeutung kommt hier dem Verständnis von „subjektiver Gesundheit“ zu.

Zur Hypothesengenerierung werden neben der wissenschaftlichen Literatur zwei vor kurzem veröffentlichte internationale Studien zur Gesundheit und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen Jugendlicher herangezogen.

Im zweiten Abschnitt werden die Entwicklung des Fragebogens, die Datenerhebung und die Methodik der Auswertung erläutert.

Nach der Darstellung der Ergebnisse folgt die Diskussion zur Methodik der Studie. In der anschließenden Auseinandersetzung mit den Ergebnissen werden Ideen, Erfahrungen und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention diskutiert; abschließend wird die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Kinder- und jugendärztlichem Dienst hervorgehoben.

2. Theoretischer Rahmen

2.1 Zum Begriff „Jugend“

Der Begriff „Jugend“ kennzeichnet eine Phase innerhalb des Lebenszyklus. Personen, die sich in dieser Phase befinden, sind „nicht mehr Kind“ und „noch nicht erwachsen“.

Charakteristisch für diese Lebensphase sind Veränderungen auf den verschiedenen Ebenen des Individuums, so auf der biologischen, intellektuellen, emotionalen und der sozialen Ebene, sowie die Bewältigung von damit zusammenhängenden Entwicklungsaufgaben.

In dieser Phase geht es darum, Verhaltensformen und Privilegien der Kindheit aufzugeben und sich Merkmale und Kompetenzen anzueignen, um der Rolle und den Aufgaben eines „Erwachsenen“ gerecht werden zu können (Oerter/Dreher 1998).

Der Begriff bzw. der Lebensabschnitt „Jugend“ findet Beachtung in vielen weiteren öffentlichen und wissenschaftlichen Bereichen, so z. B. in Politik, Rechtswissenschaft, Biologie, Soziologie, Psychologie, Pädagogik etc..

2.1.1 Dauer und zeitlicher Verlauf der Jugendphase

Für die Periodisierung des Jugendalters gibt es aufgrund individueller Variationen in der Entwicklung keine exakten Abgrenzungen. Daher weichen auch die Angaben in der Fachliteratur voneinander ab.

Oerter und Dreher (1998) treffen folgende Einteilung:

- „Adoleszenz“ steht für die Zeitspanne zwischen vollendetem 10. - 21. Lebensjahr
- „Vorpubertät“ kennzeichnet die Periode zwischen reifer Kindheit und dem Auftreten erster sekundärer Geschlechtsmerkmale; etwa 10. - 12. Lebensjahr
- „Transeszenz“ bezeichnet den Übergang von der Kindheit in die frühe Adoleszenz; 11./12. - 14. Lebensjahr
- „Frühe Adoleszenz“, auch „Jugendalter“ im juristischen Sinne; 14. - 18. Lebensjahr
- „späte Adoleszenz“ umfaßt das 18. - 21. Lebensjahr

Es ist davon auszugehen, daß sich Gleichaltrige in keiner anderen Lebensphase so deutlich voneinander unterscheiden wie im Jugendalter. Aufgrund individueller Reifungs- und Wachstumsprozesse können sich Jugendliche gleichen Alters und

Geschlechts in unterschiedlichen Entwicklungsphasen befinden. Die Variation in der Reifung kann die gesamte Bandbreite der Entwicklungsbereiche betreffen, also auf der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Ebene, wie auch nur in einzelnen Bereichen.

Insofern ist es durchaus möglich, daß ein körperlich retardierter Jugendlicher in seinem Sozialverhalten weiter entwickelt ist als ein körperlich akzelerierter Jugendlicher.

2.1.2 Jugend als historisches und kulturelles Phänomen

Die Gruppe der Jugendlichen differenziert sich neben dem Alter und dem Geschlecht nach weiteren Kriterien wie der sozialen Herkunft und der Schulbildung. Auch ist das Verständnis von Jugend immer geprägt vom jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Kontext.

Bis ins 18. Jahrhundert hinein galten Kinder und Jugendliche als „kleine Erwachsene“, und gemessen an Verhaltensmerkmalen und Interessen der Erwachsenen, als defizitär.

Die Idee, dass die Jugendphase eine eigengesetzliche, zu Kindheit und Erwachsenenalter abgegrenzte Phase darstellt, reicht bis in die Antike, konnte sich jedoch erst im Zuge tiefgreifender Veränderungen gesellschaftlicher Strukturen im 19. bzw. 20. Jahrhundert verankern (Oerter/Dreher 1998).

„Jugend“ wird mehr und mehr zu einem Zeitabschnitt, in dem sich das Individuum durch Schul- und Berufsausbildung bzw. Studium auf Anforderungen zur Lebensbewältigung vorbereitet. Dementsprechend werden das Ausbildungsende und die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit mit dem Ende der Jugendphase gleichgesetzt. In den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten kam es durch verlängerte Schul- und Ausbildungszeiten sowie durch unsichere berufliche Perspektiven zu einer Ausdehnung der Jugendphase.

Diese Veränderungen korrespondieren mit den gestiegenen Anforderungen industrieller Gesellschaften an das Individuum. Während die Menschen in traditionellen Gesellschaften in festgelegten, überschaubaren sozialen Ordnungen lebten, der soziale Status gleichsam mit der Geburt festgelegt war, besteht heute die Möglichkeit individueller Entwicklung und sozialen Aufstiegs (Fend 2000).

In anderen Gesellschaftsformen, zum Beispiel den traditionellen Stammeskulturen auf Samoa und Neuguinea, erfolgt der Übergang ins Erwachsenenalter abrupt. Bei

Eintritt von Pubertät und Geschlechtsreife werden bestimmte Rituale vollzogen, die diesen Prozeß symbolisieren (Mead 1973).

2.2 Entwicklung im Jugendalter

Die Besonderheiten, die zum Konstrukt einer „Lebensphase Jugend“ führten, lassen sich zu einem großen Teil durch den Begriff „alterstypische Entwicklung“ zusammenfassen. Aus diesem Grunde werden in dieser Arbeit weitere theoretische Modelle und Erklärungsansätze zugunsten der entwicklungspsychologischen Perspektive vernachlässigt.

Veränderungen eines Individuums durch Entwicklung sind von der Empfängnis bis zum Tod gegeben und finden auf allen Ebenen der Persönlichkeit statt.

Jedes Individuum besitzt eine Gesamtheit an Erbanlagen (Genotyp). Für die Entwicklung dieser Erbanlagen ist eine geeignete Umwelt Voraussetzung, denn zwischen dem Individuum und seiner Umwelt findet eine ständige Interaktion statt. Jeder Mensch mit seinen individuellen Erbanlagen, psychischen und kognitiven Merkmalen nimmt die Umwelt auf seine eigene Weise wahr und wirkt wiederum nach seiner Bewertung und Deutung auf sie ein.

Dass der Mensch eine Kultur erlernen kann, hat sich als Fähigkeit in der Evolution herausgebildet, ist also „biologisch“ determiniert. Welche Kultur oder Form des sozialen Lebens erlernt wird, hängt von der jeweiligen Kultur ab, ist also „kulturell“ determiniert.

Beispiel Sprache: Jedes gesunde Kind hat die Fähigkeit eine Sprache zu erlernen. Welche es erlernt, ist abhängig von seinem Umfeld. Mit der Sprache selbst bekommt das Kind die Möglichkeit auf sein Umfeld einzuwirken, es zu verändern (Montada1998).

In der wissenschaftlichen Literatur (Fend 2000, Oerter/Dreher1998) werden insbesondere folgende Entwicklungsebenen unterschieden:

- Physische Reifung, diese ist universell, d. h. sie tritt nahezu unabhängig von der jeweiligen Kultur auf und bildet die Basis für Entwicklung (z. B. die Pubertät)
- Individuelle Ziele und Werte, sie sind treibende Kraft für die aktive Gestaltung der Identität

- Kulturelle Normen, diese Anforderungen sind spezifisch für die jeweilige Gesellschaft und werden von ihr vorgegeben (z. B. Schulreife, Volljährigkeit).
Ausgehend von diesen Ebenen der Entwicklung sollen im folgenden Abschnitt die Veränderungen bzw. Entwicklungsschritte der Jugendphase und die daraus resultierenden Entwicklungsaufgaben kategorisiert und aufgezeigt werden. Dabei darf der enge Zusammenhang zwischen den einzelnen Entwicklungsaufgaben nicht übersehen werden.

2.2.1 Physiologische Reifung – die Pubertät

Der Beginn des Jugendalters wird durch biologische Veränderungen markiert, erkennbar an Wachstum, Gestaltwandel und beginnender Sexualreife.

Diese Phase, in der die tiefgreifendsten biologischen Veränderungen stattfinden, wird als „Pubertät“ bezeichnet. Sie beginnt in den meisten Fällen zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr und dauert etwa 4 Jahre. Sie setzt im Durchschnitt bei den Mädchen etwa zwei Jahre früher ein als bei den Jungen.

Pubertäre Prozesse sind nicht nur aufgrund physiologischer Veränderungen von Bedeutung, sondern wirken sich auf die gesamte Persönlichkeit aus (Fend 2000).

Wachstum, Körpergewicht

Das menschliche Wachstum geschieht nicht in einem kontinuierlichen Prozeß. Wachstum geschieht hauptsächlich in Schüben, dabei wachsen die einzelnen Körperteile und Organe unterschiedlich schnell.

In der Pubertät kommt es zu solch einem Wachstumsschub. Auf seinem Höhepunkt wachsen Jungen etwa 9,5 cm und Mädchen etwa 8 cm pro Jahr. Danach fällt das jährliche Wachstum deutlich ab und ist zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr beendet (Fend 2000). Insgesamt ergibt sich zwischen Mädchen und Jungen ein Größenunterschied von 12 - 13 cm.

Das Körpergewicht verändert sich nach einem ähnlichen Muster, ist aber vor allem auch abhängig von der Ernährung und der körperlichen Belastung (Oerter/Dreher 1998).

Proportionen

Auch die Körperproportionen verändern sich in der Pubertät. Die einzelnen Körperteile wachsen unterschiedlich schnell, allerdings nach einem festgelegten

Fahrplan: Zuerst wachsen Hände und Füße, dann Hüften, Brust und Schultern und erst zuletzt der Rumpf. Dies erklärt das zeitweise „schlaksige“ Bewegungsmuster und die vorübergehende Disharmonie der Proportionen (Oerter/Dreher 1998).

Insgesamt zeigen sich hier deutliche Geschlechtsunterschiede: die Jungen bekommen breitere Schultern, die Mädchen breitere Hüften. Außerdem vergrößert sich bei Mädchen der Fettanteil (Fend 2000).

Körperkraft und Motorik

Im Jugendalter nimmt das Muskelwachstum und die Muskelkraft vor allem bei den Jungen noch einmal deutlich zu. Mit 11 - 12 Jahren haben Mädchen noch etwa gleich viel oder sogar mehr Muskelkraft, um dann in den folgenden Jahren stark hinter die Jungen zurückzufallen (Oerter/Dreher 1998).

In dieser Altersphase wird die Grobmotorik bei den Jungen und die Feinmotorik bei den Mädchen besser ausgebildet. Dies ist jedoch auch von der Beanspruchung abhängig. Wenn diese bei beiden Geschlechtern gleich ist, verschwinden entsprechende Unterschiede (Fend 2000).

Gehirn

Auch das Gehirn wächst nicht kontinuierlich, sondern mit unterschiedlichem Tempo in den verschiedenen Lebensphasen.

Das größte Wachstum des Gehirns findet zwischen dem 5. Lebensmonat und dem vollendeten 3. Lebensjahr statt. Das Gewicht steigt in den ersten zwei Lebensjahren um etwa 350 %, später nur noch um 35 %, um im 14. Lebensjahr sein endgültiges Gewicht zu erreichen. Reifeprozesse sind jedoch erst zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr abgeschlossen (Fend 2000).

Geschlechtsreife

Die zentralen Veränderungen in der Pubertät betreffen nicht das Wachstum, sondern die Entwicklung der Geschlechtsreife.

Wie beim Längen- und Breitenwachstum erfolgt auch die Entwicklung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale in einer weitgehend festgelegten Reihenfolge. Bei Mädchen zeigen sich erste Anzeichen der beginnenden Geschlechtsreife schon mit 9 Jahren. Die Menarche tritt heute meistens schon vor

dem vollendeten 13. Lebensjahr ein (hier sei auf den historischen Verlauf der Pubertätsentwicklung hingewiesen, die im Folgenden beschrieben wird), kann jedoch bereits mit 10 oder spätestens mit 16 Jahren auftreten. Bis alle Mädchen einer Altersstufe voll entwickelt sind, können 10 Jahre vergehen (Fend 2000).

Ähnlich ist es bei den Jungen, während einige ihr Körperwachstum schon fast abgeschlossen haben, hat es bei anderen noch gar nicht richtig begonnen. Das Auftreten der ersten Ejakulation variiert ebenfalls sehr stark und liegt bei 90 % der Jungen zwischen 9 und 15 Jahren.

Wie bereits in 2.1.1 angesprochen, unterscheiden sich Gleichaltrige in keiner Lebensphase so stark wie im Jugendalter.

So gibt es Jugendliche, die akzeleriert sind, d. h. deutlich früher reifen und retardierte Jugendliche, die deutlich später reifen (Oerter/Dreher 1998).

Der Entwicklungsstand zieht divergierende Reaktionen der Umwelt nach sich. Akzelerierte Jugendliche werden eher als Erwachsene behandelt.

Ebenso wirkt sich der Entwicklungsstand auch unterschiedlich auf das Geschlecht aus. Während frühreife männliche Jugendliche gegenüber ihren Altersgenossen manche Vorteile haben, erleben Mädchen Frühreife oft als Nachteil.

Insgesamt sind diese Jugendlichen jedoch einem größeren Risiko für Devianz und Drogenkonsum ausgesetzt, da sie infolge ihres Körperstatus leichter Zugang zu älteren Peers finden (Oerter/Dreher 1998).

Veränderungen im endokrinen System

Die biologischen Veränderungen der Pubertät werden zum größten Teil durch das endokrine System erzeugt.

Der Regelkreis funktioniert folgendermaßen:

Der Hypothalamus, gelegen an der Basis des Zwischenhirns, bildet Auslöserhormone, die Gonadotropin-Releasing-Hormone. Das sind zum einen follikelstimulierende Releasinghormone (FSH-RH) und zum anderen luteinisierend-stimulierende Releasinghormone (LH-RH).

Diese Hormone aktivieren die Hypophyse, welche unterhalb des Frontalhirns in Höhe des Nasenbeines liegt. Die Hypophyse erzeugt daraufhin die Gonadotropin-Hormone FSH und LH.

Diese Hormone wirken wiederum auf die Keimdrüsen (Ovarien, Hoden) und regen die Produktion von Östrogenen bei Mädchen und von Androgenen bei Jungen an.

Die jeweils produzierte Menge wird dem Hypothalamus „gemeldet“, der daraufhin die Produktion von FSH-RH und LH-RH einstellt oder vergrößert.

Dieser Regelkreis arbeitet bereits vor der Pubertät. In der Kindheit sendet der Hypothalamus schon bei geringen Hormonmengen „Stopsignale“ aus. In der Pubertät ist der Hypothalamus weniger empfindlich für Hormonstöße und reagiert erst auf größere Hormonmengen (Fend 2000).

Neben diesem primären Regelkreis existieren sekundäre Regelkreise, die auch über Hormone gesteuert werden. Hier sind die Schilddrüse und die Nebenniere zu nennen. Diese regulieren das Größen- und Skelettwachstum sowie das Antriebs- und Affektsystem, haben also Einfluß auf die Stimmung und das Antriebsverhalten.

Auslösung der Pubertät – Erklärungsansätze

Lange wurde in der Entwicklungspsychologie davon ausgegangen, dass die Auslösung der Pubertät ausschließlich nach einem endogen gesteuerten biologischen Plan erfolgt. Das erklärt jedoch nicht, warum in den letzten 200 Jahren die Pubertät bei beiden Geschlechtern immer früher eintrat. Hierfür gibt es verschiedene Hypothesen. Eine besteht in der Annahme, dass der Beginn der Pubertät durch einen Schwellenwert im Gewicht ausgelöst wird, dieser liegt zum Beginn bei 30 kg, beim Einsetzen der Menarche bei etwa 47 kg. Hier scheint weniger das Alter relevant als der Entwicklungsstand. Des Weiteren wurde beobachtet, daß bei sehr schlanken und sportlich sehr aktiven Mädchen die Menarche später einsetzt und dann oftmals in Trainingspausen (Fend 2000).

Somit könnten Ernährungs- Bewegungs- und Gewichsfaktoren von Bedeutung sein. So war eine frühe Arbeitsaufnahme um das 14. Lebensjahr vor 100 Jahren für einen großen Teil der Bevölkerung selbstverständlich. Ebenso war die Ernährung in der damaligen Zeit eine andere.

Aber auch psychosoziale Einflüsse werden für die Auslösung der Pubertät verantwortlich gemacht.

So wurde beobachtet, dass Kumulationen von kritischen Lebensereignissen zu einer Vorverlegung des Pubertätsbeginns bei Mädchen um etwa 3 Monate führen. Hier sind vor allem Scheidung der Eltern, Tod nahestehender Personen, häufige Umzüge und Arbeitslosigkeit der Eltern zu nennen. Auch bei Töchtern alleinerziehender Mütter wurde ein früheres Einsetzen der Pubertät beobachtet (Fend 2000).

Bei der Erklärung dieses Phänomens wird davon ausgegangen, daß hier Stresserfahrungen und die daran beteiligten Hormonregulationen verantwortlich sind, jedoch ist das Zusammenspiel von biologischen, kontextuellen und biografischen Prozessen bei der Auslösung der Pubertät nicht völlig geklärt.

Kognitive Entwicklung

In der Adoleszenz vollziehen sich nicht nur physiologische Veränderungen, bedeutsam ist auch die Entwicklung kognitiver Funktionen. Vor allem Veränderungen im Denken schaffen neue Voraussetzungen für das Lernen und die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben.

Klassische Modelle der Intelligenzentwicklung gehen von einem kontinuierlichen Wachstum der intellektuellen Leistungsfähigkeit bis zum Ende der Jugendzeit aus. Intellektuelle Fortschritte hängen ab vom kulturellen Wissen und der Fertigkeitsschulung, d. h. die Steigerung der intellektuellen Leistungsfähigkeit ist eng mit dem Erwerb inhaltlichen Wissens verbunden. In Phasen des Wachstums und der Reifung sind auch die Chancen und Möglichkeiten für Förderung am größten (Fend 2000).

Kognitive Fortschritte sind bei Jugendlichen gegenüber Kindern an folgenden Merkmalen zu finden:

- Fähigkeit zu abstrakterem Denken, die Loslösung von konkreten Beispielen wird möglich
- Fähigkeit zu mehrdimensionalem Denken, nicht mehr nur Fixierung auf ein Merkmal eines Objektes
- Fähigkeit zu relativem Denken
- Fähigkeit zur Selbstreflexion, Jugendliche wissen mehr über sich selbst und über ihre Art zu denken, kritisch-reflexives Denken
- Verbesserte Informationsverarbeitung durch Automatisierung von bestimmten Inhalten, durch Erfahrung verbesserte Strategien
- Fähigkeit in Möglichkeiten zu denken (Zukunftsträume), zu hypothetischem Denken und zur Perspektivenübernahme

Es handelt sich hier neben der quantitativen Entwicklung um eine qualitative Vervollkommnung des Denkens bei Jugendlichen.

Geschlechtsunterschiede, die immer wieder vermutet und diskutiert werden, z. B. größere Fähigkeit zum räumlichen Denken bei Jungen oder größere sprachliche

Fähigkeiten bei Mädchen, können nicht auf unterschiedliche Gehirnveränderungen zurückgeführt werden und erhalten auch empirisch keine Unterstützung (Fend 2000).

2.2.2 Individuelle Ziele und Werte - Entwicklung der Identität

Identität ist zunächst einmal die einzigartige Kombination von persönlichen Daten wie Name, Alter, Geschlecht und Beruf, die das Individuum kennzeichnen und unverwechselbar machen (Oerter/Dreher 1998).

Aus psychologischer Sicht ist Identität die einzigartige Persönlichkeitsstruktur in Zusammenhang mit dem Bild, das andere von dieser Persönlichkeit haben.

Anstelle von „Identität“ wird von vielen Autoren auch der Begriff des „Selbst“ verwendet. Beide Begriffe gelten inhaltlich größtenteils als deckungsgleich.

In allen Identitätsbeschreibungen lassen sich zwei Grundbemühungen des Individuums erkennen, nämlich (1) die Bemühung, sich selbst zu erkennen und (2) das Bestreben, sich zu gestalten und zu formen, an sich zu arbeiten.

Damit sind Selbsterkenntnis und Selbstgestaltung die entscheidenden Prozesse, die die Identitätsentwicklung vorantreiben (Oerter/Dreher 1998).

Diesen Prozess zu bewältigen wird erstmals im Jugendalter zu einer „Entwicklungsaufgabe“, die dann für den gesamten weiteren Lebenslauf bestehen bleibt. Während das Kind noch einen unreflektierten, realitäts- und autoritätsgebundenen Blick auf die Welt hat, wird die Jugendzeit zu einer Phase des Zweifels, der bewußten Reflexion und sich entwickelnder Autonomie. Vor dem inneren Auge entsteht eine „mögliche“ Welt, Vorstellungen und Ziele darüber, wie man selbst und die Welt sein könnten (Fend 2000).

Hier schließt sich die Verbindung zu den physiologischen Veränderungen in der Jugendzeit – nämlich der kognitiven Entwicklung, die durch Reifungsprozesse selbstreflexives Denken erst ermöglicht.

Jugendliche versuchen also, die eigene Biografie bewußt zu gestalten. Dabei reflektieren sie Vorgelebtes, entwickeln ein Bewußtsein für die eigene Besonderheit, betrachten und beurteilen sich selbst und versuchen ggf. sich zu ändern. So entwickelt sich ein „wahres“ authentisches Selbst, dem man sich verpflichtet fühlt und das man auch verteidigt. Das „Selbst“ wird damit zu einer moralischen Instanz.

Davon abzuweichen, was man für richtig und wichtig erachtet, kann Schuldgefühle und Existenzkrisen hervorrufen (Fend 2000).

Der Prozeß der Identitätsfindung ist ein langer Weg, der nicht immer geradlinig und störungsfrei verläuft. Jugendliche sind sich selbst oft fremd, mit sich im „Unreinen“, auf der „Suche“.

Um zur eigenen Identität zu finden oder um eine eigene Identität zu demonstrieren, wählen Jugendliche oft verschiedene Formen der Selbstdarstellung. Dies geschieht, um sich „abzugrenzen“, die eigene Besonderheit soll herausgestellt werden. Daher wählen Jugendliche oft ungewöhnliche Formen von Bekleidung, Frisuren, Piercings etc. und andere als „cool“ geltende Verhaltensweisen.

2.2.3 Kulturelle Normen - Identität im Kontext

Nach Oerter/Dreher (1998) können Menschen und deren Identität ohne ihre Beziehung zur Umwelt nicht ausreichend beschrieben werden. Identität ist also immer nur im Kontext zu betrachten. Kontext bedeutet hier den physikalischen und kulturellen Lebensraum.

Die Position des Menschen in seiner Umwelt ist durch ein vielfältiges Geflecht von sozialen Beziehungen gekennzeichnet, die in der Hauptsache in der Familie, im Freundeskreis und in der Schule verortet sind.

Diese drei Lebensregionen und ihre Bedeutung für die Entwicklung sollen im folgenden kurz beschrieben werden.

Familie

Die zentrale Instanz für die Sozialisation im Kindesalter ist die Familie. Sie behält lebenslang Einfluß, muß diesen im Jugendalter jedoch zunehmend mit Peergroup und Schule teilen (Oerter/Dreher 1998).

Kinder und Jugendliche benötigen zuverlässige, stabile und berechenbare Beziehungsstrukturen, die Anregung und Unterstützung für die persönliche Entwicklung gewähren.

Durch den tiefgreifenden Wandel im ökonomischen und soziokulturellen System der westlichen Industrieländer haben sich auch die sozialen Rahmenbedingungen für Familien verändert. Diese Tatsache allein ist jedoch nicht für positive oder negative Entwicklungsverläufe verantwortlich. Entscheidend für eine positive Entwicklung sind insbesondere die Qualität der Beziehungen zwischen Eltern und Kind bzw. zwischen den Partnern. Des weiteren bestimmt die soziale und mate-

rielle Position der Familie die Qualität und den Umfang von Lern- und Sozialerfahrungen von Kindern und Jugendlichen (Hurrelmann 1997).

Eine wichtige Entwicklungsaufgabe zur Identitätsbildung und zur Vorbereitung auf das Erwachsenenendasein ist die Loslösung vom Elternhaus.

Hurrelmann (1997) unterscheidet den Ablösungsprozess auf verschiedenen Ebenen:

- psychische Ebene, Gefühle und Handlungen orientieren sich nicht mehr vorrangig an den Eltern, sondern auch an anderen Bezugspersonen
- kulturelle Ebene, es entwickelt sich ein persönlicher Lebensstil, der sich von dem der Eltern unterscheiden kann
- räumliche Ebene, bei Auszug aus dem Elternhaus
- materielle Ebene, bei finanzieller und wirtschaftlicher Unabhängigkeit

Der Ablösungsprozess findet zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt, wobei die einzelnen Ebenen meistens nacheinander durchschritten werden. Die psychologische Ablösung beginnt teilweise schon um das 12. bis 13. Lebensjahr.

Das Bestreben nach größerer Unabhängigkeit zeigt sich dann z. B. durch Mißachtung elterlicher Standards, Höherbewertung der Meinung der Freunde, sozialem Aktivismus und veränderter Religiosität. Diese Phase des Umbruchs ist auch mit Gefahren verbunden, wie etwa verfrühter Sexualität, Drogenkonsum und Verminderung der Schulleistung. Allerdings zeigt sich auch hier, daß die Qualität der Bindungsbeziehungen einen Puffer für Streß und Angst darstellen (Oerter/Dreher 1998).

Peergroup

Die Beziehung zu Gleichaltrigen hat in der Jugendphase eine wichtige sozialisatorische Funktion. In dem Maße, wie sich Jugendliche psychisch und sozial von den Eltern ablösen, finden sie in der Peergroup neue Bezugspersonen mit gleich- oder andersgeschlechtlichen Gleichaltrigen (Hurrelmann1997).

In der Gruppe werden Gleichheit, Souveränität, Toleranz und die Möglichkeit der Verwirklichung persönlicher Ziele vermittelt, insbesondere wenn diese den Zielen anderer Bezugspartner, v.a. der Eltern entgegenstehen. In der Peergroup wird Autonomie erleichtert, ohne daß andere Sozialbeziehungen aufgegeben werden müssen (Oerter/Dreher 1998). Der Einfluß der Gleichaltrigen kann aber auch zu erheblichen Spannungen im Elternhaus führen, z. B. wenn die Schulleistungen

durch intensive Peerkontakte leiden. Von beiden Kontaktbereichen gehen unterschiedliche Einflüsse aus, die sich bei der Mehrheit der Jugendlichen eher ergänzen als entgegenstehen. Eltern haben größeren Einfluß bei der Norm- und Wertorientierung („Karriereberater“) während Gleichaltrige mehr als alltägliche Verhaltensvorbilder in der Freizeit fungieren („Freizeitpartner“).

Eine starke und vorbehaltlose Hinwendung zur „Clique“ wird durch ungünstige Verhältnisse im Elternhaus, z. B. häufige Konflikte gefördert. Jugendliche sind dann auch deviantem Verhalten gegenüber empfänglicher (Hurrelmann 1997).

Die Peergroup hat auch die Funktion, Freundschaften zu ermöglichen. Gleichgeschlechtliche Freundschaften dienen als Medium der Selbstoffenbarung, sie vermitteln Verständnis, Vertrauen und stabilisieren die Identität. Daher gelten Freundschaften als nahezu unentbehrlich für eine gesunde Entwicklung im Jugendalter. Nicht zuletzt hat die Intimität der Freundschaft eine Vorbereitungsfunktion für die Bildung von Partnerschaften (Oerter/Dreher 1998).

Schule

Schulen in Industriegesellschaften sollen auf eine selbständige ökonomische Existenzmöglichkeit vorbereiten (Fend 2000).

Sie spiegeln den Charakter der Gesellschaft als Leistungsgesellschaft wieder. Sie machen Kinder und Jugendliche mit der Wettbewerbsgesellschaft vertraut, wo fast nur die eigene Leistung über die spätere Positionierung im sozialen Gefüge entscheidet. Auch Schulen sind Sozialisationsinstanzen mit den Funktionen Wissensvermittlung, intellektueller und sozialer Kompetenzbildung. Zusätzlich haben sie eine Auslesefunktion, deren einziges Kriterium die oben bereits genannten individuellen Leistungen der Schülerinnen und Schüler sind (Hurrelmann 1997).

Schule greift wie kaum eine andere Instanz in die Gestaltung der Jugendphase ein und hat einen erheblichen Einfluß auf die biografische Entwicklung. In der Schule wird ein hohes Maß sozialer Anpassung und Flexibilität verlangt. Das geht einher mit gleichzeitiger Disziplinierung und Zurückstellung eigener Bedürfnisse, um Unterrichtsinhalte angemessen aufnehmen zu können. Zusätzlich müssen soziale Beziehungen zu Lehrern und Mitschülern gestaltet werden.

Schulversagen zieht geminderte berufliche Perspektiven nach sich und beeinflusst das schulische Selbstkonzept negativ, nämlich den Glauben an die Fähigkeit, Leistungen erbringen zu können (Oerter/Dreher 1998). Das birgt die Gefahr des

Ausweichens auf außerschulische Anerkennungsfelder wie Ausübung von Gewalt oder Drogenkonsum.

Auch hier spielt die soziale Herkunft eine Rolle. Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und aus Arbeiterfamilien befinden sich überdurchschnittlich häufig in Hauptschulen. Schulversagen stellt hier eine besondere Bedrohung dar, da sich Hauptschüler ohnehin am unteren Rand möglicher Bildungsabschlüsse befinden (Oerter/Dreher 1998).

Durch gestiegene Arbeitslosenzahlen insbesondere in der Jugendarbeitslosigkeit wird hier, aber auch in Schulen mit höheren Bildungszielen, verstärkt Druck erzeugt.

2.2.4 Entwicklungsaufgaben

Entwicklung kann auch als Lernprozess, der sich über die gesamte Lebensspanne erstreckt, aufgefasst werden.

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben hat als erster Robert J. Havighurst in Zusammenarbeit mit Kollegen in den 30/40er Jahren erarbeitet. Nach Havighurst (1972) ist jeder Altersbereich innerhalb der Lebensspanne durch spezifische Aufgaben gekennzeichnet.

In der Auseinandersetzung mit diesen Aufgaben konstituiert und entwickelt sich die Persönlichkeit. Sie hat dabei eine aktive Rolle und bildet sich nicht passiv durch die Übernahme von Erfahrungen und Interpretationen anderer, sondern durch die tägliche Auseinandersetzung im sozialen Gefüge, z. B. mit Eltern, Gleichaltrigen und Lehrern (Fend 2000).

Dreher und Dreher (1985) haben, aufbauend auf den Erkenntnissen von Havighurst, folgende Entwicklungsaufgaben formuliert:

- Aufbau eines Freundeskreises: zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts werden neue, tiefere Beziehungen hergestellt
- Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung: Veränderungen des Körpers und des eigenen Aussehens müssen angenommen werden
- Sich das Verhalten aneignen, welches in unserer Gesellschaft von einem Mann bzw. von einer Frau erwartet wird
- Aufnahme intimer Beziehungen zum Partner (Freund/Freundin)
- Sich vom Elternhaus loslösen unabhängig werden
- Wissen, was man werden will und was man dafür können (lernen) muss

- Vorstellungen zum Ehepartner und zur zukünftigen Familie entwickeln
- Über sich selbst im Bild sein: Wissen, wer man ist und was man will
- Entwicklung einer eigenen Weltanschauung: welche Werte sind wichtig und werden als Richtschnur für eigenes Verhalten akzeptiert
- Entwicklung einer Zukunftsperspektive: Sein Leben planen und Ziele ansteuern, von denen man glaubt, dass man sie erreichen kann

2.3 Gesundheit

In der Medizin und in den Gesundheitswissenschaften hat sich in den letzten Jahrzehnten ein entscheidender Wandel vollzogen: von der rein biomedizinischen Sicht von Gesundheit hin zu einer ganzheitlichen Sichtweise.

Entsprechend der Definition der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) bedeutet Gesundheit „den Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946).

Gesundheit bemißt sich also nicht nur am körperlichen Wohlbefinden oder an klinischen Daten, sondern umfaßt körperliche, seelisch-geistige und soziale Anteile, die sich wechselseitig beeinflussen, gleichermaßen.

Dabei ist Gesundheit kein einmal vorhandener oder erreichter immerwährender Zustand, es handelt sich vielmehr um eine immer wieder herzustellende Balance zwischen individuellen Bedürfnissen und äußeren Anforderungen (Franzkowiak 1999).

Gesundheit kann daher nicht jederzeit optimal und umfassend sein, sondern findet über die gesamte Lebensspanne statt innerhalb eines Kontinuums, dessen Pole jeweils vollkommene Gesundheit bzw. schwerste Krankheit/Tod sind.

Insofern können Aspekte aus unterschiedlichen Lebensbereichen, wie individuelle (z. B. Alter, Geschlecht, Bildung), soziale (z. B. soziales Netzwerk, Anerkennung) und Umweltaspekte (natürliche Bedingungen, Wohnumwelt) sowohl ein gesundheitliches Potential wie auch Risiko darstellen.

2.2.1 Gesundheitsstatus Jugendlicher

Das Kindes- und Jugendalter gilt im allgemeinen als relativ krankheitsfrei. Seit den 70er Jahren ist jedoch eine Verschiebung des Krankheitsspektrums zu beobachten. Dies äußert sich in einer kontinuierlichen Abnahme von lebensbedrohlichen

Infektionskrankheiten (mit Ausnahme von AIDS) durch verbesserte Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Chronisch-degenerative Erkrankungen nehmen zu, sind jedoch vergleichsweise selten. Dennoch zählen Krebserkrankungen nach Unfalltod und Suizid zu den dritthäufigsten Todesursachen im Jugendalter. (Seiffge-Krenke 1994; Ravens-Sieberer et al. 2003) Eine Zunahme ist bei allergischen Erkrankungen zu verzeichnen. Allergien werden als Erkrankungen im Grenzbereich von chronischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen verortet.

Etwa 12 – 15 % der Jugendlichen leiden an psychischen Auffälligkeiten, mit zunehmender Tendenz. Hierzu zählen emotionale Störungen, Verhaltensstörungen, Lernstörungen und Psychosen (Hurrelmann 1994).

Suchtkrankheiten nehmen hier eine Sonderstellung ein, da ihnen unmittelbar gesundheitsriskante Verhaltensweisen zugrunde liegen. Dazu zählen in erster Linie Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum bzw. –mißbrauch. In allen westlichen Industrieländern wird seit dem 2. Weltkrieg die Zunahme von Depressionen, Suizidalität und Anorexia nervosa verzeichnet (Seiffge-Krenke 1994).

2.3.2 Psychosoziale, „subjektive“ Gesundheit

Während also Jugendliche körperlich relativ gesund sind, gilt gleiches nicht für die seelische Verfassung. Gesundheit ist in jeder Lebensphase und somit auch in der Jugend vor allem ein Zustand subjektiven Erlebens (Ravens-Sieberer et al. 2003). Physiologische Beurteilung und psychologische Wahrnehmung decken sich häufig nicht oder nur teilweise. Daher kommt der Erfassung der subjektiven Gesundheit eine erhebliche Bedeutung zu. Stress, psychische Auffälligkeiten und psychosomatische Erkrankungen wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Magen-Darm-Beschwerden sind vergleichsweise stark verbreitet (Seiffge-Krenke 1994) oder nehmen sogar zu (Ravens-Sieberer et al. 2003; Hurrelmann 1994).

Wie aus der WHO-Definition von Gesundheit (s. 2.3) hervorgeht, ist Gesundheit bzw. Krankheit auch ein psychosoziales Phänomen. Krankheiten sind in der Regel nicht durch eine einzelne Ursache bedingt, sondern beruhen auf einem komplexen Interaktionsprozess von psychischen, physischen und sozialen Faktoren. Für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Belastungsfaktoren und dem Entstehen von körperlichen Erkrankungen kann das Streßkonzept von Selye (1974) herangezogen werden. Demnach reagiert der Organismus auf interne oder externe Reize (Stressoren), die als bedrohlich empfunden werden, mit einer unspezifischen

Anpassungsreaktion in Form einer allgemeinen physiologischen Aktivierung. Hier wird unterschieden zwischen normativen und non-normativen Stressoren. Zu den normativen Stressoren zählen z.B. die für diese Altersgruppe typischen Entwicklungsaufgaben, deren Bewältigungsversuche sowie die sogenannten „daily hassles“. Zu den non-normativen Stressoren werden vor allem kritische Lebensereignisse wie Scheidung der Eltern, Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes, Schulwechsel, Arbeitslosigkeit oder psychische Krankheit der Eltern gezählt. Hält die Stressreaktion unangemessen lange an oder werden Stressoren nicht beseitigt, können pathologische Reaktionen an Organen und Gewebe die Folge sein.

Einige Autoren, z. B. Hurrelmann (1997), machen zudem auf sich verändernde Gesundheitsrisiken aufmerksam, zu denen Stress durch schulischen Leistungsdruck, unkalkulierbare Berufspläne, insgesamt veränderte Familienstrukturen und ökologische Gefährdungen gerechnet werden.

Eine wichtige Rolle im Stressgeschehen spielen personale und soziale Ressourcen. Ressourcen werden zum Großteil in der Kindheit entwickelt, maßgeblich beeinflusst durch den Erziehungsstil der Eltern (Krohne/Hock 1994).

Zu den personalen Ressourcen zählen positive Erwartungshaltungen, ein positives Selbstkonzept und internale Kontrollüberzeugungen, zu den sozialen Ressourcen sind vor allem soziale Unterstützung und soziale Integration zu nennen. Nach Lazarus und Folkman (1987) nehmen Personen mit ausgeprägten Ressourcen ein geringeres Ausmaß an Belastung wahr. Möglicherweise könnte daher auch ein Defizit an Ressourcen für die Zunahme von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen verantwortlich gemacht werden.

2.3 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken im Jugendalter – Hypothesengenerierung

Wie bereits beschrieben haben Jugendliche eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Neben der Veränderung des Körpers, der Denkweise und der Gefühlslagen soll sich die Identität entwickeln, müssen soziale und kulturelle Anpassungsleistungen erbracht bzw. vollzogen werden.

All dies soll geschehen in einer sich selbst ständig wandelnden Welt.

In den modernen Industrienationen verändern sich für Entwicklung und Sozialisation des Individuums wichtige Werte: Familienstrukturen ändern sich, Beziehungen

zwischen den Generationen sind eingeschränkter, eheliche Beziehungen zunehmend instabil, symbolische Werte und Traditionen verlieren an Bedeutung, berufliche Ziele können aufgrund steigender Arbeitslosenzahlen nur noch eingeschränkt verfolgt werden.

Trotzdem verläuft die Adoleszenz bei den meisten Jugendlichen ohne gravierende psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten (Seiffge-Krenke 1994).

Mit dem Übergang von der Kindheit in das Jugendalter verändern sich auch die üblichen Störungsbilder. Die in der Kindheit typischen psychosozialen Auffälligkeiten wie Enuresis, Hyperaktivität und bestimmte aggressive Verhaltensweisen treten zunehmend seltener auf. Dafür häufen sich alle Arten von Substanzkonsum (Alkohol, Tabak, Drogen), weiterhin depressive Symptome, Suizide bzw. Suizidversuche und verschiedene Ernährungsstörungen (Seiffge-Krenke 1994).

Weitere Bereiche riskanten Verhaltens sind unzureichende Körperhygiene, sexuell riskantes Verhalten, Gewaltbereitschaft, riskantes Verkehrsverhalten, bestimmte Formen von Musikkonsum und u. U. Extremsport, diese werden innerhalb dieser Arbeit jedoch nicht berücksichtigt.

Jungen wählen eher externalisierende Verhaltensweisen wie Alkohol- und Drogenkonsum, riskantes Verkehrsverhalten und Gewalt, während Mädchen eher internalisierende Varianten wie Ängste, Depressivität und gestörtes Essverhalten entwickeln (Raithel 2001; Seiffge-Krenke 1994).

Generell gilt für alle europäischen Länder: bis zur Pubertät geben Jungen mehr gesundheitliche Probleme an, im Jugendalter kehrt sich dieser Trend dann um (Helfferich 2001). Die häufigsten Gesundheitsprobleme heranwachsender Jungen sind Verletzungen durch Unfälle, Mädchen klagen, wie eben beschrieben, eher über psychosomatische und emotionale Störungen. Jedoch zeigt sich, dass die Differenzierung nach Geschlecht allein nicht ausreicht und weitere Faktoren eine Rolle spielen. Hier sind insbesondere die soziale Herkunft, die Bildung und die ethnische Zugehörigkeit zu nennen. (Letztgenannte wird hier nicht weiter beschrieben)

Soziale Ungleichheit in Deutschland: (Mielck 2000) Zu unterscheiden ist hier die horizontale von der vertikalen sozialen Ungleichheit. Mit der horizontalen sozialen Ungleichheit werden Unterschiede bezüglich des Geschlechts, des Familienstandes und der Nationalität beschrieben. Unter dem hier vor allem interessierenden Begriff der „vertikalen sozialen Ungleichheit“ werden Unterschiede bezüglich der

Bildung, des beruflichen Status und des Einkommens beschrieben. Wie Mielck (2000) nachweisen konnte, sind sozial unterprivilegierte Schichten häufiger von Krankheiten betroffen als sozial besser gestellte Schichten. Als Ursache sind hier vor allem ungleiche Lebensbedingungen und Unterschiede in der Bildung zu nennen, aber auch eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wie zum Beispiel Zahnersatz und Vorsorgeuntersuchungen.

Nach Helfferich (2001) finden sich Hinweise in Deutschland, dass ausgeprägte riskante Verhaltensweisen bei männlichen Gymnasiasten zurückgegangen sind, während es bei Jungen aus unterprivilegierten Gruppen an Bedeutung gewonnen hat. Zwischen den Verhaltensweisen männlicher und weiblicher Gymnasiasten lassen sich kaum Differenzen mehr finden, während an Hauptschulen die Verhaltensmuster von Mädchen und Jungen auseinander driften.

In Deutschland sind bisher nur wenige Untersuchungen zur psychosozialen Gesundheit unter Berücksichtigung des Schultyps durchgeführt worden.

Es ist jedoch bekannt, dass zumindest in Deutschland sich Rückschlüsse vom besuchten Schultyp auf den sozialen Status der Familie ziehen lassen. Nach Klocke/Becker (2003) und Hurrelmann (1994) besuchen Kinder aus unterprivilegierten Schichten sehr häufig auch Schulen mit niedrigeren Bildungszielen, während Kinder, deren Eltern Akademiker, höhere Beamte oder Angestellte sind, zumeist an weiterführenden Schulen zu finden sind. Nach Mielck (2000) erlauben die drei Schultypen Hauptschule, Realschule und Gymnasium eine klare sozioökonomische Rangordnung.

2.4.1 Substanzkonsum

In der Adoleszenz machen Jugendliche häufig erste eigene Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Tabak und auch Drogen. Hier wird unterschieden in illegale Drogen wie Cannabis (Haschisch, Marihuana), Halluzinogene (LSD, Ecstasy), Opiate (Heroin, Kokain), weiterhin Substanzen (Stimulantien, Barbiturate), wenn sie ohne medizinische Indikation genommen werden (Silbereisen 1998).

Mit Ausnahme der illegalen Drogen stellt der Konsum dieser Substanzen bei Erwachsenen in unserer Gesellschaft eine gemeinhin akzeptierte Verhaltensweise dar (Seiffge-Krenke 1994). Die Abgrenzung zwischen Gebrauch und Mißbrauch ist für Jugendliche sehr schwierig, da sie den verantwortungsvollen Umgang mit die-

sen Substanzen erst erlernen müssen (Silbereisen/Reese 2001). Insofern kann Risikoverhalten in Form von Substanzkonsum auch als eigenständige Entwicklungsaufgabe verstanden werden. Hierbei geht es um Wissen zu Wirkungsweise und Folgen des Konsums sowie um bewussten Verzicht auf bestimmte Substanzen (z. B. harter Drogen), wie auch um den Verzicht in bestimmten Situationen (z. B. im Straßenverkehr, in der Schwangerschaft). Problematisch ist Substanzkonsum vor allem, wenn er sehr früh und exzessiv einsetzt und zusammen mit anderen problematischen Verhaltensweisen auftritt.

Kommt es aufgrund von Substanzkonsum zu Schulproblemen, Konflikten mit der Polizei, Verkehrsunfällen oder Gewalttätigkeit, kann nicht mehr von einem akzeptablen Gebrauch gesprochen werden.

Neben den langfristigen Folgen (Abhängigkeit) ist dann auch kurzfristig mit gravierenden gesundheitlichen Schäden zu rechnen, wie schweren Entwicklungsstörungen und organischen Schäden (Richter/Settertobulte 2003).

Kurzfristiger Mißbrauch mag aber auch zu einem kompetenten Umgang führen, z. B. wenn die negativen Folgen eines Alkoholrausches durchlebt werden müssen. Weiterhin dient Substanzkonsum im Jugendalter der Bewältigung alltäglicher Lebensprobleme und kann direkt mit der Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben in Verbindung gebracht werden (Silbereisen/Reese 2001). Jedoch droht auch hier Mißbrauch, nämlich dann, wenn die Substanz zur Lösung oder Vermeidung von Konflikten dienen soll (Seiffge-Krenke 1994).

Für Beginn und Aufrechterhaltung von Substanzkonsum kommt auch den sozialen Beziehungen eine bedeutende Rolle zu. So sind Jugendliche, in deren Peergroups Substanzkonsum toleriert wird bzw. stattfindet, selbst auch häufiger Konsumenten. Jugendliche ohne Drogenerfahrungen haben häufig auch keine Konsumenten im Freundeskreis (Seiffge-Krenke 1994). Auch dem elterlichen Erziehungsverhalten kommt eine spezifische Bedeutung für die Identitätsentwicklung und für den Drogenkonsum zu. Insbesondere ein geringes Interesse der Eltern an den Problemen ihrer Kinder, wie auch ein stark kontrollierender und restriktiver Erziehungsstil begünstigen den Mißbrauch. Der Einfluss der Eltern wird jedoch zunehmend eingeschränkt, da sich weitgehende Bereiche jugendlicher Erfahrungen dem elterlichen Einfluss entziehen (Seiffge-Krenke 1994).

Risikoverhalten, zumindest zeitweise, ist also nicht in jedem Fall als negativ zu bewerten. Kurzfristiger Konsum zeigt die Auseinandersetzung mit Entwicklungs-

aufgaben an und muss nicht zwangsläufig zu Abhängigkeit und Krankheit führen. Demgegenüber können auch angepasste Jugendliche ohne Risikoverhalten später Abhängigkeiten oder andere Störungsbilder entwickeln, eben dann, wenn Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt werden (Seiffge-Krenke 1994)

Alkohol

Alkohol ist in fast allen Ländern der Welt das Suchtmittel Nr. 1. Weltweit gesehen ist das Ausmaß des Konsums in Europa am höchsten (Richter/Settertobulte 2003).

Der Grundstein für einen gesundheitsgefährdenden Umgang mit Alkohol wird im Kindes- und Jugendalter gelegt, insbesondere durch den Umgang in der Familie und dem weiteren sozialen Umfeld. Aufgrund der gesundheitlichen Schäden die vom Alkohol ausgehen, ist Alkoholkonsum im Jugendalter ein zentrales Problem für die Gesundheit der Gesellschaft.

In der weltweiten HBSC-Studie (Health Behavior in School-aged Children¹) für Deutschland (Hurrelmann et al. 2003) finden sich bezüglich Alkoholkonsum im Jugendalter folgende Ergebnisse:

Insgesamt ist der Alkoholkonsum bei Jugendlichen seit den 70er Jahren zurückgegangen. Nach wie vor sind große Geschlechtsunterschiede erkennbar. Demnach trinken Jungen 2,5 mal häufiger regelmäßig als Mädchen. Mädchen geben häufiger gelegentlichen Konsum an. Weiterhin waren etwas mehr Mädchen (57 %) als Jungen (53 %) in der letzten Zeit abstinent. Etwa $\frac{1}{3}$ beider Geschlechter trinkt gelegentlich Alkohol. Seit Beginn der 90er Jahre kann wieder von einem Anstieg des Konsums gesprochen werden; im Jahre 2002 gilt dies vor allem für 15jährige Jungen. Aber auch bei 13jährigen Mädchen wird, wie auch in den 90er Jahren ein Anstieg vermeldet, so dass von einer Angleichung der Raten gesprochen werden kann.

Die ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs²) liefert für Deutschland (Kraus et al. 2004) folgende Ergebnisse: Bezogen auf die letzten 12 Monate waren etwas mehr Jungen als Mädchen insgesamt abstinent. Auch

¹ HBSC- Studie: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO mit dem Ziel eines erweiterten Verständnisses gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen Jugendlicher; Zielgruppe: 11, 13- und 15jährige Jugendliche

² ESPAD: europäische Schülerbefragung, untersucht Umfang, Einstellungen und Risiken von Alkohol- und Drogenkonsum; befragt werden Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Klassen

hier zeigte sich, dass Jungen häufiger regelmäßig trinken und auch der Trend zur Angleichung der Geschlechter wurde hier gefunden.

Für den allgemeinen Anstieg des Konsums unter den 13- und 15jährigen gibt es wahrscheinlich zwei Gründe: Ein früheres Einstiegsalter und ein verändertes Angebot alkoholischer Getränke (Alcopops)

Sozioökonomische Unterschiede

In der HBSC-Studie (Richter/Settertobulte 2003) lässt sich nur für Jungen ein signifikanter Effekt des Wohlstandsindikators nachweisen. Dieser zeigt interessanterweise an, dass Jungen aus dem niedrigsten Wohlstandsquintil ein signifikant niedrigeres Risiko haben, regelmäßig Alkohol zu trinken.

Hinsichtlich der Rauscherfahrungen galt ebenfalls, dass Jungen und Mädchen aus dem niedrigsten Wohlstandsquintil die signifikant niedrigste Odds ratio aufwiesen.

Ähnliches liefert auch die ESPAD: Hier wurde zum einen festgestellt, dass Schüler aus Hauptschulen die höchste Abstinenzquote für den entsprechenden Zeitraum aufwiesen. Jedoch zeigt sich hier, dass Hauptschüler, wenn sie zu den Konsumenten zählen, regelmäßiger trinken und größere Mengen zu sich nehmen.

Für den Bereich des Alkoholkonsums lassen sich für die Ludwigsluster Studie folgende Hypothesen ableiten:

1. Wenn der Teilnehmer männlich ist, dann trinkt er häufiger regelmäßig Alkohol.
2. Je höher der angestrebte Schulabschluss, um so häufiger ist der Konsum von Alkohol.

Tabak

Der regelmäßige Konsum von Tabak ist eine der wichtigsten vermeidbaren Krankheitsursachen (Richter/Settertobulte 2003). Das Jugendalter stellt für den Beginn des Rauchens einen der risikoreichsten Zeiträume im Lebenslauf dar, weil hier der Grundstein für Abhängigkeit gelegt wird. Der überwiegende Teil der erwachsenen Raucher hat mit dem Konsum in der Jugend begonnen. Langfristige Gesundheitsrisiken sind Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zu den kurzfristigen Risiken zählen eine Einschränkung der Lungenfunktion und der körperlichen Fitness, sowie vermehrt chronischer Husten. Rauchen wird als Einstiegsporte für andere Konsumformen gesehen.

HBSC- Studie: 47 % der Jungen und 46 % der Mädchen haben Erfahrungen mit Tabakkonsum. Hier ist kein Effekt des Geschlechts nachweisbar. Die Lebens-

zeitprävalenz des Tabakkonsums steigt mit dem Alter drastisch an. In der 5. Klasse rauchten bereits 23 % der Jungen und 14 % der Mädchen (insgesamt 18,5 %), in der 9. Klasse haben über 70 % der Schülerinnen und Schüler Erfahrungen mit Tabakkonsum gemacht. Dabei steigt die Kurve der rauchenden Mädchen steiler als die der Jungen.

Befragt nach dem aktuellen Konsum gaben 72 % der 12 -15jährigen an, nicht zu rauchen. In den 5. Klassen überwiegt noch der Anteil gelegentlicher Raucher – 3,3 % der Jungen und 1,1 % der Mädchen.

In der 7. Klasse rauchen bereits 13,6 % der Jungen und 14,6 % der Mädchen regelmäßig. In der 9. Klasse rauchen etwa $\frac{1}{3}$ aller Schülerinnen und Schüler regelmäßig, d.h. mindestens einmal wöchentlich (Richter/Settertobulte 2003).

ESPAD: die Ergebnisse sind hier sehr ähnlich. 78 % der Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Klasse haben schon mindestens einmal im Leben geraucht. Jedoch gaben hier etwa 48 % der weiblichen und 45 % der männlichen Schüler, also jeweils fast die Hälfte an, aktuell Tabak zu konsumieren. Hinsichtlich des Schultyps ergab sich, dass die höchsten Prävalenzraten hinsichtlich der Lebenszeiterfahrung (84 %) und aktuellem Konsum (57 %) bei Schülern der Hauptschule zu finden ist, bei Gymnasiasten dagegen die niedrigsten Raten (71 % bzw. 37 %) ermittelt wurden.

In der HBSC- Studie (Richter/Settertobulte 2003) ließ sich die Wirkung sozialer Gradienten nicht nachweisen.

Hypothesen für den Bereich des Tabakkonsums werden hier nicht erstellt, da dieser in der Ludwigsluster Studie nicht explizit erhoben wurde. Angaben, die hierzu gemacht wurden, fließen in die Fragen nach „Drogenkonsum“ ein.

Drogenkonsum

In den letzten 40 Jahren hat sich das Angebot psychoaktiver Substanzen erheblich erweitert, zum Teil durch Stoffe, die ursprünglich als Arzneimittel entwickelt worden sind (Richter/Settertobulte 2003). Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. Die Diskussionen um die Gefährlichkeit und die drogenpolitische Bewertung werden sehr kontrovers geführt.

In der HBSC-Studie wurde nach dem bisherigen Cannabis-Konsum gefragt. Im Gegensatz zu dem Konsum legaler Drogen zeigte sich, dass die Mehrzahl der befragten Jugendlichen hier noch keine Erfahrungen gemacht hat. 23,9 % der Ju-

gendlichen haben mindestens einmal konsumiert. Jungen konsumieren hier häufiger als Mädchen (27,8 % vs. 20,2 %) Der Mißbrauch von Medikamenten folgt an 2. Stelle. Einmaligen Konsum gaben 3,5 % der Jungen und 3,9 % der Mädchen an. Für Amphetamine/Speed ergab sich 2,5 % vs. 2,9 %, für Ecstasy 2,4 % vs. 2,5 %. Bezüglich des Geschlechts findet sich hier kein signifikanter Unterschied. Sozioökonomische Unterschiede zeigten sich in der HBSC-Studie nicht.

ESPAD: 33 % der Schülerinnen und Schüler gaben an, jemals in ihrem Leben irgendeine illegale Droge probiert zu haben. Auch hier ist Cannabis mit 31 % die am häufigsten konsumierte Substanz. Andere illegale Substanzen wurden von weniger als 5 % der Befragten probiert. Hier berichten mehr Jungen als Mädchen von mindestens einmaligem Cannabiskonsum im Leben (34 % vs. 27 %). Keine oder geringe Unterschiede zeigten sich in den Prävalenzen des Konsums anderer illegaler Substanzen. Auch hier scheint die Divergenz zwischen den Geschlechtern abzunehmen.

Die höchste Lebenszeitprävalenz für irgendeine illegale Substanz findet man an Gesamt- und Realschulen (jeweils 34 %). Hauptschüler und Gymnasiasten haben mit 32 % bzw. 31 % etwas weniger Erfahrung mit illegalen Drogen.

Unter Einbeziehung der Daten zum Tabakkonsum und unter Berücksichtigung der zum Teil doch unterschiedlichen Ergebnisse werden folgende Hypothesen generiert:

3. Wenn der Teilnehmer männlich ist, dann ist das Risiko Drogen zu konsumieren, höher.
4. Je niedriger der angestrebte Schulabschluss, um so häufiger ist der Konsum von Drogen.

2.4.2 Störungen des Essverhaltens

Die gegenwärtige Ernährungssituation in Deutschland ist gekennzeichnet durch ein hohes Lebensmittelangebot, eine hohe Qualität und Sicherheit; eine ernährungsphysiologisch ausgewogene Ernährung ist theoretisch für die gesamte Bevölkerung möglich (Trapp/Neuhäuser-Berthold 2001).

Die physischen, psychischen und sozialen Veränderungen der Adoleszenz haben unmittelbaren Einfluss auf Essverhalten und Ernährungsgewohnheiten Jugendlicher

Neben einem allgemein unzulänglichen Ernährungsverhalten zählen extreme Ernährungsformen, wie z.B. Veganismus, Diäten und anhaltende Fehlernährung in Kombination mit Bewegungsmangel zu den besonderen ernährungsabhängigen Gefahren der Jugendzeit. In dieser Arbeit liegt der Fokus jedoch auf den Störungen des Essverhaltens, die eine Vermeidung von Übergewicht zum Ziel haben. Für die Manifestation sowohl von Adipositas als auch von Essstörungen ist das Jugendalter eine kritische Phase (Zubrängel/Settertobulte 2003).

Unter den vielfältigen Essstörungen in der Adoleszenz haben Magersucht und Bulimie eine besondere Bedeutung: Sie treten erstmals in der Adoleszenz, überwiegend beim weiblichen Geschlecht (90 %), in der westlichen Welt und vermehrt in den letzten Jahrzehnten auf (Habermas 1998).

Die Magersucht (Anorexia nervosa) wird folgendermaßen definiert:

- substanzielles Untergewicht von 15 – 25 % unter dem Normalgewicht
- Es besteht Angst vor einem normalen Körpergewicht, daher Fasten und exzessive Aktivität
- Keine Krankheitseinsicht
- Körperlicher Verfall und seine Bedrohlichkeit werden verleugnet
- Ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Essen
- Körperliche und psychische Veränderungen (Amenorrhoe)
- Krankheit kann lebensbedrohlich sein, insbesondere bei selbstinduziertem Erbrechen oder Abführmittelabusus

Die Magersucht wird als Versuch gedeutet, dass Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Sie betrifft häufig ehemals sehr angepasste Mädchen. Diese sollen sich nun von ihren Eltern lösen, eigenständig werden und auch Verantwortung für den eigenen Körper übernehmen. Sie fühlen sich der sexuellen Reifung gegenüber hilflos ausgeliefert und streben deren Vermeidung durch Hungern und Gewichtsreduktion an (Pudel/Westenhöfer 1998). Hier liegt eine fundamentale Entwicklungsstörung in Kombination mit gestörter innerfamiliärer Kommunikation vor (Habermas 1998).

Die Bulimie (Bulimia nervosa) ist wie folgt definiert:

- Häufiges Auftreten von zeitlich begrenzten Heißhungerattacken mit Überschreitung einer subjektiven Mengengrenze (Kontrollverlust)
- Körpergewichtskontrolle durch anschließendes Fasten oder provoziertes Erbrechen bzw. Verwendung von Abführmitteln

Bulimie kann auch im Rahmen einer Magersucht auftreten. Unter Bulimie leidende Personen streben ein Idealbild ihres Körpers an. Sie stehen unter enormen Leistungsdruck, da sie jeden Essanfall als Versagen erleben. Das Symptombverhalten wird meistens verborgen (Habermas 1998).

Bulimikerinnen sind mit ihrem Geschlecht identifiziert. Sie befinden sich jedoch in einem Trennungskonflikt. Die Enthaltsamkeit und Gewichtskontrolle stehen für das Streben nach Unabhängigkeit und Selbstbestimmung. Im Essanfall kommt der triebhafte Wunsch nach Nähe und Versorgung zum Ausdruck.

Seiffge-Krenke (1994) nennt weiterhin als Merkmale anorektischer bzw. bulimischer Patienten eine perfektionistische und rigide Persönlichkeitsstruktur. Eine weitere nicht zu unterschätzende Ursache für das Entstehen von Essstörungen ist in dem Schlankheitsideal der westlichen Welt zu suchen (Zubrängel/Settertobulte 2003).

Seit längerem ist die steigende Prävalenz der Adipositas in allen Industrienationen bekannt. Demgegenüber steht jedoch eine etwa gleich große Gruppe von Jungen und Mädchen mit Untergewicht.

Auch hier liefert die HBSC-Studie aktuelle Zahlen: Demnach beträgt der Anteil untergewichtiger Jungen etwa 9,9 %, von denen etwa 4,1 % als extrem untergewichtig einzustufen sind. Unter den Mädchen sind sogar 15,1 % untergewichtig, 5,55 % davon extrem.

Die Einschätzung des eigenen Körpers scheint bei Jugendlichen von 11 - 15 Jahren ein besonderes Problem zu sein. Demnach finden sich mit etwa 50 % die Mädchen deutlich häufiger zu dick als die Jungen (etwa 30 %). Bei den Mädchen korreliert das Selbstwertgefühl linear mit ihrem Gewichtsstatus (Zubrängel/Settertobulte 2003). Erschreckend wird es, wenn die Selbsteinschätzung der Untergewichtigen untersucht wird, hier geben noch 11,6 % der Jungen an, dass sie sich zu dick fühlen, bei den Mädchen sind es sogar 18 %. Aus diesen Gruppen rekrutieren sich die Jugendlichen mit dem Risiko, Essstörungen zu entwickeln. Übergewicht nimmt bei Jungen und Mädchen mit geringer werdendem sozialen Status deutlich zu. Eine bessere soziale Herkunft scheint ein Schutzfaktor vor Übergewicht zu sein. Dementsprechend zeigt sich Untergewicht besonders in Familien mit einem höheren Sozialstatus (Zubrängel/Settertobulte 2003).

Für die Ludwigsluster Studie lassen sich für den Bereich der Essstörungen folgende Hypothesen ableiten:

5. Wenn der Teilnehmer weiblich ist, tritt häufiger eine Tendenz zu Essstörungen auf.
6. Je höher der angestrebte Schulabschluß, um so häufiger sind Essstörungen.

2.4.3 Depressionen, Suizid und Suizidversuch

Depressive Verstimmungen und Störungen sind die mit am weitesten verbreiteten psychischen Störungen im Jugendalter. Ein wesentlicher Teil von Morbidität und Mortalität kann hierauf zurückgeführt werden (Seiffge-Krenke 1994). Weitere psychosoziale Störungsbilder wie Substanzkonsum oder Essstörungen sind häufig mit Depressionen gekoppelt. Jedoch lassen sich Depressionen in dieser Lebensphase nur eingeschränkt mit dem Symptombild depressiver Erwachsener vergleichen bzw. diagnostizieren. Depressionen im Jugendalter treten häufig larviert auf und äußern sich oftmals in Schulversagen, dissozialem Verhalten, psychosomatischen Störungen, Alkohol- und Drogenabusus und sexuell riskanten Verhaltensweisen. (Seiffge-Krenke 1994). Verschiedene Schweregrade können hier unterschieden und als hierarchische Abfolge verstanden werden: Depressive Verstimmung → depressives Syndrom → depressive Störung. So kann sich aus einer zeitweiligen Verstimmung eine manifeste Störung entwickeln, kann jedoch auch schnell wieder abklingen. Als Ursache werden hier neben genetischen und biologischen Faktoren vor allem psychologische Ursachen diskutiert. Insbesondere der frühe Verlust von Bezugspersonen, auch in Form von allgemeiner Vernachlässigung und anhaltende gestörte interpersonelle Beziehungen werden hier vermutet (Fend 2000).

Suizid, Suizidversuche

Der Suizid ist bei Jugendlichen in Deutschland die zweithäufigste Todesursache (Bründel 2001). In der Adoleszenz wird die Möglichkeit der Selbsttötung erstmals als Handlungsoption bewußt wahrgenommen.

Suizidverhalten wird stark durch das Geschlecht bestimmt. Männliche Jugendliche begehen häufiger Selbstmord und wählen die finaleren Methoden als Mädchen. Demgegenüber unternehmen Mädchen mehr Suizidversuche. Selbstmordversuche sind oftmals als „Hilfeschrei“ zu interpretieren und nicht als wirklicher Todeswunsch. Daneben gibt es eine schwer bestimmbare Grauzone aus indirekten Suizidversuchen, in diesem Zusammenhang wird auch Risikoverhalten diskutiert. Insbesondere die hohe Anzahl tödlicher Verkehrsunfälle männlicher Jugendlicher

erlangt hier Bedeutung. Auch Suizide und Suizidversuche stehen häufig in Zusammenhang mit anderen riskanten Verhaltensweisen wie Drogenkonsum und Essstörungen. Selbstredend ist hier die Nähe zu depressiven Störungen bzw. kann der Suizid das finale Stadium einer Depression darstellen (Seiffge-Krenke 1994).

Bereits erfasste Daten zur Befindlichkeit mit Ergebnissen anderer Studien zu vergleichen, ist nur eingeschränkt möglich, da sich Befindlichkeitsstörungen auf vielfältige Weise äußern können und die Fragestellungen in den einzelnen Erhebungsinstrumenten dazu sehr variieren.

Insgesamt besteht aber Konsens hinsichtlich der Tatsache, dass Mädchen in der Adoleszenz doppelt so häufig über emotionale Verstimmungen berichten wie Jungen. (Fend 2000; Hurrelmann 1997; Ravens-Sieberer et al. 2003) Der Anstieg der weiblichen Depressionsgefährdung wird als typisches Phänomen der Adoleszenz beschrieben (Fend 2000). Als Ursache werden hier unterschiedliche Formen der Verarbeitung bei Jungen und Mädchen vermutet (Hurrelmann 1997). Mädchen und Frauen werden im Rollenbild unserer Gesellschaft eher Schwächen zugestanden als männlichen Personen. Möglicherweise beruht darauf auch die Tatsache, dass Mädchen und Frauen eher bereit sind über psychische Probleme zu sprechen. Nach Fend (2000) wird die Pubertät als solche von Mädchen als belastender erlebt. Früh- und Spätentwicklung hängt bei ihnen deutlich mit Stimmungsschwankungen und Selbstbeobachtung zusammen.

Die Untersuchung emotionaler Probleme in der HBSC-Studie brachte folgende Ergebnisse: Etwa 80 % der Kinder und Jugendlichen können als unauffällig klassifiziert werden. Etwa 4,8 % werden als grenzwertig und 5,1 % als auffällig eingestuft. Signifikant sind mehr Mädchen betroffen bzw. machen entsprechende Angaben (Mädchen 8 % vs. Jungen 2,1 %). Das Auftreten emotionaler Probleme variierte mit dem Alter. Zwischen 5. und 7. Klasse sank der Anteil auffälliger Kinder, bis zur 9. Klasse stieg die Häufigkeit emotionaler Probleme wieder an, dann sind 5,5 % auffällig und 5,3 % als grenzwertig einzustufen.

Gymnasiasten sind geringer mit Problemen belastet als Schüler anderer Schulformen (4,3 % auffällig, 4,2 % grenzwertig vs. 5,4 % auffällig, 5,5 % grenzwertig). Kinder aus höheren sozialen Schichten sind wesentlich seltener betroffen als Kinder unterer sozialer Schichten (3,6 % auffällig, 3,5 % grenzwertig vs. 7,2 % auffällig, 5,5 % grenzwertig), (Ravens-Sieberer et al.2003).

Für die Ludwigsluster Studie werden daher für den Bereich Befindlichkeit folgende Hypothesen abgeleitet:

7. Wenn der Teilnehmer weiblich ist, dann ist die Befindlichkeit schlechter.
8. Je niedriger der angestrebte Schulabschluss, desto schlechter ist die Befindlichkeit.
9. Wenn Befindlichkeitsstörungen vorliegen, dann ist der Alkoholkonsum erhöht.
10. Wenn Befindlichkeitsstörungen vorliegen, dann ist der Drogenkonsum erhöht.

3. Methodik

3.1 Datenerhebung

Die Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Fachdienstes Gesundheit im Landkreis Ludwigslust führten im Schuljahr 2002/2003 für die Erstellung eines Gesundheitsberichtes eine schriftliche Befragung zur „Erfassung der Befindlichkeit und des Suchtverhaltens 14-jähriger Jugendlicher im Landkreis Ludwigslust“ durch.

Ziel dieser Befragung war, diese Altersgruppe im Landkreis mit einem akzeptablen Aufwand zu untersuchen. Die Ergebnisse dieser Studie sollen einen Querschnitt über das psychosoziale Befinden und das suchtrelevante Verhalten (in Abhängigkeit von Geschlecht und besuchtem Schultyp) der Jugendlichen geben.

Daraus ableitend sollen dann laufende Präventionsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Die Ergebnisse sollen auch als Diskussionsgrundlage für eine evtl. notwendige Erweiterung jugendspezifischer Präventions-, Beratungs- und Hilfsangebote dienen.

3.1.1 Studiendesign und Fragebogenentwicklung

Bei der gewählten Methode handelt es sich um eine Querschnittsanalyse.

Querschnittsanalysen dienen zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen. Die Datenerhebung erfolgt zu einem bestimmten Zeitpunkt, die Ergebnisse liefern daher eine „Momentaufnahme“ (Bortz/ Döring 2002).

Bei Recherchen zum Thema konnte kein, den inhaltlichen und zeitlichen Ansprüchen adäquater (möglichst validierter) Fragebogen ermittelt werden. Deshalb entschloss man sich, in Zusammenarbeit mit einer Kinderpsychologin selbst ein standardisiertes Erhebungsinstrument zu entwickeln.

Da die Befragung in allen Schulen parallel zu den schulärztlichen Untersuchungen stattfinden sollte, mußte der Fragebogen neben den inhaltlichen Vorgaben leicht verständlich, schnell erfass- und beantwortbar und daher nicht zu lang sein.

Aus diesen Gründen wurden fast ausschließlich geschlossene Fragen gewählt. In diesem, auch „Multiple-Choice-Questions“ genannten Verfahren, können die Untersuchungsteilnehmer aus zwei oder mehreren Antwortvorgaben die für sie zutreffende auswählen (Schnell et al. 1999).

Soziodemografische Daten werden gleich zu Beginn erhoben, hier werden jedoch nur das Geschlecht und die besuchte Schulform erfragt. Weiterhin beinhaltet der Fragebogen die Bereiche Ernährungsverhalten, Alkohol- und Drogenkonsum, Befindlichkeit, soziale Kontakte und Freizeitgestaltung, zu denen jeweils mehrere Fragen gestellt sind. Die letzte Frage ist eine offene Frage, sie zielt ab auf Fähigkeiten, die der/die Befragte besonders gut beherrscht. Hier sollen die Antwortmöglichkeiten nicht von vornherein eingeschränkt werden.

Nach einem „Probelauf“ im Schuljahr 2001/2002 in 16 Klassen wurde der Fragebogen zur weiteren Verwendung in Teilen modifiziert. Die Veränderungen dienten einem besseren Verständnis der Fragen für die Befragten, der verbesserten Kontinuität des Interviewablaufes (Schnell et al. 1999) und einer verbesserten Auswertbarkeit.

3.1.2 Auswahl der Untersuchungsteilnehmer

Den Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes bot sich durch die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und jugendärztlichen Dienst die Möglichkeit, eine relativ große Anzahl an entsprechenden Untersuchungsteilnehmern zu gewinnen. Gemäß § 3 Absatz 1 der Schulgesundheitspflegeverordnung Mecklenburg-Vorpommern (SchulGesPflVO M-V 1996) führen die Gesundheitsämter jährlich schulärztliche Untersuchungen bei allen Kindern der 8. Klassen des jeweiligen Landkreises durch.

Diese finden nach Vorankündigung in den Schulen statt. Die Idee war, die schriftliche Befragung im Rahmen dieser Untersuchungen durchzuführen. Die Auswahl der Schulklassen erfolgte in Absprache mit dem Kinder- und jugendärztlichen Dienst. Es wurden jedoch nicht alle 8. Klassen befragt, da das Schuljahr 2002/2003 wiederum schon begonnen hatte und in einigen Klassen die schulärztliche Untersuchung schon stattgefunden hatte. Außerdem wurden einige Schüler (bzw.

Klassen) von Förderschulen von vornherein aus der Befragung ausgeschlossen, da ihnen aufgrund ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit nicht zugetraut wurde, dass sie den Fragebogen korrekt ausfüllen würden.

In Zusammenarbeit mit der Kinderpsychologin wurde vorab je ein Anschreiben an die Eltern und an die Jugendlichen entwickelt. In beiden wurde über das Ziel der Befragung informiert, um Zustimmung bzw. Mitarbeit gebeten und Anonymität zugesichert. Diese Anschreiben wurden zusammen mit der Ankündigung der schulärztlichen Untersuchung im Vorfeld an die Schülerinnen und Schüler ausgegeben.

3.1.3 Die Erhebungssituation

Die Befragung fand im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen statt. § 2 der Schulgesundheitspflegeverordnung regelt die Organisation der Untersuchungen. Hier besagt Absatz 2, dass die Schulen geeignete Räume zur Verfügung stellen und die Beaufsichtigung der Schüler absichern müssen. Im Allgemeinen standen für die schulärztlichen Untersuchungen zwei Räume zur Verfügung: in einem wurde die ärztliche Untersuchung durchgeführt, in dem zweiten bereitete eine weitere Mitarbeiterin des Fachdienstes Gesundheit die Jugendlichen auf die Untersuchung vor und erhob dafür notwendige Parameter, wie Größe, Gewicht, Hör- und Sehvermögen. In diesen Raum (meistens ein Unterrichtsraum) wurden Kleingruppen von jeweils 5 - 6 Schülern aus den jeweiligen Klassen bestellt. Die schriftliche Befragung fand in der Zeit zwischen der Vorbereitung zur ärztlichen Untersuchung und der Untersuchung selbst statt. Aufgrund der Kürze und guten Verständlichkeit des Fragebogens war die Zeit ausreichend. Bei dennoch auftretenden Unklarheiten konnte die Mitarbeiterin des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes befragt werden. Diese versicherte den Jugendlichen nochmals die Anonymität der Befragung und wiederholte die Bitte nach ehrlicher Beantwortung. In Einzelfällen konnte das „gemeinsame“ Abarbeiten der Fragen unter den Schülerinnen und Schülern jedoch nicht verhindert werden.

3.2 Datenmanagement

Die statistische Auswertung des Datenmaterials erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS 11,0. Für die erhobenen Daten wurde zunächst eine Datenmaske (Codeplan) erstellt und eine Datenbank in SPSS erzeugt. Die Antworten der ausgefüllten Fragebögen (n=865) wurden per Hand in den Computer eingegeben.

3.2.1 Datenaufbereitung

Die Variablen ergaben sich aus den jeweiligen Fragen. Fehlende Antworten wurden als fehlender Wert mit der Ziffer „0“ benutzerdefiniert. Hiervon abzugrenzen ist die fehlende Antwort bei nicht zutreffenden Fragen. Für diese Fälle wurde jeweils eine Merkmalsausprägung „4“ für „trifft nicht zu“ definiert. Für zwei Variablen (sozial14, sozial15) wurde neben den Merkmalsausprägungen „ja“ (1) und „nein“ (2) die Ausprägung „manchmal“ (3) definiert. Dies erschien sinnvoll, da gehäuft Untersuchungsteilnehmer beide ursprünglichen Antwortmöglichkeiten (ja und nein) ankreuzten bzw. ein Kreuz zwischen diese setzten.

3.2.2 Datenbereinigung

Um einen späteren Vergleich der eingegebenen Daten mit den Antworten des jeweiligen Fragebogens zu ermöglichen, wurden diese unmittelbar vor der Eingabe fortlaufend numeriert. Nicht eingegeben wurden Fragebögen, auf denen weder Angaben zum Geschlecht noch zum Schultyp gemacht worden waren. Dies betraf 26 Fragebögen.

Zur Kontrolle von Eingabefehlern wurden von einzelnen Items Häufigkeiten berechnet. Einzelne fehlerhafte Eingaben konnten so erkannt und durch Vergleich mit dem entsprechenden Fragebogen bereinigt werden (Bühl/Zöfel 2002). Des Weiteren wurden alle Eingaben fehlender Werte noch einmal überprüft und abgeglichen. Schließlich wurden 25 Stichproben aus dem gesamten Datenmaterial gezogen und mit den jeweiligen Werten im Datensatz verglichen. Bei dieser Überprüfung zeigten sich ausschließlich Übereinstimmungen, so dass von einem gereinigten Datensatz ausgegangen werden kann.

3.2.3 Datenauswertung

Zu Beginn der Auswertung wurden zwei additive Indizes gebildet, um verschiedene Ausprägungen einer Theorie in einer Variablen erfassen zu können. (Schnell et al.1999):

- Die Variable „befind“ steht für die Anzahl depressiver Symptome; sie ist intervallskaliert von 0-3 Symptomen, die sich aus der Summe der positiv beantworteten Fragen 8-10 (bzw. der Variablen befind8-befind10) des Fragebogens ergeben

- Die Variable „essstör“ entspricht der Anzahl der Symptome für Essstörungen; sie ist intervallskaliert von 0-4 Symptomen, die sich aus der Summe der positiv beantworteten Fragen 1-4 (bzw. der variablen ernähr1-ernähr4) ergeben

Bei der Auswertung der erhobenen Daten kamen Methoden der deskriptiven und der analytischen Statistik zum Einsatz.

Untersuchungen von Zusammenhängen zwischen zwei nominal- oder ordinalskalierten Variablen wurden in Kreuztabellen dargestellt. Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson wurde geprüft, ob die Variablen der Kreuztabelle voneinander unabhängig sind, bzw. ob sich die beobachteten Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden. Zwei Variablen einer Kreuztabelle gelten dann als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten mit den erwarteten Häufigkeiten übereinstimmen. (Bühl/Zöfel 2002)

Zum Vergleich von zwei oder mehr unabhängigen Stichproben kamen unterschiedliche Mittelwertvergleichstests zur Anwendung. Diese sollten klären, ob auftretende Mittelwertunterschiede durch zufällige Schwankungen zustande kommen oder sich signifikant unterscheiden. Bei Untersuchungen von zwei unabhängigen Stichproben hinsichtlich ihrer Mittelwerte wurde der Students-t-Test in Verbindung mit dem Levene-Test auf Homogenität der Varianzen verwendet.

Wenn mehr als zwei unabhängige Stichproben hinsichtlich ihrer Mittelwerte untersucht bzw. verglichen werden sollten, kam die Einfaktorielle ANOVA zum Einsatz in Verbindung mit dem Waller-Duncan Test. Dieser soll im Falle eines signifikanten Ergebnisses zeigen, welche Stichproben sich im Einzelnen signifikant unterscheiden.

4. Ergebnisse

Im Schuljahr 2002/2003 besuchten im Landkreis 2084 Jungen und Mädchen die 8. Klassen. Insgesamt nahmen 891 Jugendliche an der Umfrage teil, 865 Fragebögen gingen in die Auswertung ein.

Da die Befragung im Schuljahr 2002/2003 durchgeführt wurde, kann davon ausgegangen werden, daß es sich bei den Teilnehmern zum größten Teil um Personen handelt, die in den Jahren 1988/1989 geboren wurden, die also zum Zeitpunkt der Untersuchung 14 bzw. 15 Jahre alt waren.

450 Teilnehmer waren männlich, 405 weiblich. Die meisten Teilnehmer (n=494) gingen in Realschulen, das entspricht einem Anteil von 57,1 %. Darauf folgen die

Gymnasiasten (n=159) mit 18,4 %, die Hauptschüler (n=106) mit 12,3 %, die Förderschüler (n=47) mit 5,7 %. Schlusslicht mit 1,2 % bilden die Schüler der Ludwigsluster Schwerhörigenschule (n=10). 1,5 % der Teilnehmer (n=13) kamen aus Regionalschulen. Dies sind Schulen, die im Jahr 2002 im Zuge einer Veränderung des Schulgesetzes (1996) aus den ehemaligen Verbundenen Haupt- und Realschulen hervorgegangen sind. In diesen Schulen gibt es keine Trennung mehr in Haupt- und Realschüler. Eine Zuordnung dieser Jugendlichen zu einer dieser Schulformen ist daher nicht möglich.

4.1 Substanzkonsum

Hypothese 1: *Wenn der Teilnehmer männlich ist, dann trinkt er häufiger regelmäßig Alkohol.*

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson zeigt hier einen Wert von 8,649 und p (Irrtumswahrscheinlichkeit) ein signifikantes Ergebnis von 0,034 bei 3 df (Freiheitsgraden). In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass männliche Jugendliche häufiger täglich trinken. Schon beim wöchentlichen, erst recht beim gelegentlichen Konsum übertreffen dann die Mädchen die Jungen. Das Bild wird ergänzt durch die Ergebnisse der Kategorie „trifft nicht zu“. Jungen geben häufiger als Mädchen an, keinen Alkohol zu trinken.

Daher kann die Hypothese hier nur zum Teil bestätigt werden. Insgesamt erscheinen nicht sehr große Unterschiede in der Häufigkeit des Alkoholkonsums zwischen den Geschlechtern.

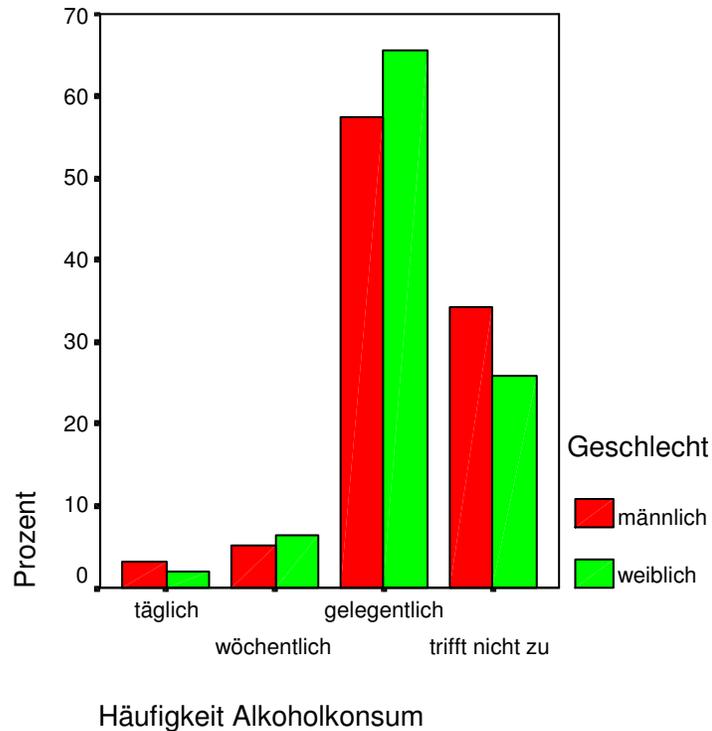


Abbildung 1: Geschlecht und Alkoholkonsum

Hypothese 2: *Je höher der angestrebte Schulabschluss, um so häufiger ist der Konsum von Alkohol.*

Chi-Quadrat nach Pearson zeigt einen Wert von 32,840 ($p=0,005$, $df=15$) Dies ist ein sehr signifikantes Ergebnis. In Tabelle 1 ist ersichtlich, dass die Werte bei täglichem und wöchentlichem Alkoholkonsum der Gymnasiasten deutlich erhöht gegenüber den Werten der Schüler aller anderen Schulen ausfallen. Dort sind die Ergebnisse eher unauffällig. Somit hat sich die Hypothese bestätigt: Zwischen der besuchten Schulart und dem Alkoholkonsum scheint ein Zusammenhang in der vermuteten Richtung zu bestehen.

Tabelle 1

Schulart * Häufigkeit Alkoholkonsum Kreuztabelle

			Häufigkeit Alkoholkonsum				Gesamt
			täglich	wöchentlich	gelegentlich	trifft nicht zu	
Schulart	Förderschule	Anzahl	1	1	26	19	47
		% von Schulart	2,1%	2,1%	55,3%	40,4%	100,0%
	Hauptschule	Anzahl	1	6	72	25	104
		% von Schulart	1,0%	5,8%	69,2%	24,0%	100,0%
	Realschule	Anzahl	9	24	304	153	490
		% von Schulart	1,8%	4,9%	62,0%	31,2%	100,0%
	Gymnasium	Anzahl	10	16	84	46	156
		% von Schulart	6,4%	10,3%	53,8%	29,5%	100,0%
	Regionalschule	Anzahl	1		12		13
		% von Schulart	7,7%		92,3%		100,0%
	Schwerhörigenschule	Anzahl			6	4	10
		% von Schulart			60,0%	40,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	22	47	504	247	820
		% von Schulart	2,7%	5,7%	61,5%	30,1%	100,0%

Hypothese 3: Wenn der Teilnehmer männlich ist, dann nimmt er häufiger Drogen.

Das Chi-Quadrat nach Pearson zeigt hier mit 0,724 ($p=0,948$, $df=4$) kein signifikantes Ergebnis. Der Blick auf Abbildung 2 bestätigt das: Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Häufigkeit des Konsums sind kaum auszumachen. Hier ist kein Zusammenhang nachweisbar. Die Hypothese kann demzufolge nicht bestätigt werden.

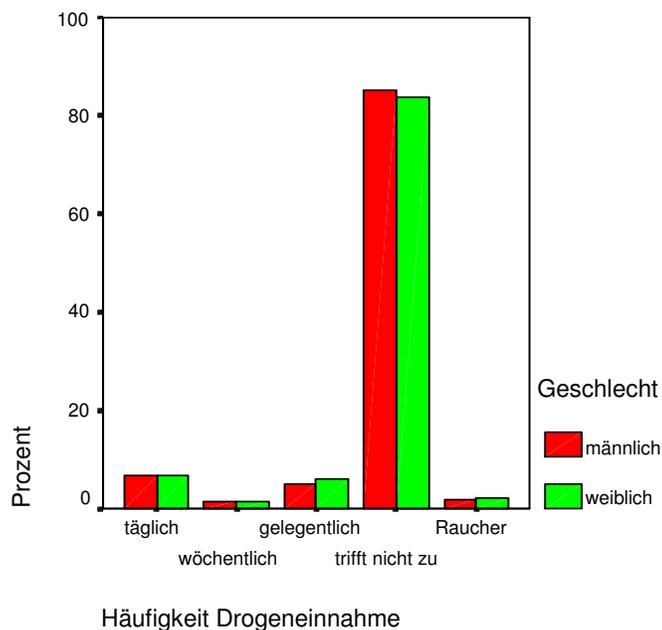


Abbildung 2: Geschlecht und Drogenkonsum

Hypothese 4: *Je niedriger der angestrebte Schulabschluss, um so häufiger ist der Konsum von Drogen.*

Chi-Quadrat nach Pearson ergab mit 46,040 ($p=0,001$; $df=20$) ein sehr signifikantes Ergebnis. Die Signifikanz zeigt sich hier beim täglichen Konsum der Förderschüler, aber auch bei dem der Gymnasiasten. Es zeigt sich nicht, dass Schüler mit niedrigeren Bildungszielen insgesamt häufiger Drogen nehmen als Schüler mit höheren Bildungszielen. (s. Tabelle 2)

Daher kann die Hypothese nicht bestätigt werden.

Tabelle 2:

			Häufigkeit Drogeneinnahme					Gesamt
			täglich	wöchentlich	gelegentlich	trifft nicht zu	Raucher	
Schulart	Förderschule	Anzahl	10			37		47
		% von Schulart	21,3%			78,7%		100,0%
	Hauptschule	Anzahl	5	3	10	83	4	105
		% von Schulart	4,8%	2,9%	9,5%	79,0%	3,8%	100,0%
	Realschule	Anzahl	23	6	30	419	12	490
		% von Schulart	4,7%	1,2%	6,1%	85,5%	2,4%	100,0%
	Gymnasium	Anzahl	18	2	4	134	1	159
		% von Schulart	11,3%	1,3%	2,5%	84,3%	,6%	100,0%
	Regionalschule	Anzahl		1		12		13
		% von Schulart		7,7%		92,3%		100,0%
	Schwerhörigenschule	Anzahl			1	9		10
		% von Schulart			10,0%	90,0%		100,0%
Gesamt		Anzahl	56	12	45	694	17	824
		% von Schulart	6,8%	1,5%	5,5%	84,2%	2,1%	100,0%

4.2 Essverhalten

Hypothese 5: *Wenn der Teilnehmer weiblich ist, dann liegt häufiger eine Tendenz zu Essstörungen vor.*

Der Students-t-Test zeigt hier einen Wert von $-8,917$ ($p<0,001$; $df=853$) und damit höchste Signifikanz an. In Abbildung 3 wird noch einmal deutlich, dass zwischen den beiden Stichproben (männlich und weiblich) ein höchst signifikanter Unterschied bezüglich der Tendenz zu Essstörungen besteht. Männliche Jugendliche geben diesbezüglich durchschnittlich 0,59 Symptome an, Mädchen dagegen einen Mittelwert von 1,06 Symptomen. Demnach sind Mittelwertsunterschiede hier nicht zufällig. Die oben genannte Hypothese wird somit bestätigt.

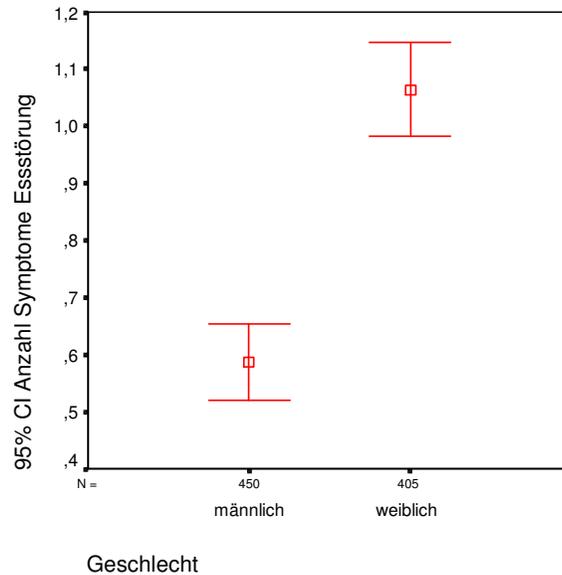


Abbildung 3: Geschlecht und Essstörungen

Hypothese 6: *Je höher der angestrebte Schulabschluss, um so häufiger liegt eine Tendenz zu Essstörungen vor.*

Die Varianzanalyse ergab $F=1,986$ ($p=0,78$; $df_1=5$, $df_2=823$) und ist somit nicht signifikant. Mittelwertsunterschiede sind eher als zufällig anzunehmen, daher kann die Hypothese nicht bestätigt werden. (s. Abbildung 4)

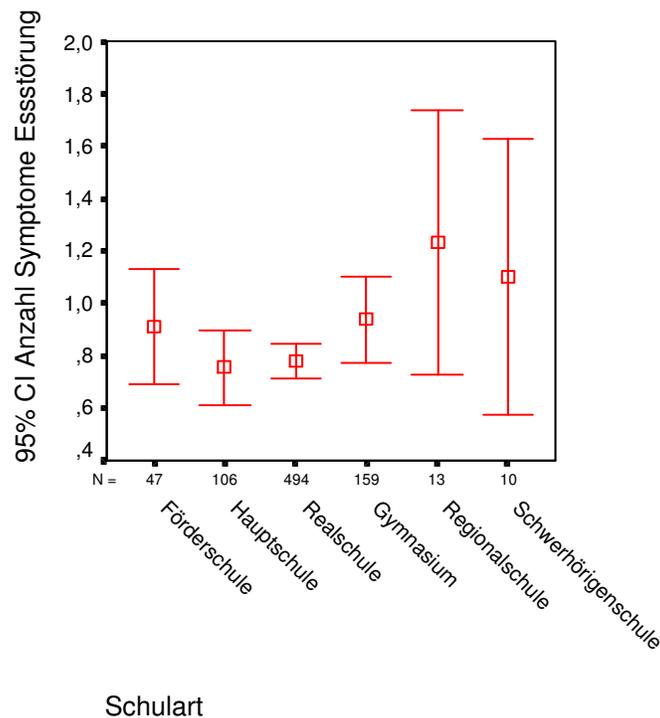


Abbildung 4: Schulart und Essstörungen

4.3 Befindlichkeit

Hypothese 7: *Wenn der Teilnehmer weiblich ist, dann ist die Befindlichkeit schlechter.*

Der Students-t-Test ergab mit $-9,255$ ($p < 0,001$; $df = 853$) höchste Signifikanz. Männliche Jugendliche gaben durchschnittlich 0,92 Symptome an, weibliche Jugendliche dagegen 1,58 im Mittel. (s. Abbildung 5) Somit ist die Hypothese bestätigt, Mädchen geben häufiger als Jungen Störungen der Befindlichkeit an.

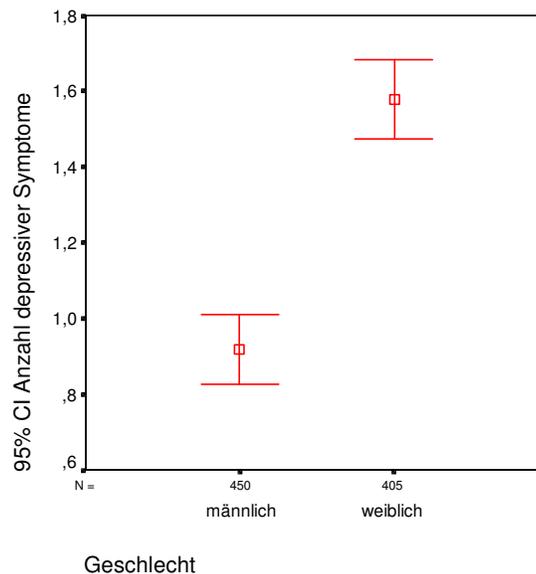


Abbildung 5: Geschlecht und Befindlichkeit

Hypothese 8: *Je niedriger der angestrebte Schulabschluss, um so schlechter ist die Befindlichkeit.*

Die Varianzanalyse ergab $F = 1,922$ ($p = 0,88$; $df_1 = 5$, $df_2 = 823$) und brachte somit kein signifikantes Ergebnis. Hauptschülern scheint es mit nur 1,08 Symptomen am besten zu gehen, Regionalschüler geben mit 1,92 Symptomen im Mittel die meisten Symptome an. Förderschüler zeigten 1,26 Symptome (s. Abbildung 6). Somit ist auch keine Tendenz erkennbar, die anzeigt, dass Befindlichkeitsstörungen in Schulen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen häufiger sind. Die Hypothese wird nicht bestätigt.

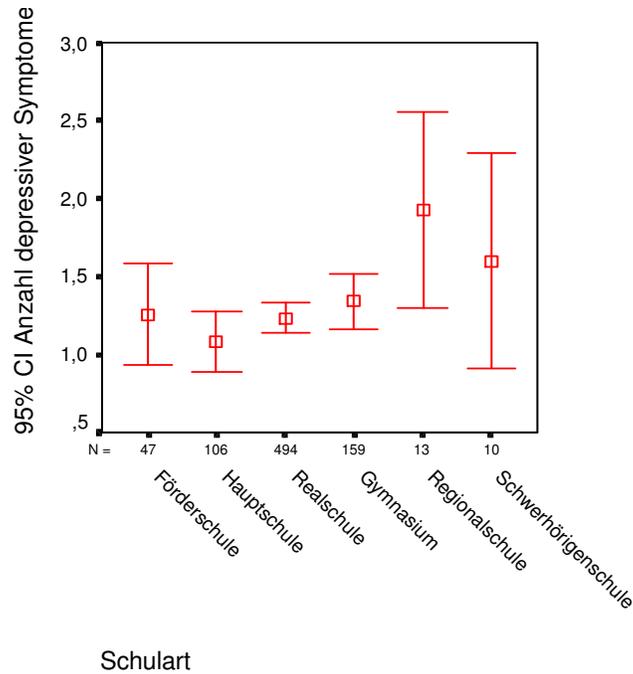


Abbildung 6: Schulart und Befindlichkeit

Hypothese 9: Wenn Befindlichkeitsstörungen vorliegen, dann ist der Alkoholkonsum erhöht.

Diese Hypothese kann eindeutig bejaht werden. Die Varianzanalyse liefert hier mit $F=33,119$ ($p<0,001$; $df_1=3$, $df_2=852$) ein eindeutiges, höchst signifikantes Ergebnis. Die Jugendlichen mit täglichem Alkoholkonsum geben durchschnittliche 2,22 Symptome für Befindlichkeitsstörungen an, abstinenten Jugendlichen dagegen nur 0,8 Symptome (s. Abbildung 7).

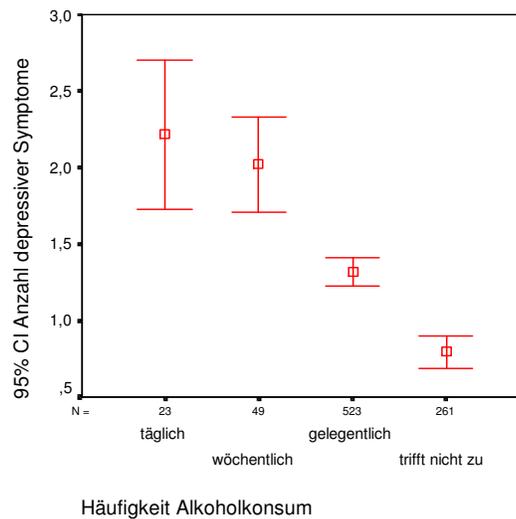


Abbildung 7: Befindlichkeit und Alkoholkonsum

Hypothese 10: Wenn Befindlichkeitsstörungen vorliegen, dann ist der Drogenkonsum erhöht.

Auch hier liefert die Varianzanalyse mit $F=17,273$ ($p<0,001$; $df_1=4$; $df_2=854$) ein höchst signifikantes Ergebnis. Jugendliche, die täglich oder wöchentlich Drogen konsumieren, geben mit 1,95 bzw. 2,00 Symptomen im Durchschnitt mehr Befindlichkeitsstörungen an als Nicht-Konsumenten mit 1,1 Symptomen. Interessant das Ergebnis für Raucher: auch hier zeigt sich mit 1,8 Symptomen ein relativ hoher Mittelwert an depressiven Symptomen (s. Abbildung 8). Die Hypothese wird bestätigt.

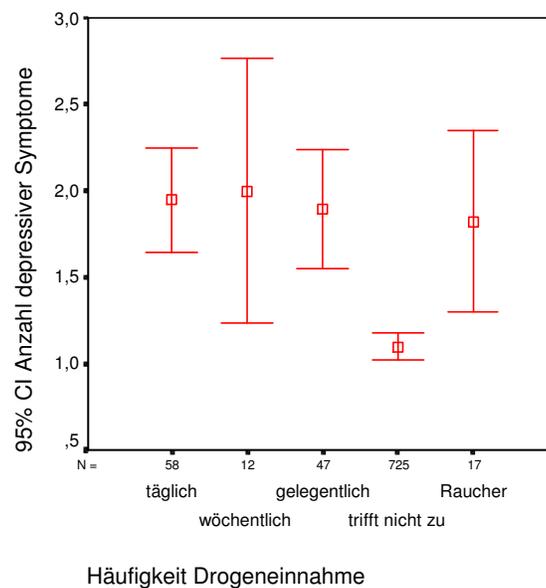


Abbildung 8: Befindlichkeit und Drogenkonsum

5. Diskussion

5.1 Methodendiskussion

Vor der Diskussion der Ergebnisse soll eine Auseinandersetzung mit den Methoden dieser Studie stattfinden. Zum einen ist dies auch Aufgabe der vorliegenden Arbeit, zum anderen muss dies geschehen, um die gewonnenen Ergebnisse angemessen beurteilen zu können.

5.1.1 Der Fragebogen

Die zentralen Qualitätskriterien eines Fragebogens sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Von Objektivität kann in diesem Fall ausgegangen werden, da durch das verwendete Multiple-Choice-Verfahren die Testergebnisse unabhängig vom Verwender sind und Interpretationen des Auswerters so nicht möglich sind. Nach Bortz/Döring (2002) kann bei standardisierten, quantitativen Verfahren, die von Fachleuten (in diesem Fall Psychologin und Psychotherapeutin) entwickelt, eingesetzt und ausgewertet werden, von Objektivität ausgegangen werden.

Die Reliabilität eines Testes/Fragebogens kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird. Auf Reliabilität wird ein Fragebogen durch wiederholte Anwendung bei den gleichen Personen getestet.

Da der vorliegende Fragebogen im Schuljahr 2002/ 2003 erstmalig eingesetzt wurde, kann hinsichtlich der Reliabilität keine Aussage gemacht werden.

Die Validität gibt an, inwieweit der Test genau das mißt, was er messen soll. Ein Kriterium für Validität ist Reliabilität. Inhaltsvalidität bezieht sich auf die Frage, ob alle Aspekte einer zu messenden Dimension berücksichtigt wurden. Hierfür existieren jedoch keinerlei objektive Kriterien. (Schnell et al. 1999)

Zur Bestimmung von Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität müßten weitere Messungen erfolgen. Daher kann hinsichtlich der Validität ebenfalls keine Aussage getroffen werden.

Fragebogengestaltung

Der Fragebogen entspricht in weiten Teilen den Anforderungen, die in der wissenschaftlichen Literatur (Bortz/Döring 2002; Schnell et al. 1999) formuliert werden.

Bei den Fragen zum Drogenkonsum (6., 7.) sollte jedoch geprüft werden, ob es sinnvoller ist, Tabakkonsum von anderen Konsumformen zu trennen und explizit zu erfragen. Einige Teilnehmer gaben täglichen Konsum an und schrieben zusätzlich „Zigaretten“ auf. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Raucher so verfahren sind. So kann nicht in jedem Fall mit Sicherheit gesagt werden, ob es sich um Raucher oder Konsumenten anderer Drogen handelt oder ob Personen mehrere Substanzen konsumieren.

Bei den Fragen nach Alkohol- und Drogenkonsum (5., 6., 7.) sollten weiterhin Filterführungen einheitlich gestaltet werden.

Generell sollte erwogen werden, inwieweit es sinnvoll ist, die Antwortmöglichkeit „manchmal“ zu ergänzen. So könnten Aussagen noch differenzierter gemacht und auch ausgewertet werden.

5.1.2 Stichprobe und Erhebungssituation

Da nicht alle Jugendlichen des Landkreises bzw. nicht alle Schülerinnen und Schüler der 8. Klassen befragt wurden, handelt es sich um eine Teilerhebung. Besondere Kriterien für die Auswahl der Teilnehmer wurden nicht bestimmt. Um Verzerrungen in den Untersuchungsergebnissen möglichst gering zu halten, sollten bei einer erneuten Befragung im Vorfeld explizit Kriterien für die Auswahl der Stichprobenteilnehmer festgelegt werden.

Schriftliche Befragungen sind gegenüber Interviews sehr kostengünstig und es kann in den meisten Fällen eine größere Gruppe von Teilnehmern erreicht werden. Verschiedene Nachteile schriftlicher, postalischer Befragungen konnten aufgrund der beschriebenen Erhebungssituation ausgeschaltet werden. Hierzu zählen z. B. die standardisierten Bedingungen bei der Erhebung, die Anwesenheit eines Untersuchungsleiters sowie die so erzielte hohe Rücklaufquote. (Bortz/ Döring 2002)

5.1.3 Datenauswertung

Die Statistiksoftware SPSS 11,0 ist für sozialwissenschaftliche Untersuchungen konzipiert und war somit für die Auswertung dieser Untersuchung sehr geeignet. Aufgrund der hohen Anschaffungskosten sollte jedoch bei einer erneuten Befragung geprüft werden, ob das im Fachdienst Gesundheit vorhandene Statistikprogramm (Microsoft-Excel) für diese Untersuchung anwendbar ist.

5.2 Ergebnisdiskussion

Die Bedingungen der Erhebung und die daraus resultierende begrenzte Verwertbarkeit der Daten müssen bei der genauen Analyse der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Methodisch sind hier die Art der Auswahl der Stichprobenteilnehmer, die zum Teil sehr kleinen Stichproben sowie die Besonderheiten der Erhebungssituation zu nennen.

Wie schon unter 3.1.3 ausgeführt, ließ sich das „gemeinsame“ Ausfüllen der Fragebögen nicht immer verhindern.

Auch im Antwortverhalten kommt ein bereits behandelte Aspekt zum Tragen: Die Entwicklungsdynamik, welche Jugendliche diesen Alters gerade durchleben.

Jugendliche um das 15. Lebensjahr unterscheiden oft zwischen einer nach außen gerichteten Fassade und einem „wahren“ Selbst. Sie trennen in private und öffentliche Informationen. Das geschieht, um sich vor Verletzungen zu schützen. Während dieser Zeit gibt es auch einen Wechsel bei der Wahl der „Enthüllungspartner“, das heißt, Informationen und Gedanken werden jetzt eher mit Gleichaltrigen ausgetauscht als mit den Eltern bzw. anderen Erwachsenen (Seiffge-Krenke 1994). Im Zuge der sich entwickelnden Identität kommt es weiterhin zu einer passageren Egozentrität, einer vorübergehenden Fehleinschätzung der eigenen Person und einer entsprechenden Unterschätzung von Risikofaktoren. Daher sind Ergebnisse von Befragungen dieser Altersgruppe besonders vorsichtig und differenziert zu bewerten.

5.2.1 Ergebnisse zum Substanzkonsum

Alkohol

Wie sich herausstellte, ist der gelegentliche Alkoholkonsum (im Gegensatz zum häufigen, regelmäßigen Konsum) bei beiden Geschlechtern sehr ähnlich. Der seit längerem, in vielen Untersuchungen bestehende Trend zur Angleichung der Konsummuster wird in dieser Studie nicht widerlegt. Jedoch sollte mit dem Begriff der „Angleichung“ vorsichtig argumentiert werden, weil so ein zu einseitiges Bild des Konsumverhaltens entsteht. Nach Helfferich (1995) müssen hinsichtlich eines Vergleichs der Konsumquoten von männlichen und weiblichen Jugendlichen insbesondere auch folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Das Alter: „Gleichheit“ der Konsumquoten gilt vor allem für die jüngere Altersgruppe. Je älter Jugendliche werden, um so mehr unterscheidet sich das Verhalten von Mädchen und Jungen. Die Angleichung betrifft hauptsächlich die Phase des sozial motivierten Verhaltens, nicht mehr aber die darauf folgende Phase der Gewöhnung und Ausdifferenzierung von unterschiedlichen Motiven.
- Die Qualität: Ähnliche Zahlen bei den Konsumquoten sind nur im Bereich der gemäßigten Verhaltensmuster zu erkennen. Den quantitativ und qualitativ stär-

keren Konsum dominieren nach wie vor die Jungen, was im übrigen für die meisten Formen des Substanzkonsums gilt.

- Sozialspezifische Unterschiede: Die Angleichungstendenz fällt auch schichtabhängig unterschiedlich aus. Bei benachteiligten Jugendlichen bzw. Jugendlichen aus eher unterprivilegierten Schichten sind die herkömmlichen Rollenmuster noch stark ausgeprägt und schlagen sich in unterschiedlichem Konsumverhalten nieder; demgegenüber sind sich die Verhaltensformen zwischen Mädchen und Jungen an Gymnasien ähnlicher geworden.

Bei der Untersuchung des Alkoholkonsums in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp stellte sich ein besonders starker, regelmäßiger Konsum bei den Gymnasialisten heraus. Richter und Settertobulte (2003) ziehen als mögliche Ursache hier den bildungsbezogenen elterlichen Erwartungsdruck heran. Demnach wird hier häufiger zur Kompensation von Belastungen konsumiert.

Drogen

Die Ergebnisse für den Drogenkonsum sind ähnlich wie die des Alkoholkonsums zu interpretieren. Hinsichtlich des Geschlechtes gibt es kaum Unterschiede. Auch schichtspezifisch läßt sich kein Hinweis für einen höheren Konsum an Schulen mit niedrigeren Bildungszielen nachweisen. Entgegen der Hypothese nehmen hier die Gymnasiasten nach den Förderschulen den höchsten Rang ein. Gründe lassen sich auch hier nur vermuten, möglicherweise spielt der oben erwähnte Erwartungsdruck hier ebenfalls eine Rolle.

Hurrelmann (1994) bringt starken Alkoholkonsum insbesondere mit Einflüssen bzw. Konflikten im Elternhaus in Verbindung, während z. B. der Konsum von Tabak oder Marihuana stark durch den Einfluss Gleichaltriger provoziert würde. Hiernach wäre es interessant, die erhobenen Daten auf Zusammenhänge zwischen Konsumart und den Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen zu untersuchen.

Ein weiterer, auch in der Literatur (Silbereisen 1998; Richter/Settertobulte 2003) beschriebener Aspekt findet sich jedoch auch hier: Während Alkohol als „legale“ Droge von mehr als 2/3 der Jugendlichen schon konsumiert wurde, geben 84,6 % der Teilnehmer an, noch nie andere, zum Teil illegale Drogen genommen zu haben. So kann davon ausgegangen werden, dass bei den meisten Jugendlichen der Konsum von Alkohol und Drogen einen Probier- bzw. Experimentierkonsum

darstellt und in einem gesundheitsverträglichen Rahmen bleiben wird. Gleiches wird auch von Langness, Richter und Hurrelmann (2003) vermutet.

Bei den Jugendlichen, die wöchentlich oder gar täglich konsumieren (Alkohol ca. 8 %, Drogen ca. 8 %), besteht das Risiko eine Abhängigkeit zu entwickeln, wenn diese nicht sogar schon eingetreten ist. An dieser Stelle wäre es wichtig zu erfahren, inwieweit mehrere Substanzen konsumiert werden.

5.2.2 Ergebnisse zur Befindlichkeit

Das Gesamtbild zur Befindlichkeit ist relativ eindeutig. Allein hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Schulart (bzw. Sozialstatus) und der Befindlichkeit läßt sich, anders als vorab recherchiert, keine Aussage in eine bestimmte Richtung treffen. Demnach geht es Schülern an Gymnasien trotz höherer Bildung und besserem Sozialstatus insgesamt nicht besser als Schülern anderer Schulformen. Insgesamt haben 39,6 % der Teilnehmer zwei oder mehr Symptome für Befindlichkeitsstörungen angegeben. Wie vorab beschrieben sind Mädchen deutlich häufiger betroffen. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob Mädchen eher bereit sind über ihre Gefühle, Sorgen und Probleme zu sprechen als Jungen. Eine andere Erklärung besteht möglicherweise in der Beobachtung, dass (wie unter 2.3.3 beschrieben) Mädchen eher zu internalisierenden Verhaltensweisen neigen. Hierzu gehört z. B. auch Grübeln. Jungen dagegen tendieren eher zu externalisierenden Verhaltensweisen, d. h. finden möglicherweise eher Wege, sich „abzureagieren“.

Befindlichkeit und Substanzkonsum

Beeindruckend stellen sich die Ergebnisse zum Zusammenhang von Befindlichkeitsstörungen und Substanzkonsum dar: Je schlechter die Befindlichkeit, um so häufiger wird konsumiert. Wie aus den Zahlen ersichtlich wird, gilt dies für Alkohol, Drogen und selbst für den Konsum von Tabak.

Wie unter 2.4.1 bereits dargestellt, kann Substanzkonsum eine Reaktion auf Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben sein. So mag etwa durch Konsum von Alkohol oder Haschisch Anschluss an eine bestimmte soziale Gruppe gesucht werden oder durch Zigarettenkonsum die Demonstration eines Erwachsenenstatus (Hurrelmann 1997).

Wenn es zur Anhäufung nicht bewältigter Entwicklungsaufgaben mit daraus resultierender Überforderung kommt, dann ist Substanzkonsum eine Notfallreaktion mit

dem Ziel, emotionalen Ausgleich zu finden. Nach Hurrelmann (1997) belegen alle einschlägigen Studien (seit neuestem auch die HBSC- Studie 2003) dass Jugendliche mit einem positiven Selbstwertgefühl, mit befriedigenden schulischen Leistungen, guten Beziehungen zu Gleichaltrigen *und* Eltern sowie befriedigenden materiellen Ressourcen viel weniger in Gefahr sind, legale oder illegale Drogen zu konsumieren, als Jugendliche, bei denen diese Voraussetzungen nicht gegeben sind.

Dadurch wird deutlich, an welchen Kriterien eine wirkungsvolle Prävention in diesem Bereich ansetzen muß. Es ist sicher notwendig, über Wirkung und Folgen von Substanzkonsum aufzuklären – jedoch keinesfalls ausreichend.

Verhaltensorientierte Maßnahmen allein können nur begrenzt erfolgreich sein, da Substanzkonsum ein sozial verankertes Verhalten darstellt. Daher erklärt sich die Notwendigkeit, das gesamte soziale Umfeld in Interventionen einzubeziehen, insbesondere die Bereiche Schule, Familie und Freizeit.

Moderne Konzepte der Suchtprävention kombinieren verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Interventionen. Verhaltensbezogene Maßnahmen sind auf subjektive und biografische Faktoren und auf individuelle Ressourcen ausgerichtet. Verhältnisbezogene Maßnahmen konzentrieren sich auf die ökologische und soziale Lebenswelt des Jugendlichen und auf soziale Ressourcen.

Weiterhin sollte der Konsum legaler Drogen nicht als abweichendes Verhalten stigmatisiert werden, sondern als psychosozial zwar problematischer, jedoch legitimer Bestandteil des täglichen Lebens akzeptiert werden. Es geht also darum, den richtigen Umgang mit legalen Substanzen zu erlernen.

Dennoch dürfen Maßnahmen des Jugendschutzes nicht vernachlässigt bzw. unterlaufen werden. Insbesondere Gewerbetreibende müssen angehalten werden, den Verkauf von Alkohol an Jugendliche grundsätzlich zu unterlassen.

Weiterhin hat es sich als sinnvoll erwiesen, bereits Jugendlichen im Alter von 13-18 Jahren sekundärpräventive Maßnahmen wie bspw. Raucherentwöhnung anzubieten (Langness/ Richter/ Hurrelmann 2003).

5.2.3 Ergebnisse für Essstörungen

Wie zu erwarten war, gaben Mädchen fast doppelt so viele Symptome für Essstörungen an wie Jungen. Nicht bestätigt hat sich hingegen, dass Tendenzen zu Essstörungen an Schulen mit höheren Bildungsabschlüssen häufiger auftreten. För-

derschüler/-schülerinnen gaben in etwa die gleiche Anzahl von Symptomen an wie Gymnasiasten bzw. Gymnasiastinnen.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang, ob bei einer Tendenz zu Essstörungen auch die Befindlichkeit beeinträchtigt ist. Nach Seiffge-Krenke (1995) werden Kovariationen von Magersucht und Depressionen wie auch anderen psychischen Störungen seit langem beobachtet.

Die Bedeutung der Prävention von Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimie liegen in ihren jeweiligen Komplikationen begründet. Bei der Anorexia nervosa ist insbesondere die Mortalitätsrate zu nennen, die zwischen 5 % und 18 % liegt (Lohaus 1993). Bei der Bulimie werden u. a. Zahnschmelzschädigungen, Elektrolytentgleisungen und Dehydratation genannt. Begleiterscheinungen auf der psychischen Ebene wurden bereits angesprochen.

Nach Lohaus (1993) sind wesentliche Grundlagen für die Entwicklung von Essstörungen in den kulturellen Normen (Schlankheitsideal) der westlichen Industriegesellschaften zu suchen. Hinzu kommt, dass diese Idealbilder mit weiteren erwünschten Charaktereigenschaften besetzt sind wie Erfolg, Jugendlichkeit und Weiblichkeit. Vor diesem Hintergrund wird die Verbreitung von Diäten schon unter Jugendlichen gesehen.

Für die Ausprägung manifester Essstörungen werden jedoch weitreichende Störungen der Identitätsentwicklung, der sozialen Beziehungen und der Körperwahrnehmung diskutiert. Auch Pudiel und Westenhöfer (1998) favorisieren multikausale Erklärungsmodelle.

Genauso facettenreich wie die Ursachen von Essstörungen sind, sollten daher auch präventive Maßnahmen angelegt sein. Neben der Auseinandersetzung mit den geltenden „Idealnormen“ gehören in diesen Bereich Maßnahmen, die – ähnlich wie bei der Suchtproblematik – zur Steigerung persönlicher Ressourcen wie ein positives Selbstkonzept und Körperwahrnehmung, Selbstbewußtsein und Problemlösungskompetenzen führen.

Helferich (1995) schlägt z. B. Präventionsprogramme vor, die das Ziel anstreben, Kontrolle über das eigene Leben und Anerkennung durch Gleichaltrige zu gewinnen, und die die konstruktive Ablösung vom Elternhaus und die Verarbeitung sexueller Erfahrungen unterstützen. Angesichts der Ergebnisse, die auch in der Ludwigsluster Studie hinsichtlich der Essstörungen zu finden sind, wird eine geschlechtsspezifische Prävention als sinnvoll erachtet. Diese Auffassung vertreten

auch Langness, Richter und Hurrelmann (2003) mit Blick auf die Ergebnisse der HBSC- Studie.

5.3 Allgemeine Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention

Um verringerter subjektiver Gesundheit vorzubeugen, sollten Präventionsmaßnahmen schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt einsetzen, nach Möglichkeit bereits im Kindergarten, spätestens jedoch im Grundschulalter. Kinder sind in diesem Alter noch relativ unbefangen und unvoreingenommen und nehmen die funktionalen Seiten von Problemverhalten noch nicht wahr. So ist es zum einen möglich, frühzeitig notwendige Kompetenzen zu vermitteln und zum anderen ein Bewußtsein für die potentiellen Ursachen von bspw. Substanzmissbrauch zu schaffen.

Programme zur Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen („life skills“) sind beispielhaft für umfassende Gesundheitsförderungsprogramme.

Ziel solcher Interventionen ist es, dass Jugendliche mit Hilfe der erlernten personalen und sozialen Kompetenzen wie z. B. Selbstwirksamkeit, Problemlöse- bzw. Konfliktfähigkeit Schwierigkeiten konstruktiv und gesundheitsförderlich bewältigen und nicht auf risikoreiches Verhalten wie z. B. Substanzkonsum ausweichen.

Ganzheitliche Förderung heißt aber auch die Einbeziehung der unterschiedlichen Settings, in denen Jugendliche sich aufhalten (Langness, Richter und Hurrelmann 2003). Kinder und Jugendliche bekommen in den veränderten Familienstrukturen häufig nicht mehr die soziale Unterstützung, die sie für eine gesunde, altersgerechte Entwicklung benötigen. Somit werden Schule, Vereine oder Freundeskreis zu einer Art „Ersatzfamilie“, die die fehlende soziale Unterstützung kompensieren soll. Hier wird deutlich, wie wichtig Gesundheitsförderung im familiären Bereich ist. Nach Langness, Richter und Hurrelmann (2003) ist dies in Deutschland unverständlicherweise ein vernachlässigter Bereich.

Familiäre Gesundheitsförderung sollte sich nicht nur auf Hilfen in Krisen- undNotfallsituationen beschränken. Erfolgreiche Strategien berücksichtigen folgende Aspekte (Schnabel 2001):

- Gesundheitsförderung kümmert sich auch um intakte und gesunde Familien
- Maßnahmen sind auf Selbstbestimmung bzw. –befähigung ausgerichtet
- Ein wichtiges Ziel ist die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in den Familien
- Soziales Umfeld sollte einbezogen werden

Mit dem größten Anteil ihrer Zeit verbringen Kinder und Jugendliche in der Schule. Auch in der Schule als öffentlicher Institution bietet sich die äußerst sinnvolle Möglichkeit, ganzheitliche, im Sinne der WHO- Definition von Gesundheit ausgerichtete Präventionsprogramme anzusiedeln. (Leppin 1995)

Danach sollten schulische Programme im wesentlichen folgende Inhalte umfassen:

- Förderung eines gesunden Lebensstils
- Stärkung von sozialen Kompetenzen wie Konfliktbewältigung, Problemlösungsfähigkeiten, Copingstrategien, Verantwortungsbewußtsein
- Stärkung des Selbstkonzeptes durch Ausbildung und Förderung von psychischen, körperlichen und sozialen Potentialen

Grundsätzlich sollte bei jedem Entwerfen einer präventiven Intervention überlegt werden, inwieweit zielgruppenspezifische Aspekte wie Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Bildung von Bedeutung sind und für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen berücksichtigt werden müssen. Dem Geschlecht kommt hierbei insofern eine besondere Rolle zu, da sich sowohl die Belastungen und Entwicklungsprobleme wie auch die Ressourcen zur Bewältigung bei Jungen und Mädchen unterscheiden (Helfferich 1995).

Je besser die jeweilige Maßnahme auf die Besonderheiten der Zielgruppe zugeschnitten ist, um so nachhaltiger kann ihre Wirkung sein.

5.4 Fazit und Ausblick

Aus den zivilisatorischen Umweltbedingungen unserer Gesellschaft ergeben sich auch und besonders für die Generation der Jugendlichen neue gesundheitliche Probleme. Diese sind in der Regel nicht lebensbedrohlich, können aber Befinden und Lebensqualität empfindlich und dauerhaft beeinträchtigen.

So konnten auch in der Ludwigsluster Studie Befindlichkeitsstörungen, riskantes Konsumverhalten und Tendenzen zu Essstörungen nachgewiesen werden.

Der Kinder- und jugendärztliche Dienst erhebt gemäß seines gesetzlichen Auftrages seit Jahren Daten zur Erfassung des Gesundheitszustandes.

Für die Erfassung der subjektiven Gesundheit reichen diese Befunde jedoch nicht aus. Angaben über psychisches Wohlbefinden, psychosoziale Belastungen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind nur über Befragungen erhältlich.

Objektive Daten aus amtlichen Statistiken und Angaben zur subjektiven Gesundheit stehen nicht im Gegensatz zueinander, sondern ergänzen sich und können ein angemessenes Bild zur gesundheitlichen Situation Jugendlicher zeichnen. Möglichst genaue Kenntnisse über das subjektive Befinden ist ebenfalls eine Voraussetzung für die Entwicklung von abgestimmten präventiven und gesundheitsförderlichen Strategien. Zudem ist es dadurch möglich, den Bedarf an Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsmaßnahmen besser einzuschätzen (Langness, Richter und Hurrelmann 2003).

Grundlagen für Gesundheit und Lebensqualität im späteren Leben werden durch Einflüsse in Kindheit und Jugend mitbestimmt. Durch frühzeitige Erhebung der subjektiven Gesundheit kann es gelingen, bereits eingetretene Störungen und Auffälligkeiten abzufangen und deren Manifestation zu verhindern.

Der Sozialpsychiatrische Dienst und der Kinder- und jugendärztliche Dienst des Landkreises Ludwigslust sollten daher diesen einmal beschrittenen Weg beispielhaft weitergehen, nach Bedarf ausbauen und Erfahrungen hieraus weitergeben.

6. Literaturverzeichnis

Bortz, Jürgen, Döring, Nicola (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer- Verlag Berlin Heidelberg. 3. überarbeitete Auflage.

Bründel, Heidrun (2001): Suizid im Jugendalter. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Leske und Budrich, Opladen.

Bühl, Achim, Zöfel, Peter (2002): SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Pearson Studium München. 8. überarbeitete und erweiterte Auflage.

Clauß, Günter, Finze, Falk- Rüdiger, Partzsch, Lothar (1999): Statistik. Für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner. Grundlagen. Verlag Harri Deutsch, Thun und Frankfurt am Main. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage.

Dreher, Eva, Dreher, Michael (1985): Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In: D. Liepmann/ A. Sticksrud (Hrsg.): Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz. Hogrefe-Verlag, Göttingen.

Fend, Helmut (2000): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Leske + Budrich, Opladen.

Franzkowiak, Peter (1999): Gesundheit. In: Bzga Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz. 2. aktualisierte Auflage.

Habermas, Tilmann (1998): Eßstörungen der Adoleszenz. In: Oerter, Rolf, Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim. 4. korrigierte Auflage.

Havighurst, Robert J. (1972): Developmental tasks and education. Mc Kay, New York.

Helfferich, Cornelia (1995): Ansätze geschlechtsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip, Petra, Hurrelmann, Klaus, Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Juventa Verlag Weinheim und München.

Helfferich, Cornelia (2001): Jugendlicher Risikoverhalten aus geschlechtsspezifischer Sicht. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Leske und Budrich, Opladen.

Hurrelmann, Klaus (1994): Familienstreß, Schulstreß Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Beltz Verlag Weinheim und München. 2. unveränderte Auflage.

Hurrelmann, Klaus (1997): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa Verlag Weinheim und München. 5. Auflage.

Klocke, Andreas, Becker, Ulrich (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens- Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Jugendgesundheits-survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag Weinheim und München.

Kraus, Ludwig, Heppekausen, Kathrin, Barrera Andrea, Orth, Boris (2004): Die europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen ESPAD. In: www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F310.PDF. Mai 2004

Krohne, Heinz W., Hock, Michael (1994): Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes. Verlag Hans Huber, Bern.

Langness, Anja, Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus (2003): Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag Weinheim und München.

Lazarus, Richard S., Folkman, Susan (1984): Stress, appraisal and coping. Springer, New York.

Leppin, Anja (1995): Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip, Petra, Hurrelmann, Klaus, Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Juventa Verlag Weinheim und München.

Lohaus, Arnold (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen.

Mead, Margaret (1973): Der Konflikt der Generationen. Jugend ohne Vorbild. Walter-Verlag AG Olten. 4. Auflage.

Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern. 1. Auflage.

Montada, Leo (1998): Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, Rolf, Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim. 4. korrigierte Auflage.

Oerter, Rolf, Dreher, Eva (1998): Jugendalter. In: Oerter, Rolf, Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim. 4. korrigierte Auflage.

ÖGDG M-V Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern §§15,16 (2001): Verordnung über kinder- und jugendärztliche sowie –zahnärztliche Untersuchungen. Schulgesundheitspflege-Verordnung.

Pudel, Volker, Westenhöfer, Joachim (1998): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Hogrefe-Verlag, Göttingen.

Raithel, Jürgen (2001): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher – Ein Überblick. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Leske und Budrich, Opladen.

Ravens- Sieberer, Ulrike, Thomas, Christiane, Erhart, Michael (2003): Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens- Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag Weinheim und München.

Richter, Matthias, Settertobulte, Wolfgang (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens- Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag Weinheim und München.

Schnabel, Peter E. (2001): Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Juventa Verlag Weinheim

Schnell, Rainer, Hill, Paul B., Esser, Elke (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. R. Oldenbourg Verlag München. 6. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage.

Seiffge- Krenke, Inge: Gesundheitspsychologie des Jugendalters. Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen 1994.

Selye, Hans (1974): Stress. Bewältigung und Lebensgewinn. R. Piper Co. Verlag, München.

Silbereisen, Rainer K. (1998): Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: Oerter, Rolf, Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim. 4. korrigierte Auflage.

Silbereisen, Rainer K., Reese, Anneke (2001): Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Leske und Budrich, Opladen.

Trapp, Ulrike, Neuhäuser- Berthold, Monika (2001): Riskantes Ernährungsverhalten im Jugendalter. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Leske und Budrich, Opladen.

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. In: Franzkowiak, Peter, Sabo, Peter (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale Dokumente und Grundlagentexte im Wortlaut. Verlag Peter Sabo, Mainz 1993. 1. Auflage.

Zubrängel, Sabine, Settertobulte, Wolfgang (2003): Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens- Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag Weinheim und München.

7. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, Juli 2004

8. Anhang