



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Substanzbezogene Suchtprävention und Frühintervention
im Kontext Offener Jugendarbeit unter Berücksichtigung
suchtspezifischer Persönlichkeitsdimensionen und
gesundheitsbezogener Lebensqualität

Verfasserin:

Katharina Johanna Spielmann

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Mag. Dr. Reinhold Jagsch für die zuverlässige und kompetente Betreuung. Ich danke für die Gespräche und die angenehme Art, durch die er mich immer wieder daran glauben ließ, dass alles gut wird.

An dieser Stelle möchte ich mich auch ganz herzlich bei den engagierten MitarbeiterInnen der verschiedenen Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit und den Lehrpersonen der Berufsschule für Handel & Reisen, der Berufsschule für Holz, Klang, Farbe & Lack sowie natürlich bei den zahlreichen Jugendlichen für ihre Bereitschaft und ihre Ehrlichkeit bedanken.

Danke an alle, die mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Herzlichen Dank an Bernd, Patrick und an viele andere!

Ich danke meinen FreundInnen für ihr unverzichtbares Dasein in schweren Zeiten und für ihr unermüdliches Interesse an allem, was mir wichtig ist. Großen Dank an Antonia, Lena und Elke für all die schönen und bereichernden Gespräche!

Ich danke meinem Freund Clemens für seinen Glauben an mich und an diese Arbeit. Dafür, dass er mir unglaubliche Kraft und Zuversicht gibt. Dafür, dass ich mich durch ihn besser kenne und verstehe, als je zuvor.

Danke meiner Familie für die von Herzen kommende Unterstützung während des gesamten Studiums. Danke an meine Oma Anni, Tante Susi, Onkel Armin und Tante Lisi. Danke an meine Cousine Anna für das familiäre, heimelige Gefühl, so weit weg von daheim.

Ich danke meiner wunderbaren Schwester Stefanie für ihr Mitfiebern und Dabeisein, egal, wo sie gerade auf der Welt umgeht. Ganz besonders danke ich meiner wundervollen Mama für ihre unermüdliche Kraft, ihre grenzenlose Liebe, ihren unverzichtbaren Beistand und dafür, dass sie mein größtes Vorbild ist und für immer bleiben wird.

Danke!

In Erinnerung an meinen Vater, Dietmar Spielmann.

Für meine Mutter, Elisabeth Spielmann.

THEORETISCHER TEIL

Einleitung.....	2
1 Substanzkonsum und Substanzabhängigkeit.....	4
1.1 Psychotrope Substanzen	5
1.1.1 Opioide	6
1.1.2 Cannabinoide.....	6
1.1.3 Sedativa	6
1.1.4 Kokain und Crack.....	7
1.1.5 Amphetamine	7
1.1.6 Halluzinogene.....	7
1.1.7 Alkohol.....	7
1.1.8 Nikotin.....	8
1.1.9 Inhalantien	8
1.2 Störungen durch Substanzkonsum nach DSM-IV-TR und ICD-10	8
2 Jugendalter	11
2.1 Substanzkonsum im Jugendalter.....	13
2.2 Konsumverhalten im Jugendalter	15
2.3 Suchtgefährdete Jugendliche – Vulnerabilitätsfaktoren am Beispiel Alkohol	18
3 Prävention	21
3.1 Schutz- und Risikofaktorenmodelle.....	24
3.2 Förderung der Lebenskompetenz.....	25
3.3 Früherkennung und Frühintervention	26
3.4 Systemübergreifende Ansätze.....	29
4 Offene Jugendarbeit	32
4.1 Handlungsfelder und Wirkungsbereiche der Offenen Jugendarbeit.....	33
4.2 Arbeitsprinzipien und Angebote der Offenen Jugendarbeit	35
4.3 Standortbezogene und Mobile Jugendarbeit.....	37
4.4 Suchtprävention im Kontext Offener Jugendarbeit	37
5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	38
5.1 Definition gesundheitsbezogener Lebensqualität	38
5.2 Messbarkeit gesundheitsbezogener Lebensqualität	40
5.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Kindes- und Jugendalter.....	41
5.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und jugendlicher Substanzkonsum.....	42

EMPIRISCHER TEIL

6 Zielsetzung	46
7 Methodik	47
7.1 Studiendesign	47
7.2 Untersuchungsdurchführung	47
8 Messinstrumente	51
8.1 Soziodemographische Fragen	51
8.2 Fragen zur Freizeitgestaltung und suchtpreventiven Veranstaltungen	52
8.3 Substance Use Risk Profile Scale 23 (SURPS) (Woicik et al., 2009)	52
8.4 KIDSCREEN-27 (KIDSCREEN Group Europe, 2006)	53
8.5 Substanzkonsum	54
8.6 Relax, Alone, Friends, Family, Trouble (RAFFT)	54
9 Fragestellungen und Hypothesen	55
9.1 Zusammenhangshypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und den Persönlichkeitsdimensionen	55
9.2 Unterschiedshypothesen zu Konsumverhalten und Persönlichkeitsdimensionen	57
9.3 Unterschiedshypothesen zu Konsumverhalten und gesundheitsbezogener Lebensqualität	59
9.4 Unterschiedshypothese zu Freizeitgestaltung und Konsumverhalten	60
9.5 Unterschiedshypothesen zu Setting und den Persönlichkeitsdimensionen	60
9.6 Unterschiedshypothesen zu Setting und gesundheitsbezogener Lebensqualität	61
9.7 Unterschiedshypothesen zur Aktivität im Jugendzentrum und Substanzkonsum	62
10 Ergebnisdarstellung	62
10.1 Stichprobenbeschreibung	62
10.1.1 Alter, Geschlecht und Erstsprache	63
10.1.2 Bildung und Erwerbstätigkeit	64
10.1.3 Suchtpreventive Veranstaltungen und Jugendberatung	65
10.2 Gruppenbeschreibung Freizeittypen	66
10.3 Beschreibung des Konsumverhaltens	67
10.3.1 Riskanter vs. nicht riskanter Konsum	73
10.4 Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente	74
10.4.1 Reliabilitäten der Subskalen SURPS	74
10.4.2 Reliabilitäten der Subskalen KIDSCREEN-27	74

10.5	Hypothesenprüfung.....	75
10.5.1	Suchtbezogene Persönlichkeitseigenschaften und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	75
10.5.2	Konsumverhalten und Persönlichkeit	76
10.5.3	Konsumverhalten und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	78
10.5.4	Konsumverhalten und Freizeitgestaltung	79
10.5.5	Setting und Persönlichkeit	81
10.5.6	Setting und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	81
10.5.7	Setting und Substanzkonsum	82
11	Diskussion und Ausblick	85
12	Limitationen	89
13	Abstracts	90
14	Literatur	93
15	Tabellenverzeichnis	103
16	Abbildungsverzeichnis	105
17	Abkürzungsverzeichnis	106
18	Anhang	107

THEORETISCHER TEIL

Einleitung

Mein Interesse gilt den Menschen am Rand unserer Gesellschaft. Deshalb habe ich Psychologie studiert. Und deshalb habe ich diese Diplomarbeit geschrieben. Im Folgenden möchte ich kurz erklären, wie es dazu gekommen ist.

Im Jahr 2010 habe ich mich dazu entschlossen, als Freizeitpädagogin bei den Wiener Kinderfreunden tätig zu sein. Für insgesamt drei Jahre arbeitete ich am Stadtrand Wiens in verschiedenen Wohnhausanlagen mit Kindern und Jugendlichen als Parkbetreuerin. Diese Arbeit hat mir gezeigt, inwiefern es für eine kindliche und jugendliche Entwicklung entscheidend ist, in welche Familie man geboren wird. Ich hatte den Eindruck, dass viele der dort lebenden Kinder wenig elterliche Wärme, Unterstützung und Anteilnahme erlebten und bereits sehr früh Verantwortung für sich und ihre Geschwister übernehmen mussten. Gerade deshalb erschien mir die Tätigkeit der Wiener Kinderfreunde und natürlich darüber hinaus des dort ansässigen Jugendzentrums essentiell und von großer Relevanz. Es war immer wieder auffallend, wie wichtig die Freizeitmöglichkeiten und die Beziehungsarbeit für die Kinder und Jugendlichen waren und somit aus ihrem Leben nicht mehr wegzudenken.

Einige Zeit später beschloss ich, im Rahmen meines achtwöchigen Pflichtpraktikums für das Psychologiestudium mit Erwachsenen zusammen zu arbeiten. Ich überlegte lange, welches Feld passend für mich ist, und aufgrund einer zufälligen Begegnung war ich mir plötzlich ganz sicher. Diese fand in einer überfüllten U-Bahn statt, in der ein Mann bettelte. Alles was er bekam, waren leere Blicke. Ich beobachtete ihn, als er beim Versuch, den Zug zu verlassen, begann, zu Boden zu sinken und konnte ihn gerade noch stützen. Ich verließ die U-Bahn mit ihm, und wir kamen ins Gespräch, worin er sich mehrere Male für sich selbst, seine Krankheit und seine Sucht entschuldigte, obwohl ich nicht genau wusste, warum. Am selben Nachmittag begann ich, Bewerbungen für ein Praktikum im Suchtbereich zu schreiben und fing ein paar Monate später im Verein Dialog (Integrative Suchtberatung Wassermannsgasse) mit meinem Praktikum an. Noch heute bin ich dort als freie Dienstnehmerin im Journaldienst tätig und schätze diese Beschäftigung sehr.

Viele KlientInnen, die ich im Verein Dialog erlebe und kenne, sind in widrigen sozialen Umständen aufgewachsen. Familiäre Verhältnisse sind oft zerrüttet und soziale Beziehungen von Unsicherheit geprägt. Diese Eindrücke ließen mich wieder erkennen, wie entscheidend es für eine Biographie ist, in ein bestimmtes soziales Umfeld geboren

zu werden. Ich begann zu überlegen und zu recherchieren, inwiefern junge Heranwachsende in ihrer Entwicklung unterstützt und gestärkt werden können. Dabei wurde mir ein weiteres Mal klar, wie wichtig es ist, von Staat und Stadt finanzierte Strukturen – so wie die Arbeit von Jugendzentren – zu ermöglichen, damit eine kindliche und adoleszente Entwicklung nicht rein von der familiären Situation abhängig wird.

Und so kristallisierte sich langsam mein Thema heraus, mit dem ich mich am Ende meines Psychologiestudiums befasste. Mir fiel auf, dass sich nur einige wenige Untersuchungen in Österreich mit der Offenen Jugendarbeit aus der Perspektive der Jugendlichen befassen, und wollte mit einer empirischen Studie neue Impulse und Anstöße diesbezüglich geben. Ich begann, LehrveranstaltungsleiterInnen zu kontaktieren und anzusprechen, und schließlich zeigte Mag. Dr. Jagsch Interesse an meiner Forschungsidee. Wir einigten uns darauf, suchtpreventive Aspekte der Offenen Jugendarbeit in Bezug zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und suchtspezifischen Persönlichkeitsdimensionen zu setzen, um ein möglichst vollständiges Bild von der Thematik zu bekommen.

Nach einer kurzen Unterbrechung, bedingt durch ein Auslandssemester, begann ich mit meiner Erhebungsphase. Diese Arbeit war sehr herausfordernd und teilweise schwierig, die Zeit in den Jugendzentren aufgrund spannender Gespräche vor und nach den Erhebungen sehr bereichernd. Die Ergebnisse der Studie werden in der vorliegenden Arbeit beschrieben.

1 Substanzkonsum und Substanzabhängigkeit

Der Konsum psychotroper Substanzen ist ein fester Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens und des wissenschaftlichen Diskurses, und so haben sich im Laufe der Zeit zahlreiche Theorien, Erklärungsmuster und Denkansätze entwickelt, die den Konsum legaler und illegaler Substanzen beschreiben und verstehen wollen. In dieser Hinsicht ist es essentiell, zwischen Substanzkonsum und Sucht zu differenzieren und sich dabei über die Vielseitig- und Vielschichtigkeit im Klaren zu sein (Sting, 2011). Infolgedessen hat sich das begriffliche Verständnis verändert, da aus einer heutigen Perspektive versucht wird, Konsummuster bzw. Sucht als komplexes Phänomen zu verstehen, das verschiedenste individuelle Ausprägungen berücksichtigt und monokausale Erklärungen vermeidet (Schroers, 2007).

Um Substanzkonsum und -abhängigkeit zu beschreiben, eignet sich das Modell der Impuls-Kontroll-Störung. Dabei steht am Anfang ein Impuls, eine Handlung (den Konsum) auszuführen, die eine positive Verstärkung eines als lustvoll erlebten Zustandes ermöglicht. In einem zyklischen, dynamischen Prozess – bedingt durch wiederholtes Befriedigen dieser Impulse – entwickelt sich ein Zwang, der als negative Verstärkung beschrieben wird, da der Konsum ermöglicht, einem negativen und unangenehmen Zustand zu entkommen und in Folge dessen eine Erleichterung und Befreiung erlebt wird (Koob, 2004).

Im Laufe der Zeit hat sich der Begriff „Störung“ etabliert, um stigmatisierende Ausdrücke, wie Sucht und Krankheit, zu vermeiden. Gleichzeitig eignet sich der Begriff, um zu beschreiben, wie sich eine Substanzabhängigkeit auswirkt, und impliziert somit auch den Bedarf an Behandlung. Dabei muss zwischen dem psychischen und dem physischen Abhängigkeitspotential unterschieden werden; psychische Abhängigkeit wird „operationalisiert als ‚unbezwingbares Verlangen (Craving)‘ und ‚Kontrollverlust‘“. Physische Abhängigkeit, die nicht bei jeder Substanz möglich bzw. wahrscheinlich ist, lässt sich anhand von Entzugssymptomen und der Entwicklung einer Toleranz erkennen. „Akute und chronische Erkrankungen (...), psychische Störungen (z.B. Depressionen) und soziale Probleme (z.B. Familienstörungen, Arbeitsplatzverlust)“ müssen darüber hinaus im Zusammenhang mit diesem Störungsbild berücksichtigt werden (Bühringer & Behrendt, 2011, S. 699).

1.1 Psychotrope Substanzen

„Psychotrope Substanzen sind natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe, die zentralnervös auf den Organismus einwirken und Wahrnehmung, Denken Fühlen und Handeln beeinflussen“ (Bühringer & Behrendt, 2011, S. 698). Psychotrope/psychoaktive Substanzen erzeugen also Veränderungen der menschlichen Psyche (Beubler, 2006) und werden umgangssprachlich als Rauschgift oder Drogen bezeichnet. Diese Begriffe sind allerdings im wissenschaftlichen Kontext zu vermeiden, da nicht jede psychotrope Substanz eine toxische Wirkung zeigt bzw. unter Drogen im umgangssprachlichen Verständnis nicht jede Substanz mit einer psychoaktiven Wirkung gemeint ist, wie zum Beispiel Alkohol oder Nikotin. Weitere Bezeichnungen, wie „Suchtmittel“ oder „Betäubungsmittel“, sind ebenfalls nicht passend, da nicht jeder Mensch von jeder Substanz eine Abhängigkeit entwickelt bzw. nicht jede Substanz eine Betäubung induziert (Köhler, 2008).

Jede psychotrope Substanz wirkt bei (Erst)KonsumentInnen auf unterschiedliche Art und Weise. Somatisch betrachtet kann der Konsum wach bzw. beruhigt stimmen oder sich auf das Erleben von Schmerzen positiv auswirken. Auf die Psyche wirken psychotrope Substanzen euphorisierend oder hemmen Ängste, was wiederum Konsequenzen für das Erleben sozialer Situationen hat. Wenn die als positiv erlebte Wirksamkeit wiederholt und intensiviert wird, kann es zu einem Kontrollverlust über den Konsum und zur Entwicklung einer Abhängigkeit kommen (Bühringer & Behrendt, 2011).

Psychotrope Substanzen zeichnen sich durch neurochemische Reaktionsketten aus. Dabei wird die Übertragung zwischen den Nervenzellen an den Synapsen beeinflusst und verändert, für die im nicht substanzinduzierten Zustand Neurotransmitter als natürliche Überträger dienen. Der Konsum psychotroper Substanzen verändert diesen Prozess insofern, als dass Rezeptoren, an denen die Übertragung der Neurotransmitter stattfindet, besetzt werden. Dabei wird zwischen Agonisten und Antagonisten unterschieden. Beide können einen bestimmten Rezeptor besetzen, wobei der Antagonist im Gegensatz zum Agonist keine Wirkung auslöst. Im Falle einer Substanzabhängigkeit ist vor allem das limbische System, auch „Belohnungssystem“ genannt, entscheidend, da dieses durch den Konsum psychotroper Substanzen und die damit einhergehende veränderte Dopaminausschüttung beeinflusst wird (Bühringer & Behrendt, 2011; Köhler, 2008).

Um psychotrope Substanzen zu klassifizieren, müssen drei verschiedene

Aspekte berücksichtigt werden. Einerseits die unterschiedlichen Wirkungsdimensionen, die dämpfend, aktivierend und psychedelisch wirken können. Andererseits gibt es eine Vielzahl an körperlichen Symptomen einer Intoxikation sowie Unterschiede der Substanzen in Hinblick auf die Abhängigkeitsentwicklung (Küfner & Metzner, 2011).

1.1.1 Opiode

Opiode sind der Gruppe der „Narkotica“ zugeordnet, sie zeigen eine euphorisierende und sedierende Wirkung. Die Substanzen Heroin, Codein und Methadon rufen eine agonistische Wirkung auf Opiatrezeptoren hervor, die Leitsubstanz ist dabei Morphin, das als „stark wirksames Analgeticum“ beschrieben wird. Heroin wird durch die Gewinnung von Rohopium aus Schlafmohn hergestellt. Bemerkenswert ist die schnelle Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit und des Cravings, einem starken körperlichen Verlangen nach der Substanz (Geschwinde, 2003; Küfner & Metzner, 2011).

1.1.2 Cannabinoide

Haschisch und Marihuana werden aus Hanf gewonnen und beinhalten den Wirkstoff THC, der sich auf Cannabinoidrezeptoren auswirkt. Cannabinoide rufen eine Entspannung und eine Beruhigung hervor (sedierend), können aber auch stimmungsaufhellend oder stimulierend wirken und Halluzinationen verursachen. Der Konsum cannabishaltiger Substanzen erhöht die Pulsfrequenz, führt zu Rötungen der Augen und einem Austrocknen im Mund. In Zusammenhang mit vermehrtem Cannabiskonsum stehen eine leicht reizbare, ruhelose Stimmung und Konzentrationsprobleme nach Absetzen der Substanz (Geschwinde, 2003; Küfner & Metzner, 2011; Ravens-Sieberger, Erhart, Dettenborn-Betz, Cronjäger & Möller, 2011)

1.1.3 Sedativa

Sedativa sind unter anderem in Benzodiazepinen und anderen Tranquillanzien zu finden und lösen agonistische Effekte der Benzodiazepinrezeptoren und der GABA-Rezeptoren aus. Sie reduzieren in erster Linie Ängste und wirken somit entspannend (Küfner & Metzner, 2011).

1.1.4 Kokain und Crack

Die Substanzen Kokain und Crack bewirken im limbischen System eine Veränderung des Dopaminlevels. Bei Konsum dieser Substanzen ist eine gesteigerte Aufmerksamkeit, ein Drang nach Bewegung, eine schärfere Wahrnehmung sowie ein erhöhtes Selbstvertrauen beobachtbar. Auf somatischer Ebene wird die Pulsfrequenz höher sowie die Pupillen größer. Bei Intoxikation sind Wahnvorstellungen und Angststörungen möglich sowie depressive Stimmung nach Absetzen der Substanz (Küfner & Metzner, 2011).

1.1.5 Amphetamine

Unter Amphetamine fallen die Substanzen Ecstasy und MDA (Methylendioxyamphetamin), die eine Wiederaufnahmehemmung von Serotonin im limbischen System und im präfrontalen Kortex erzeugen. Die Psyche reagiert mit einer erhöhten Wachheit und dem Verlangen nach motorischer Aktivität. Auf somatischer Ebene lassen sich vermehrtes Herzklopfen, eine Tendenz zu Hitzewallungen und Schweißbildung sowie Schwindel und Erbrechen beobachten. Aufgrund der erlebten erhöhten körperlichen Leistungsfähigkeit kann es durch Dehydration und Elektrolytverlust zu gesundheitsgefährdenden Situationen kommen. Psychische Begleiterscheinungen sind unter anderem depressive Verstimmungen, das Gefühl von Erschöpfung oder auch Panikattacken (Küfner & Metzner, 2011; Ravens-Sieberger et al., 2011).

1.1.6 Halluzinogene

Halluzinogene werden auch als psychedelische Drogen bezeichnet, darunter fallen zum Beispiel LSD, Meskalin oder Ketamin. Die Substanzen hemmen die Glutamatwirkung am NMDA-Rezeptor und haben eine verzerrende, wechselnde psychische Stimmung zur Folge, wobei vor allem visuelle Halluzinationen möglich sind. Der Körper reagiert unter anderem mit einer erhöhten Körpertemperatur und einem Gefühl der Benommenheit (Küfner & Metzner, 2011; Ravens-Sieberger et al., 2011).

1.1.7 Alkohol

Beim Konsum alkoholischer Getränke zeigt sich eine Zwei-Phasen-Wirkung –eine als angenehm erlebte und eine unangenehme, später eintretende Phase. Alkohol bewirkt eine Veränderung im glutamatergen und GABAergen System. Durch regelmäßigen

Alkoholkonsum werden die negativen Wirkungen (Entzugserscheinungen) wie Erbrechen und Zittern häufiger und unangenehmer. Gleichzeitig besteht bei Alkohol die Möglichkeit einer Toleranzentwicklung, also eine erhöhte Verträglichkeit, was ein Steigern der Konsummenge zur Folge hat, um die erwünschte Wirkung hervorzurufen. Alkohol hat irreversible Auswirkungen auf den menschlichen Körper, hauptsächlich auf die Leber. Die Substanz hat eine entspannende sowie aufheiternde Wirkungen und löst Ängste und Hemmungen im sozialen Kontext (Lindenmeyer, 2011).

1.1.8 Nikotin

Nikotin hat einen stimulierenden und gleichzeitig entspannenden Effekt und eine ähnlich schnelle, effiziente Wirkung wie Opiate, vor allem in Hinblick auf das Suchtpotential. Es wird auch von Tabaksucht gesprochen, da Nikotin nicht ohne Tabak konsumiert wird. Im Falle eines Entzugs treten mehrere körperliche und psychische Beschwerden auf, wie Launenhaftigkeit, Konzentrationsprobleme, depressive Verstimmungen oder auch ein verstärktes Hungergefühl. Beim Rauchen werden die oralen Nervenendigungen gereizt, und das Nikotin gelangt schnell durch Interaktion der nikotinergeren Azetylcholinrezeptoren in das Gehirn. Regelmäßiges Rauchen hat immense negative Auswirkungen auf den Körper. Als positiv erlebte Wirksamkeit von Nikotin können eine gesteigerte Leistung oder eine bessere Aufmerksamkeit genannt werden (Hoch & Kröger, 2011; Ravens-Sieberger et al., 2011).

1.1.9 Inhalantien

Inhalantien, wie zum Beispiel diverse Lösungsmittel, Klebstoffe, Nagellack, Sprays oder andere Gase, wie Benzin, sind Stoffe, die durch Inhalation zu Rauschzuständen und einer veränderten Bewusstseinslage, wie Euphorie und Illusionen, führen können. Regelmäßige Inhalation kann körperliche Probleme verursachen, hauptsächlich in Bezug auf den Gehirnaparat, sowie eine Erkrankung der Atemwege und des Herzens, was gravierende Langzeitfolgen impliziert (Ravens-Sieberger et al., 2011).

1.2 Störungen durch Substanzkonsum nach DSM-IV-TR und ICD-10

Um wissenschaftlich fundierte klinische Diagnosen erstellen zu können, beschreibt die American Psychiatric Association (APA) im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR sowie in der deutschen Version von Saß, Wittchen, Zaudig und Houben (2003) Substanzabhängigkeit bzw. Substanzmissbrauch anhand

verschiedener Kriterien. Unter Substanzabhängigkeit verstehen die AutorInnen folgende Kriterien, wobei drei davon in den letzten 12 Monaten erkennbar sein müssen:

- Toleranzentwicklung und Steigerung der Dosis
- Entzugssymptome
- Große Konsummenge, langer Konsum
- Wunsch/Versuche, Konsum zu verringern bzw. zu kontrollieren
- Viel in Anspruch genommene Zeit aufgrund des Konsums
- Sonstige Aktivitäten werden eingeschränkt
- Trotz Kenntnis von Problemen wird Konsum fortgesetzt

Als Substanzmissbrauch werden verschiedene Kriterien genannt, wobei nicht die Kriterien einer Substanzabhängigkeit zutreffen dürfen. Für die Diagnose Substanzmissbrauch muss in den letzten 12 Monaten eine Beeinträchtigung bzw. ein Leiden beschrieben und erlebt werden und zumindest eine der folgenden Kriterien auf die Person zutreffen:

- Versagen bei Pflichterfüllungen aufgrund eines wiederholten Substanzkonsums
- Substanzkonsum trotz möglicher körperlicher Gefährdung
- Probleme mit dem Gesetz aufgrund des Substanzkonsums
- soziale und zwischenmenschliche Probleme aufgrund des Substanzkonsums

In der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011), dem Diagnose-Instrument der WHO, wird im Kapitel V „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ im Unterkapitel „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ neben der akuten Intoxikation und dem schädlichen Gebrauch unter anderem das Abhängigkeitssyndrom als eine medizinisch-psychiatrische Kategorie angeführt. Im Allgemeinen wird dabei beschrieben, dass der Konsum psychotroper Substanzen im Vergleich zu anderen Verhaltensweisen prioritär behandelt wird, und dabei ist ein starkes Bedürfnis nach der Substanz entscheidend und prägend. Die Diagnosekriterien sind sowohl für den Konsum einzelner Substanzen, Substanzgruppen und verschiedener Substanzen relevant. Für die Diagnose F1x.2 Abhängigkeitssyndrom müssen drei oder mehr der folgenden Kriterien im letzten Jahr beobachtbar sein:

- Intensives Verlangen/Zwang zu konsumieren
- Eingeschränkte Kontrolle über den Konsum
- Körperliche Entzugerscheinungen bei Reduktion bzw. Beendigung des

Konsums

- Toleranzentwicklung bzw. Dosissteigerung
- Verhaltensweisen geprägt von Konsum, viel Zeit wird investiert
- Konsum wird aufrechterhalten, obwohl schädliche Folgen bewusst sind

Es sei aber darauf hingewiesen, dass zusätzlich zu den klassischen Diagnosekriterien auch noch vielseitige andere Konsummuster zu beobachten sind: „Neben Probierkonsum, gelegentlichem (sporadischem), experimentellem, gewohnheitsmäßigem, temporärem, (lebensphasen-)begrenztem, anlassbezogenem in einem bestimmten Zeitfenster auftretendem Konsum stellen riskanter, problematischer Konsum, Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit unterschiedliche Facetten im Gesamtbild des Konsumverhaltens dar“ (Schroers, 2007, S. 9).

Um der Komplexität des Suchtbegriffs gerecht zu werden, gibt es diesbezüglich Veränderungen in den aktuellen und noch nicht veröffentlichten Diagnoseinstrumenten DSM-5 und ICD-11. So wird der Ausdruck „Sucht“ wieder zu finden sein, gleichzeitig wird weniger anhand der verschiedenen Substanzen, sondern mehr auf Basis der gemeinsamen psychischen und physischen Störungsbildern klassifiziert. Im DSM-5 wird eine Zusammenführung der Diagnosekriterien für Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit angedacht, da sich diese Differenzierung als wenig sinnvoll herausgestellt hat. In der neuen Version soll bei ein bis zwei Symptomen eine „leichte Substanzstörung“ diagnostiziert werden, bei drei oder mehr eine „schwere Substanzstörung“ (Bühner & Behrendt, 2011).

Kritisch ist zu bemerken, dass sich die angeführten Diagnosekriterien laut DSM-IV-TR und ICD-10 hauptsächlich auf eine erwachsene Population beziehen, was ihre Validität für Jugendliche fraglich macht. Sie können nicht unreflektiert auf Jugendliche umgelegt werden, da das zu etwaigen Fehldiagnosen führen kann (Martin & Winters, 1998). Denn gerade was die Häufigkeit und Mengen des Konsums alkoholischer Getränke betrifft, gibt es große Unterschiede in der Auffassung. So konnten Hays und Ellickson (1996) zeigen, dass die Einschätzungen von ExpertInnen, ab wann von einem jugendlichen Alkoholmissbrauch gesprochen werden kann, sehr variabel sind und somit klinische Diagnosen in Hinblick auf Jugendliche unterschiedlichen Alters nicht ausreichen, um das jugendliche Trinkverhalten angemessen beschreiben zu können.

Dass in der ICD-10 V(F) keine altersspezifischen Diagnosekriterien angeführt

werden, ist insofern problematisch, als dass gerade soziale Faktoren im Jugendalter in Bezug auf schädlichen Alkoholkonsum relevant sind, wie zum Beispiel Probleme in der Schule oder in der Peergroup (Ravens-Sieberer et al., 2011).

2 Jugendalter

Im Allgemeinen zeichnet sich das Jugendalter mit Beginn der Pubertät durch zahlreiche Veränderungen auf sozialer, emotionaler und kognitiver Ebene aus, wie eine neu definierte Beziehung zu den Eltern und anderen Jugendlichen bzw. eine größere Autonomie, und ist somit mit einigen Herausforderungen verbunden. Diese können unter dem Begriff „Entwicklungsaufgaben“ subsumiert werden (Castellanos-Ryan, O’Leary-Barrett & Conrod, 2013; Hurrelmann & Richter, 2006)

Im Prinzip ist das Jugendalter von Gesundheit geprägt, allerdings sind Jugendliche anfällig für riskantes und gesundheitsgefährdendes Verhalten, was zu einer erhöhten Mortalität bzw. Morbidität unter Jugendlichen führt. Darunter fallen zum Beispiel ein riskantes Sexualverhalten oder der Konsum legaler und illegaler Substanzen (Irwin, Scott & Cart, 2002; Kulbok & Cox, 2002). Das riskante Verhalten im Jugendalter erfüllt allerdings eine wichtige Funktion, da es Jugendlichen ermöglicht, sich den Herausforderungen ihres Alters zu stellen und sich damit zu konfrontieren (Engels & Bogt, 2001).

Das Jugendalter ist auch insofern eine entscheidende Lebensspanne, da sich in dieser Zeit wichtige Persönlichkeitscharakteristika, wie zum Beispiel Problemlöse- bzw. Bewältigungsstrategien, entwickeln, die für das gesamte spätere Leben prägend sind. Wie mit bestehenden, herausfordernden und problematischen Situationen in der Adoleszenz umgegangen wird, ist ein Produkt der bisherigen Erfahrungen. Hurrelmann und Richter (2006) beschreiben in der „Sozialisationstheorie“, welche Faktoren Muster bestehender Bewältigungsstrategien erklären und beeinflussen, die darüber entscheiden, wie Individuen mit entwicklungsbedingten Aufgaben umgehen und diese erfolgreich meistern (siehe Abb. 1). Dabei unterscheiden sie zwischen geeigneten und nicht-geeigneten Bewältigungsstrategien, die wiederum von „a large array of individual as well as psychosocial risk and protective factors for adolescent risk behaviour“ beeinflusst werden (p. 21). So führen die Autoren an, dass bei einer bestehenden Problematik angemessene bzw. passende Coping-Strategien körperliche, psychosoziale sowie soziale negative Auswirkungen verhindern können. Entscheidend dabei ist eine

(Lern-)Fähigkeit, krisenhafte Situationen zu bewältigen, was wiederum die Persönlichkeit stärkt und auf zukünftige, herausfordernde Lebensumstände im Sinne der Resilienz vorbereitet. Im Gegensatz dazu zeichnen sich nicht vorhandene bzw. unangemessene Bewältigungsstrategien durch Passivität, Ausweichen und Abwehr aus.

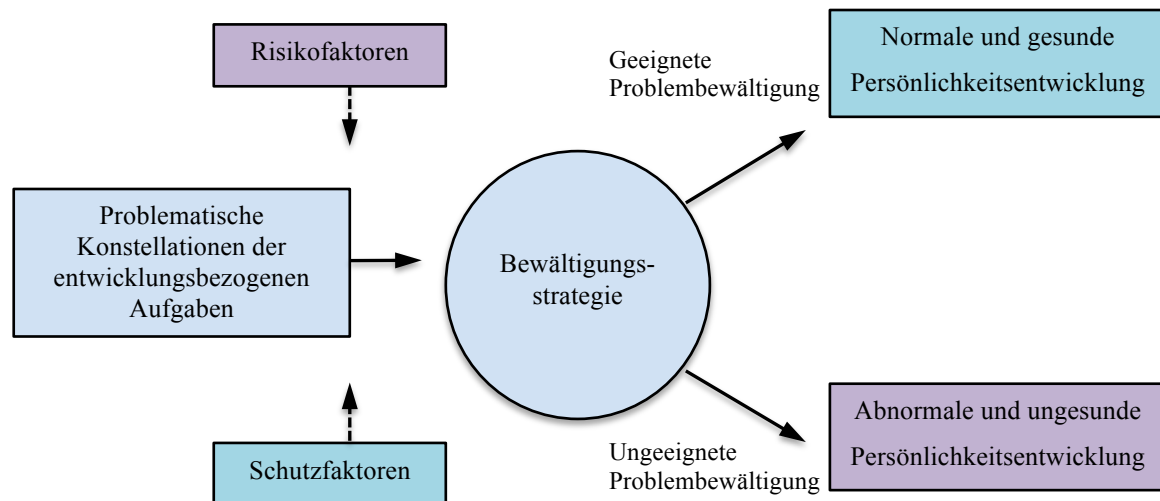


Abbildung 1. Entwicklungsaufgaben und geeignete/ungeeignete Problembewältigungsstrategien (nach Hurrelmann & Richter, 2006, S. 22, übersetzt durch die Verfasserin)

Entwicklungsbezogene Veränderungen und Aufgaben in der Adoleszenz können Stress und Druck erzeugen und zu einem externalisierten Problemverhalten führen, wie zum Beispiel in Bezug auf das Familienleben, das Verhalten in der Schule, im Freundeskreis oder im öffentlichen Raum. Auf der anderen Seite kann sich die belastende Situation auch auf die psychische, mentale oder körperliche Verfassung auswirken, also internalisierte Prozesse auslösen, wie beispielsweise Interessensverlust bis hin zur depressiven Verstimmung oder auch psychosomatischen Auffälligkeiten. Entscheidend dabei sind fehlende Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Herausforderungen des adoleszenten Lebens. „These forms of behaviour are a symptom for a lack of coping skills. The adolescent reacts with helplessness because he/she sees himself/herself as responsible, but lacks the knowledge needed to find a solution“ (Hurrelmann & Richter, 2006, p. 24). Diese nicht ausreichenden oder unpassenden Bewältigungsstrategien im Jugendalter können zu einem launen- und wechselhaften, unberechenbaren, eigenwilligen und unangepassten Verhalten führen, das internalisierte und externalisierte Prozesse impliziert. Die von Hurrelmann und Richter (2006) bezeichnete „evasive variant“ (ausweichende Variante) zeigt sich beispielsweise durch

gesundheitsgefährdendes Verhalten, wie riskanten Konsum, (Auto)aggressivität und Essstörungen (siehe Abb. 2).

Jede dieser beschriebenen Verhaltensweisen dient dazu, den jugendlichen Stress und Druck zu bewältigen, wobei durch fehlende Konfrontation mit der eigenen Persönlichkeitsentwicklung jene Probleme nicht gelöst werden können, was weitreichende Konsequenzen für die weitere Persönlichkeitsentwicklung impliziert. „In the long run, this mechanism results in negative dynamics for all further development of one’s personality“ (p. 24).

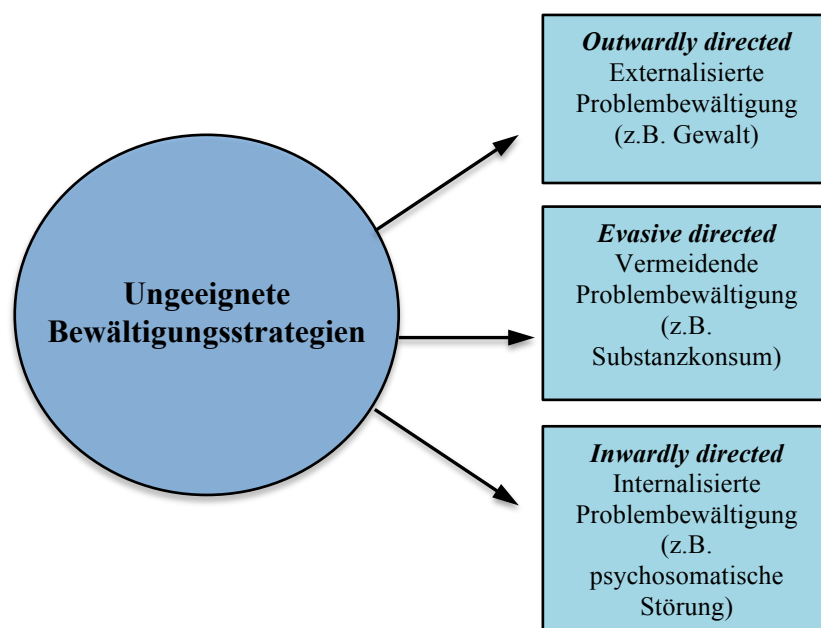


Abbildung 2. Formen der ungeeigneten Bewältigungsstrategien (nach Hurrelmann & Richter, 2006, S. 24, übersetzt durch die Verfasserin)

2.1 Substanzkonsum im Jugendalter

Wie bereits erwähnt, ist die Adoleszenz zumeist die Zeitspanne, in der vermehrt erste Konsumerfahrungen gemacht werden bzw. in der häufig ein riskantes Verhalten beobachtet wird. Am häufigsten konsumieren Jugendliche legale Substanzen wie Alkohol, Nikotin oder Schnüffelfstoffe. Cannabis und Ecstasy sind die illegalen Substanzen, die hauptsächlich von Jugendlichen konsumiert werden, im Gegensatz zu Opiaten und Kokain (Ravens-Sieberer et al., 2011).

Auch wenn das Konsumverhalten im Jugendalter keinen direkten Rückschluss auf spätere Entwicklungen hinsichtlich eines problematischen Konsums erlaubt (Schroers, 2007), haben epidemiologische Studien gezeigt, dass diese Zeitspanne eine

äußerst relevante Entwicklungsperiode hinsichtlich eines sich entwickelnden Konsummusters ist (Castellanos-Ryan et al., 2013). So konnten Andersen, Due, Holstein und Iverse (2003) in einer dänischen Längsschnittstudie zeigen, dass das Trinkverhalten im Alter von 15 Jahren mit einem problematischen Alkoholkonsum vier Jahre später zusammenhängt, und wird von den AutorInnen somit als ein Prädiktor für ein riskantes und problematisches Konsummuster interpretiert. In einer anderen Studie zeigte sich außerdem, dass je früher im Jugendalter Alkohol konsumiert wird, desto wahrscheinlicher ist es, in den folgenden Jahren noch vor dem 26. Lebensjahr eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Damit zusammenhängend sind eine höhere Rückfallquote bzw. länger andauernde Konsumepisoden beobachtbar (Hingson, Heeren & Winter, 2006), dies konnte auch in einer Längsschnittstudie gefunden werden (Grant, Stinson & Harford, 2001).

Einige AutorInnen weisen allerdings darauf hin, dass man hinsichtlich des Substanzkonsums von einem normativen Verhalten in diesem Alter sprechen kann, was mehrere Gründe hat. Einerseits konsumieren Jugendliche, um mit den erwähnten Veränderungen umzugehen bzw. sie zu bewältigen. Andererseits auch, um bestimmten Entwicklungsaufgaben nachzugehen, wie zum Beispiel der Abgrenzung von den Eltern und der damit verbundenen Autonomiebestrebung bzw. Identitätsentwicklung. Der Konsum psychotroper Substanzen ermöglicht außerdem, Verhaltensweisen nachzuahmen, die in der Gesellschaft mit dem Erwachsenenalter stark assoziiert sind, aber bei Jugendlichen ungern gesehen werden. Dazu kommt das Zugehörigkeitsbestreben zu Gruppen gleichaltriger Jugendlicher und der Wunsch, miteinander etwas Neues und Aufregendes zu erleben. Diese Aspekte erscheinen Jugendlichen relevanter als mögliche ungesunde Auswirkungen auf ihren Körper aufgrund des Konsumverhaltens (Hurrelmann & Richter, 2006; Leppin, Hurrelmann & Petermann, 2000). Jugendliche weisen schlussfolgernd eine minimale „Bedrohungskognition“ auf, d.h. wenig Problembewusstsein bezüglich potentiell riskanter Verhaltensweisen. Dabei werden potentiell gesundheitsgefährdende Faktoren und Nebenwirkungen sowie das Suchtpotential psychotroper Substanzen unterschätzt (Farke, Hurrelmann & Alte-Teigeler, 1998; Petermann & Roth, 2006).

Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit dem jugendlichen Konsumverhalten ist das des sozialen Einflusses der Gleichaltrigen – der Gruppendruck (BZgA, 2006). Bauman und Ennett (1996) konnten allerdings in einem Review zeigen, dass dieser Effekt überschätzt wird, da angenommen werden kann, dass

Substanzkonsum eher der Grund für eine Freundschaft ist, als das Ergebnis davon. So unterscheiden die AutorInnen zwischen verschiedenen Konstellationen:

„(...) (a) drug users choose other users to be friends, (b) non-users choose other non-users to be friends, (c) friendships dissolve when the drug behavior of friends becomes dissimilar (deselection), and (d) peer groups restrict membership to people with drug behaviors like their own“ (p. 187). Diese Prozesse werden als Selektion bezeichnet und stellen den angenommenen großen Einfluss der Peergruppe in Frage.

Im Allgemeinen sind Jugendliche die wichtigste Zielgruppe der Suchtprävention, da sie im Vergleich zu anderen Altersgruppen aufgrund struktureller Gegebenheiten erreichbar sind, und es besteht eine größere Chance, sich entwickelnde problematische Konsummuster zu verändern. Des Weiteren brauchen Jugendliche aufgrund einer erhöhten Vulnerabilität, begründet durch die oben angeführten zahlreichen Veränderungen, besonders viel Unterstützung in ihrer Entwicklung (Schroers, 2007). Da Sucht aus heutiger Perspektive im Zusammenhang mit einem komplexen biographischen Prozess gesehen wird und somit einen zeitlichen Verlauf impliziert, kann davon ausgegangen werden, dass Jugendliche selten von einer Sucht in diesem Sinne betroffen sind (Petermann & Roth, 2006; Schroers, 2007).

Im Gegensatz zur erwachsenen Population ist es allgemein schwierig, Aussagen über süchtige Jugendliche zu machen. Das hat mehrere Gründe. Sting (2011) spricht zum Beispiel von einer Problemverschiebung, da sich in der Vergangenheit immer wieder die Diskussionen über neuartige gesamtgesellschaftliche Phänomene, wie zum Beispiel die Nutzung neuer Medien oder auch der Konsum bestimmter Substanzen, um die Rolle der Jugendlichen gedreht hat. Es entsteht der Eindruck, die Debatte tendiert dahingehend, „in der Erwachsenengesellschaft tabuisierte Problem- und Praxisbereiche wie Sucht auf das Jugendalter zu projizieren“ (Sting, 2011, S. 309), und lenke somit von der eigentlichen Problematik ab. Außerdem gibt es einen Effekt des Alters auf die Bereitschaft, über den eigenen Konsum zu berichten; so tendieren ältere Befragte dazu, den Konsum als geringer und Jüngere den Konsum als höher anzugeben, als es eigentlich der Fall ist (Uhl, Strizek, Puhm, Kobra & Springer, 2009).

2.2 Konsumverhalten im Jugendalter

Die „Health Behaviour of School-aged Children (HBSC)“-Studie ist eine europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, die gemeinsam von WHO, Europabüro und ForscherInnen der Europäischen Union erarbeitet wird. Die folgenden Daten beziehen

sich auf die 8. HBSC-Erhebung in Österreich im Jahr 2010 und beschreiben das Alkohol-, Nikotin- und Cannabis-Konsumverhalten von SchülerInnen zwischen 11 und 17 Jahren (BMG, 2012).

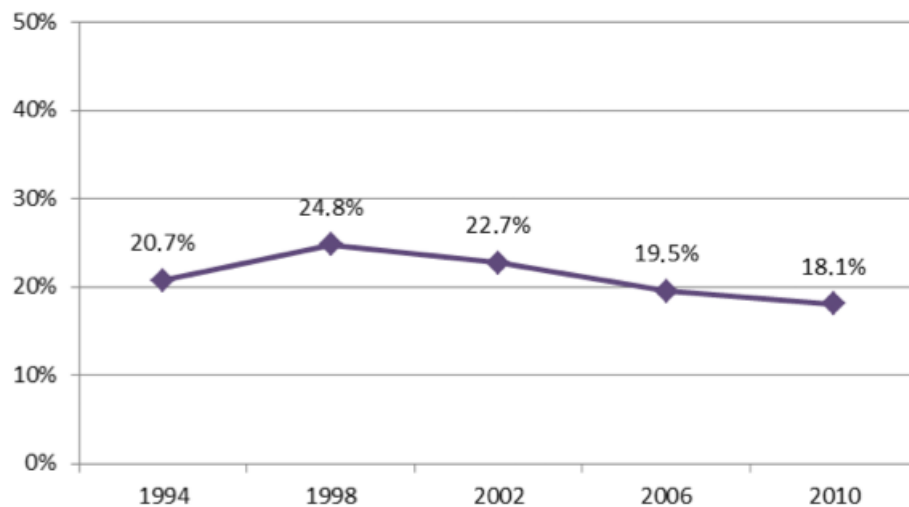


Abbildung 3. 11-, 13- und 15-jährige rauchende SchülerInnen (seit 1994) (aus BMG, 2012, S. 3)

Die Studie hat ergeben, dass 25.4% der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schüler rauchen, 13.8% geben an, täglich zu rauchen, 4.7% berichten von einem wöchentlichen Konsum, und 7% rauchen seltener als ein Mal die Woche. Auch der Erstkonsum wurde erhoben. Mit 11 Jahren oder davor haben 9.6% zum ersten Mal geraucht, 39% gaben an, im Alter zwischen 12 und 14 Jahren die erste Zigarette geraucht zu haben. 17.6% kamen mit 15 Jahren zum ersten Mal in Kontakt mit Nikotin. Je älter die Jugendlichen werden, desto mehr rauchen sie. Es rauchen mehr Mädchen als Burschen, dafür weniger oft. Allgemein ist das Rauchen unter den 11- bis 17-Jährigen seit 1998 zurück gegangen (BMG, 2012) (siehe Abb. 3). Eine andere Studie des Bundesministeriums für Gesundheit zeigte allerdings einen höheren Anteil an jugendlichen RaucherInnen, nämlich 53% unter 19 Jahren, was laut den AutorInnen höher ist als in der Gesamtbevölkerung. Außerdem konnten sie den sogenannten „Akzelerationseffekt“ nachweisen, der beschreibt, dass Jugendliche immer früher zu rauchen beginnen (Uhl et al., 2009).

In Bezug auf den Konsum von Alkohol berichten 43.1%, in ihrem Leben noch nie alkoholische Getränke konsumiert zu haben; vom restlichen Anteil trinken 2.9% täglich Alkohol, 22.2% konsumieren laut den Angaben ein Mal die Woche, 12.1% ein Mal im Monat und 19.7% seltener. Auch der Alkoholkonsum ist laut den AutorInnen in den letzten Jahren zurückgegangen.

In Anlehnung an die Diagnose- und Klassifikationsinstrumente kann auch der jugendliche Konsum anhand verschiedener Stufen eingeteilt und beschrieben werden und zwischen Experimentierkonsum, missbräuchlichem Konsum und abhängigem Konsum unterschieden werden (siehe Abb. 4).

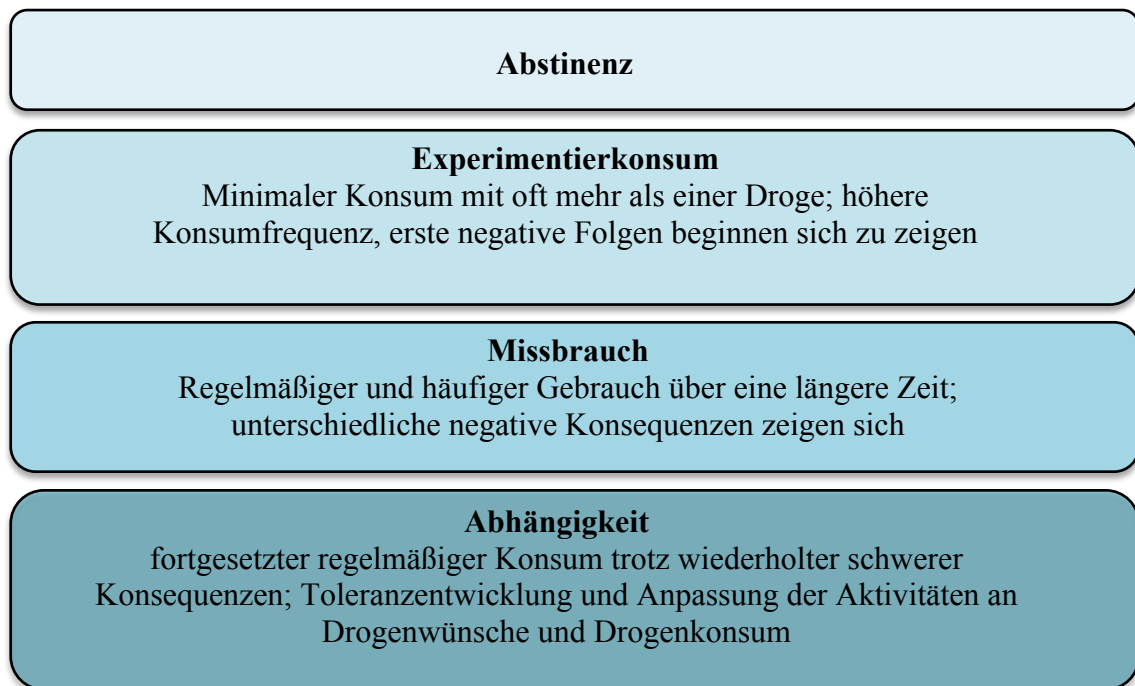


Abbildung 4. Jugendspezifische Definition der einzelnen Stadien Abhängigkeitsentwicklung als Kontinuum (aus BZgA, 2005, S. 17)

Chronischer Alkoholkonsum zeichnet sich im Jugendalter durch „erhöhte Reizbarkeit und Stimmungs labilität, beeinträchtigte Leistungsfähigkeit, besonders der Merkfähigkeit und kognitiver Leistungen, sowie zunehmende Veränderungen der Persönlichkeit“ aus (Ravens-Sieberer et al., 2011, S. 666), oft werden davon Betroffene straffällig bzw. entwickeln schwerwiegende somatische Beschwerden. Für ca. 2–3% treffen die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit zu, wobei vier Mal so viele männliche Jugendliche davon betroffen sind. Etwa die Hälfte der alkoholabhängigen Jugendlichen schafft es, den Konsum zu kontrollieren (Ravens-Sieberer et al., 2011; Steinhausen, 2006).

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz im Jugendalter. 80.4% zwischen 16 und 17 Jahren haben noch nie Cannabis konsumiert; von den restlichen 19.6% berichten 8.7% von einem Probierkonsum (ein oder zwei Mal), 3.1% von einem drei- bis fünfmaligen Konsum und 7.8% von einem häufigeren Konsum als fünf Mal. 14.4% der Jugendlichen gaben an, im letzten Jahr und 7.6% im letzten Monat

mindestens ein Mal konsumiert zu haben. Über die Entwicklung des Cannabiskonsums unter Jugendlichen in Österreich lässt sich anhand dieser Studie nichts sagen, da im Jahr 2006 zum ersten Mal der Cannabiskonsum thematisiert wurde (BMG, 2012).

Die am häufigsten konsumierte synthetisch hergestellte Substanz ist Ecstasy. Es ist schwierig, die Prävalenz im Jugendalter einzuschätzen, wobei ein Prozentsatz von fünf bis acht angenommen wird (Ravens-Sieberer et al., 2011; Steinhausen, 2006).

Eine für das Jugendalter spezielle Substanz sind Inhalantien, ca. 2% berichten in Deutschland von Konsumerfahrungen. Vor allem Jugendliche sozial benachteiligter und bildungsferner Schichten sind davon betroffen (Steinhausen, 2006).

2.3 Suchtgefährdete Jugendliche – Vulnerabilitätsfaktoren am Beispiel Alkohol

Alkohol ist unter Jugendlichen eine sehr häufig konsumierte psychoaktive Substanz, das haben zahlreiche Studien belegt (BZgA, 2004). Ein geringer, gelegentlicher Konsum ist dabei schon im jungen Jugendalter beobachtbar, im Laufe der Jugend nimmt zumeist die Menge und die Regelmäßigkeit zu. Ein riskanter Alkoholkonsum zeigt sich im Jugendalter vor allem durch ein episodisches Rauschtrinken, auch Binge Drinking genannt (BZgA, 2004). Um Unterschiede im (früh)jugendlichen Konsumverhalten zu erklären und beschreiben zu können, hat sich „The Deviance Prone Model“ (Chartier, Hesselbrock & Hesselbrock, 2010) etabliert, das versucht, verschiedene Faktoren in ihrer Komplexität vereinfacht und möglichst vollständig darzustellen. Das Modell berücksichtigt dabei die Aspekte Alkoholismus im familiären Kontext, Persönlichkeitseigenschaften, kognitive Funktionsfähigkeit, Anpassungsprobleme, Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu Gleichaltrigen. Dabei wird versucht, Jugendliche hinsichtlich eines erhöhten Risikos für frühen und problembehafteten Alkoholkonsum beschreiben und unterscheiden zu können.

Um den familiären Einfluss auf den Umgang mit Alkohol und anderen psychotropen Substanzen verstehen zu können, sollte immer eine genetische und eine umgebungsbedingte Perspektive eingenommen werden. Genetische Risikofaktoren werden schon seit einigen Jahren analysiert, es wird angenommen, dass die Genetik bzw. die Vererbbarkeit um die 50% der Varianz in Hinsicht auf das Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, ausmacht, was sowohl bei Frauen als auch bei Männern belegt werden konnte (Heath et al., 1997; Kendler, Heath, Neale, Kessler & Eaves, 1992). Alkoholismus ist ein komplexes Störungsbild, und somit muss eine Vielzahl an Faktoren berücksichtigt werden. Infolgedessen wird eine *Gen x Gen*- bzw. eine *Gen x Umwelt-Interaktion* angenommen, da unterschiedliche Eigenschaften die

Wirkungsweise von genetischem Material signifikant beeinflussen (Iyer-Eimerbrink & Nurberger, 2014). Als relevante Umweltfaktoren werden dabei u.a. elterliche Ablehnung und emotionale Wärme gesehen (Barnow, Schuckit, Lucht, John & Freyberger, 2002). Es kann angenommen werden, dass die eben erwähnte genetische Disposition durch das individuelle Temperament eines Menschen ausgedrückt wird. Im Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum werden u.a. ein negativer Affekt bzw. Kontrollverlust gesehen (Chartier et al., 2010). Kontrollverlust wiederum hängt mit bestimmten Persönlichkeitseigenschaften zusammen, wie zum Beispiel Risikobereitschaft (Zucker, 2008), die in einer bestimmten Ausprägung mit einem sich entwickelnden, problematischen Konsummuster im Jugendalter zusammenhängen (Woicik, Stewart, Pihl & Conrod, 2009).

Es wurde gezeigt, dass sogenannte suchtspezifische Persönlichkeitseigenschaften im Zusammenhang mit einem problematischen Alkohol- und Drogenkonsum stehen, was auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gezeigt werden konnte. So konnte nachgewiesen werden, dass die Dimension Impulsivität mit einem Konsum stimulierender Substanzen, Sensation Seeking mit einem Mischkonsums (sowie einer generellen Tendenz zu riskantem Handeln) und Hoffnungslosigkeit sowie Angstsensitivität mit dem Konsum sedierender Substanzen im Zusammenhang stehen. Allerdings zeigte sich, dass Angstsensitivität negativ mit Cannabiskonsum korreliert. Es wird somit diesen Persönlichkeitsfaktoren ein prädiktiver Wert zugeschrieben, da sie mit persönlichkeitsbezogenen Risikofaktoren und Persönlichkeitsstörungen im Sinne der Psychopathologie sowie mit fehlenden Bewältigungsstrategien zusammenhängen und somit einen problematischen Substanzkonsum wahrscheinlicher machen (Woicik et al., 2009).

In einer Validitätsstudie des Persönlichkeitsfragebogens SURPS (Substance Use Risk Profile Scale) konnte gezeigt werden, dass die Ausprägungen der Eigenschaften Hoffnungslosigkeit, Impulsivität und Sensation Seeking mit einem erhöhten gegenwärtigen und zukünftigen Konsumverhalten im frühen Jugendalter zusammenhängen, während eine stark ausgeprägte Persönlichkeitsdimension Angstsensitivität mit einem geringen Konsum in Verbindung gebracht werden kann. Somit kann davon ausgegangen werden, dass diese Faktoren einen stabilen und validen Prädiktorwert ermöglichen, um einen problematischen jugendlichen Substanzkonsum zu erkennen und vorherzusagen. In dieser Längsschnittstudie wurde nur ein einjähriger Abstand zwischen den Erhebungszeitpunkten gewählt, um den zahlreichen

Veränderungen im Jugendalter gerecht zu werden, die auch Persönlichkeitsstruktur und Konsumgewohnheiten betreffen (Krank et al., 2011).

Anpassungsprobleme sind vor allem bei Jugendlichen beobachtbar, die früh Alkohol konsumieren, was ein Risiko für eine spätere, sich verhärtende Alkoholproblematik bedeutet (Kuperman et al., 2005).

Der Wirkungsbereich der sozialen Beziehungen betrifft die Familie und Freundschaften. Allgemein zeigt sich im Jugendalter, dass die wahrgenommene Unterstützung vonseiten der FreundInnen als größer wahrgenommen wird als die der Familie, was mit dem entwicklungsbedingten Ablöseprozess zusammen hängen dürfte. Die erlebte Unterstützung vonseiten der Familie und des Freundeskreises haben allerdings unterschiedliche Auswirkungen auf das Konsumverhalten. So belegten Branstetter, Low und Furman (2011), dass die als gut erlebte Beziehung zur Mutter bedeutet, weniger zu konsumieren, während dieser Effekt nicht in Bezug auf nahe Freundschaften beobachtbar war. Es zeigte sich nämlich, dass das Konsumverhalten der FreundInnen den eigenen Substanzkonsum prägt, unabhängig davon, ob die Freundschaft als unterstützend oder konfliktbehaftet erlebt wird. Dieser Mechanismus war bei allen Substanzen außer beim Tabakkonsum beobachtbar; dieser wurde nämlich von der Qualität der freundschaftlichen Beziehungen beeinflusst.

Dass die erlebte Qualität einer Freundschaft auch den Konsum anderer Substanzen bedingt, belegten Avena und Hesselbrock (2001) in ihrer Studie. Dabei konsumierten Jugendliche, die weder genügend familiäre noch freundschaftliche Unterstützung erlebten, mehr Cannabis und Tabak, während dieser Effekt bei Alkohol nicht beobachtbar war. Hier zeigte sich ein paradoxer Effekt: Eine ausgeprägte Unterstützung vonseiten der FreundInnen hing mit einem vermehrten Alkoholkonsum zusammen.

In Bezug auf die Qualität naher sozialer Beziehungen beschreiben Haas, Vorderwinkler und Weigl (2002) die Relevanz einer erlebten Struktur- und Perspektivenlosigkeit, die durch eine unsichere familiäre wie auch soziale Situation entstehen kann. Familiäre Interaktionen unterscheiden sich in puncto Vermitteln von Struktur, Unterstützung und Verantwortlichkeiten im Alltagsleben sowie in Bezug auf das nachvollziehbare Einsetzen von Grenzen. Auf einer emotionaleren Ebene sind Aspekte wie Aufmerksamkeit, Zuwendung, Unterstützung sowie ein verlässlicher Umgang entscheidend, die eine vertrauensvolle und sichere Beziehung ermöglichen. Die Qualität dieser verschiedenen Interaktionen entscheidet dann darüber, inwiefern

Jugendliche in ihrem Entwicklungsprozess Problembewältigungsstrategien anwenden und reflektieren können.

Die familiäre Situation kann einen essentiellen Risikofaktor für gesundheitsgefährdenden Substanzkonsum bedeuten. Dabei wird zwischen „rigiden, autoritären Familienverhältnissen“ und „instabilen, strukturlosen Familienverhältnissen“ unterschieden. So kann der Konsum psychotroper Substanzen einerseits mit dem Verlangen zu tun haben, aus den starren, familiären Verhältnissen auszubrechen, oder auch Struktur und Geborgenheit im konsumierenden freundschaftlichen Umfeld zu finden (Haas et al., 2002).

Abseits der familiären Situation kann auch eine fehlende Struktur im sozialen Umfeld einen Risikofaktor darstellen. Eine unzureichende Vorbereitung vonseiten des Elternhauses bzw. der Schule auf die Ausbildung bzw. das Berufsleben kann zu Misserfolg und Verunsicherung führen. Auch das Wohnen ist ein wichtiger Aspekt – instabile familiäre Bedingungen resultieren oft in prekären Wohnsituationen. Darüber hinaus ist auch im Freizeitleben eine gewisse Struktur entscheidend, da problematisch konsumierende Jugendliche selten eine organisierte Freizeitgestaltung wahrnehmen. Der Substanzkonsum wird somit für Jugendliche zur Möglichkeit, etwas zu erleben (Haas et al., 2002).

3 Prävention

Grundsätzlich orientiert sich psychologische Prävention am Erleben und Verhalten eines Menschen (Petermann & Roth, 2006). Der Begriff Prävention, der sich vom lateinischen Wort *praevenire* (zuvorkommen, verhüten) ableitet, wird im aktuellen Diskurs oft im Zusammenhang mit problematisch gesehenen gesellschaftlichen Prozessen verwendet. Das weist darauf hin, dass die Thematisierung und Realisierung von Prävention ein Zeichen unserer Zeit ist (Gschwandtner, Paulik, Seyer & Schmidbauer, 2011). Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Prävention als „effektiv, human und kostengünstig“ (Rehm, 2003, S. 8), und sie wird somit als etwas Erstrebenswertes und Wertvolles betrachtet. Der Terminus impliziert allerdings eine Vielzahl an Definitionen und Zugängen, die viel Spielraum für Interpretation zulassen. Infolgedessen haben sich einige Versuche einer Konzeption entwickelt, allen voran die aus der Humanmedizin kommende Einteilung in primäre und sekundäre Prävention, die im Laufe der Zeit um die Tertiärprävention erweitert wurde. Diese Klassifikation beschreibt das Verhindern von Krankheit, das sich an die breite Bevölkerung richtet

(Primärprävention), an Menschen, die ein bestimmtes Risiko aufweisen (Sekundärprävention), bzw. an bereits Erkrankte (Tertiärprävention) (Gschwandtner et al., 2011). Da eine Tertiärprävention das Eintreten einer Krankheit nicht mehr verhindern kann, wird diese als Prophylaxe gesehen, die ein Verstärken der Krankheitssymptome bzw. einen Rückfall verhindern will (Uhl, 2005).

Im Zusammenhang mit jugendlichem Substanzkonsum wird die Einteilung in primär, sekundär und tertiär verwendet, um Interventionsmaßnahmen zu klassifizieren. Primärprävention setzt an einem experimentellen und gelegentlichen Konsummuster an und es werden Aufklärung und Förderung fokussiert. Sekundärpräventive Strategien orientieren sich eher an Jugendlichen, die bereits ein gewisses Suchtrisiko aufweisen, sich allerdings noch keine Abhängigkeit entwickelt hat, indem spezifische Information vermittelt und auf gesundheitsgefährdende Aspekte aufmerksam gemacht wird. Tertiäre Prävention bezieht sich in diesem Modell beispielsweise auf psychotherapeutische und medizinische Maßnahmen, um im Fall einer Substanzabhängigkeit betroffene Personen zu unterstützen, zu behandeln und zu betreuen (Farke et al., 1998) (siehe Abb. 5).

Die *Commission on Chronic Illness* hat diese Klassifikation im Jahr 1953 (zitiert nach Gordon, 1983) formuliert und implementiert, sie wurde seit damals immer wieder kritisiert und überarbeitet. So weist Gordon (1983) darauf hin, dass die Klassifikation in primär und sekundär aus einer sehr mechanisch geprägten Zeit der biomedizinischen Forschung komme und somit mit praktischen Überlegungen präventiver und interventiver Aspekte nicht kompatibel sei. Außerdem könne ein wertender Eindruck entstehen und in diesem Sinne Primärprävention als „besser“ definiert und somit anderen präventiven Interventionen vorgezogen werden. Aus diesen Überlegungen heraus konzipierte Gordon (1983) eine alternative Klassifikation, die auch von der „Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit“ (EMCDDA) empfohlen wird. Dabei werden universelle, selektive und indizierte Präventionsstrategien unterschieden. So richtet sich universelle Prävention an alle Beteiligten einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe, wie zum Beispiel SchülerInnen oder ArbeitnehmerInnen. Universelle Präventionsstrategien werden im Jugendalter hauptsächlich in der Schule angewandt (Sting, 2011). Im Gegensatz dazu will die selektive Prävention bestimmte Risikogruppen erreichen und schafft es somit, effektiver und zielführender zu sein. Indizierte Prävention richtet sich an Menschen mit einer bereits manifesten Problematik (Gordon, 1983).

Eine weitere Unterscheidung bezieht sich auf den Wirkungsbereich von

Prävention. Werden strukturelle Aspekte fokussiert, die eine bestimmte Population umgibt, so spricht man von Verhältnisprävention bzw. umgebungsorientierter Prävention. Werden die Personen an sich das Ziel der präventiven Arbeit, so spricht man von Verhaltensprävention bzw. personenorientierter Prävention. Außerdem können die Art der Wirkung (mithilfe von MultiplikatorInnen oder direkt) bzw. die Rahmenbedingungen des Konsums (Angebot durch erschwerten Zugang reduzieren vs. Nachfrage durch verringerten Bedarf) differenziert werden (Uhl, 2005).

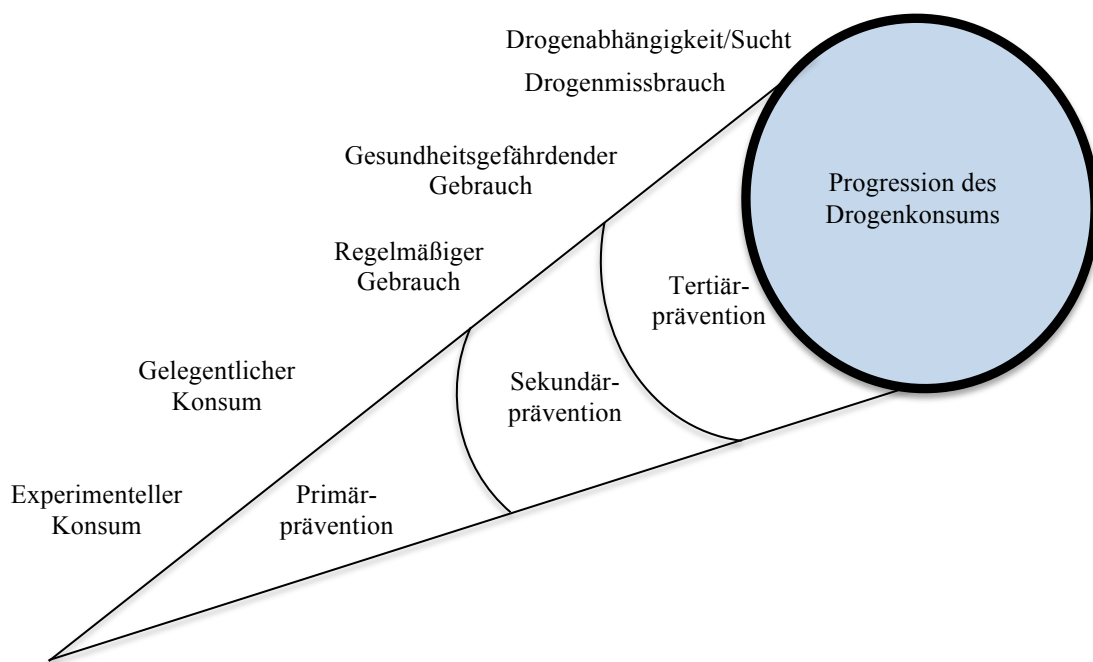


Abbildung 5. Progression des Drogenkonsums (aus Farke, Hurrelmann & Alte-Teigeler, 1998, S. 18)

Uhl (2005) unterscheidet außerdem noch zwei sehr grundsätzliche und für die wissenschaftliche wie praxisorientierte Auseinandersetzung mit Prävention essentielle Richtungen, nämlich den „demokratisch-emanzipatorischen“ und den „paternalistisch-kontrollierenden“ Ansatz (S. 42) und rückt somit die Rolle des Individuums in den Mittelpunkt.

Aufgrund des vermehrten Interesses an präventiven Programmen, die versuchen, den Substanzkonsum Jugendlicher zu verhindern, zu verspäten bzw. zu vermindern, wurde die Wirksamkeit und Effektivität anhand evidenzbasierter Studien belegt. In der Metaanalyse von Tobler et al. (2000) wurden schulbasierte Programme berücksichtigt. Dabei wurden Präventionsstrategien analysiert, die Wissen (zum Beispiel in Bezug auf

die körperliche Auswirkungen von Substanzkonsum), emotionsbezogene Aspekte (zum Beispiel Selbstbewusstsein und Gefühle), Fähigkeit zu widerstehen (im Zusammenhang mit Substanzkonsum), allgemeine Fähigkeiten (wie zum Beispiel soziale Kompetenzen und Coping), Sicherheitsbestrebungen (wie Selbstschutz, Schutz der anderen), Tätigkeitsfelder (Freizeitgestaltung, freiwillige Arbeit, Erwerbstätigkeit) und andere Faktoren, wie elterliche Eingebundenheit oder Einfluss der Medien, berücksichtigen. 207 universelle Studien wurden dafür in die Metaanalyse inkludiert und zwischen interaktiven und nicht-interaktiven Programmen unterschieden. Dabei war bemerkenswert, dass interaktive, partizipative Programme, die interpersonelle Kompetenzen und Fähigkeiten fördern, effektiver sind, als nicht-interaktive Lehrmethoden, die reines Wissen vermitteln wollen.

3.1 Schutz- und Risikofaktorenmodelle

Die von Antonovsky (1987) formulierte Salutogenese ist für die Beschreibung präventiven Handelns relevant, da das Ziel jeder präventiven Bemühung ist, einerseits Schutzfaktoren zu fördern und andererseits Risikofaktoren im Sinne der Pathogenese zu minimieren, da diese beiden Faktoren den Substanzkonsum maßgeblich beeinflussen (BzgA, 2006; Schroers, 2007; Uhl, 2005). Das Vorhandensein von Risikofaktoren macht einen Substanzkonsum wahrscheinlicher, in Abhängigkeit von bestehenden Schutzfaktoren. Somit kann ein Schutzfaktor den Wirkungsbereich eines Risikofaktors minimieren, oder das Fehlen eines Schutzfaktors kann die Auswirkung des Risikofaktors verstärken (BzgA, 2006). Ein damit zusammenhängendes Konstrukt ist das der Resilienz, das zu erklären versucht, warum es möglich ist, trotz schwieriger Lebensbedingungen eine positive Entwicklung aufrechtzuhalten. Somit beschreibt es, inwiefern eine Person psychisch widerstandsfähig ist (Schroers, 2007).

Das „Risikofaktorenkonzept“ ermöglicht es, psychische Störungen anhand einer Vielzahl von Faktoren zu beschreiben. Dabei werden Aspekte der genetischen Disposition, körperliche Veranlagung, Sozialisation und Temperament berücksichtigt, um die Entstehung einer psychischen Störung zu verstehen. Der daraus resultierende „transtheoretische Ansatz“ beschreibt den Zusammenhang von Risikofaktoren (siehe Abb. 6). Inwiefern Risikofaktoren sich gegenseitig beeinflussen und das Entstehen einer psychischen Krankheit bedingen, ist aufgrund der Komplexität und Individualität nur schwer festzustellen (Ravens-Sieberer et al., 2011).

Ein Modell, das versucht, Unterschiede in Bezug auf das jugendliche Konsumverhalten anhand vorhandener Risiko- und Schutzfaktoren zu beschreiben, ist das von Petraitis, Flay und Miller (1995), das sie in „A Matrix of Types and Levels of Influence on Experimental Substance Use (ESU)“ zusammenfassen. Dabei werden drei Einflussfaktoren, nämlich „social/interpersonal“, „cultural/attitudinal“ und „intrapersonal“, unterschieden. Diese wirken wiederum auf drei verschiedenen Ebenen, die als „ultimate“, „distal“ und „proximal“ beschrieben werden. Die drei Ebenen unterscheiden sich darin, wie direkt (proximal) bzw. indirekt (ultimate) sie das persönliche Konsumverhalten beeinflussen. Dies soll am Beispiel der intrapersonellen Faktoren beschrieben werden. Auf der Ebene „ultimate“ werden dabei intrapersonale Aspekte wie Persönlichkeitseigenschaften angeführt, beispielsweise die Eigenschaft Impulsivität. Als „distale“ intrapersonelle Aspekte werden fehlende Kompetenzen und emotionale Stabilität erwähnt, die die Bereitschaft, Substanzen zu konsumieren, fördern. Ein Beispiel dafür ist ein niedriges Selbstbewusstsein. Die proximale Ebene beschreibt „den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, eine Substanz zu konsumieren bzw. zu vermeiden“ (übersetzt durch die Verfasserin; Petraitis et al., 1995, S. 82).



Abbildung 6. Multifaktorielles Risikomodell (nach Ravens-Sieberer et al., 2011, S. 615)

3.2 Förderung der Lebenskompetenz

Ein anderes Modell, das auf die Förderung der Lebenskompetenz fokussiert, ist insofern im Zusammenhang mit Schutzfaktoren relevant, als dass es suchtspezifische Faktoren fördert, die der Entwicklung eines problematischen Konsums bzw. einer Substanzabhängigkeit vorbeugen. Die WHO definiert Lebenskompetenz als „abilities for adaptive and positive behaviour, that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life“ (1994a, p. 1). Somit wird die Lebenskompetenz im Sinne einer Frühprävention gefördert. Maiwald und Reese (2000) beschreiben, welche Bereiche der Lebenskompetenz für die suchtpreventive Arbeit im

Sinne eines substanzunspezifischen Ansatzes relevant sind: „Selbstwahrnehmung und Empathie“, „Entscheidungsfähigkeit und Problemlösestrategie“, „Kritisches und kreatives Denken“, „Effektive Kommunikation und Kontaktfähigkeit“ und „Gefühls- und Streßbewältigung“. Substanzspezifische Aspekte der Lebenskompetenzförderung sind „Information“, „Funktion und Ursachen von Substanzgebrauch“, „Einstellungsbildung“, „Ablehnen von Konsumangeboten“ und „Aufbau von Alternativen zu Substanzkonsum“.

Bei der amerikanischen, schulbasierten Intervention *Life Skills Training (LST)* konnten Kurz- und Langzeiteffekte gezeigt werden. In diesem Lebenskompetenzprogramm wurden in den 1990er Jahren Risikofaktoren für den Konsum von Alkohol, Zigaretten und anderer Substanzen definiert und Schutzfaktoren gefördert. Einerseits wurde dabei das Wissen bzw. Einstellungen und Normen im Zusammenhang mit Substanzkonsum thematisiert, andererseits die Fähigkeit, mit sozialem Einfluss umgehen zu können. Zusätzlich wurde die Entwicklung sozialer Kompetenzen und sozialer Fertigkeiten berücksichtigt sowie Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit (Botvin & Kantor, 2000). So wurde in einer Schule in New York ein Programm, das aus 15 Einheiten bestand und die soziale Widerstandsfähigkeit bzw. die soziale Kompetenz fördern sollte, in einer randomisierten Studie untersucht. Ein Großteil der Studien-TeilnehmerInnen waren lateinamerikanische Jugendliche. Es konnten signifikante Ergebnisse im Hinblick auf den Zigarettenkonsum gezeigt werden. SchülerInnen, die am Präventions-Programm teilnahmen, zeigten eine um 30% geringere Prävalenz, wobei nur experimentelles Rauchen im letzten Monat erhoben wurde. Inwiefern das Rückschlüsse auf reguläres Rauchverhalten ermöglicht, ist somit unklar (Botvin et al., 1992). In aktuellen Follow-up-Studien konnte ein Langzeiteffekt eines Lebenskompetenzprogramms im Zusammenhang mit Substanzkonsum gezeigt werden. So wurde nachweislich das Wissen in Bezug auf Substanzkonsum erhöht sowie Risikofaktoren verringert (Moshki, Hassanzade & Taymoori, 2014).

3.3 Früherkennung und Frühintervention

Früherkennung und Frühintervention setzen zu einem anderen Zeitpunkt an, nämlich dann, wenn bereits ein problematischer bzw. riskanter Substanzkonsum respektive ein sich entwickelndes süchtiges Verhalten beobachtbar ist. Somit kann Früherkennung/Frühintervention mit dem Begriff der sekundären Prävention

gleichgesetzt werden. Der Unterschied zur primären Prävention ist, dass auf das konkrete Konsumverhalten fokussiert wird; die Methoden sind dabei vielfältig (Schroers, 2007) (siehe Abb. 7). Wie bereits erwähnt, kann ein riskantes Verhalten im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen wichtig für die Entwicklung sein, wenn daraus ein Lernprozess resultiert und somit eine adaptive Funktion impliziert wird. Insofern ist ein Substanzkonsum dann gesundheitsgefährdend, wenn sehr früh, instrumentell und in Kombination mit anderen Risikofaktoren konsumiert wird und den Umgang mit entwicklungsbezogenen Aufgaben und Problemen negativ beeinflusst (Hurrelmann & Richter, 2006).

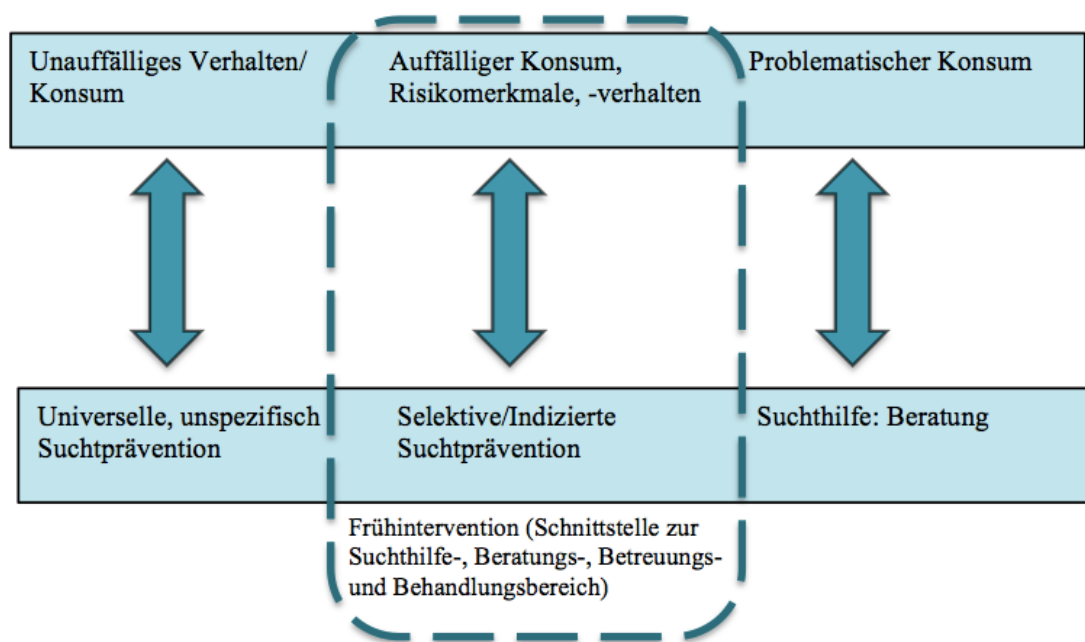


Abbildung 7. Spektrum universelle, selektive und indizierte Suchtprävention/Frühintervention nach Schroers und Sanin in Anlehnung an Häfeli, 2005 (aus Schroers, 2007, S. 15)

Die Relevanz, jugendliches Konsumverhalten bereits früh zu thematisieren, wurde bereits mehrfach wissenschaftlich belegt. So konnten Brook, Balka, Ning und Brook (2007) in einer Längsschnittstudie zeigen, dass frühes Rauchen im Jugendalter ein signifikant höheres Risiko bedeutet, eine Alkoholabhängigkeit bzw. eine Abhängigkeit illegaler Substanzen zu entwickeln. Dabei wurden RaucherInnen, die in der frühen Jugend zu rauchen begonnen haben, mit Nicht-RaucherInnen, ehemaligen RaucherInnen und RaucherInnen, die später zu rauchen anfangen, verglichen. Somit ist es laut den AutorInnen von Relevanz, schon vor Beginn der Pubertät bis in das späte Jugendalter das Rauchverhalten zu thematisieren bzw. die Anzahl der RaucherInnen zu minimieren, um dem Risiko einer (weiteren) Substanzabhängigkeit entgegenzuwirken.

Es wird empfohlen, dass diese frühinterventive Arbeit ein fixer Bestandteil der Suchtprävention im gesamten Jugendalter ist. Dass auch ein früher Alkoholkonsum ein Risikofaktor für eine spätere Alkoholabhängigkeit bedeutet, wurde, wie bereits erwähnt, mehrmals nachgewiesen (Andersen et al., 2003; Grant et al., 2001; Hingson et al., 2006). Aspekte, die der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit vorbeugen, sind unter anderem wenig Kontakt mit anti-sozialen und alkoholkonsumierenden Gleichaltrigen bzw. einer eventuellen Delinquenz vorzubeugen und diese zu reduzieren. Die wichtigsten Einflussfaktoren sind dabei individuelle Faktoren, Familie, Gleichaltrige, Schulsituation und Faktoren, die die Gemeinschaft betreffen, in der die bzw. der Jugendliche aufwächst.

Auch in Bezug auf den Konsum illegaler Substanzen (hauptsächlich in der Partyszene) hat sich im Sinne einer Schadensminimierung der Ansatz der Frühintervention etabliert. Das jugendliche Konsumverhalten wird aus einer „konsumakzeptierenden“ bzw. nicht-abstinenzorientierten Perspektive heraus thematisiert. Dabei steht „die Vermittlung von Konsumregeln und -riten, um konsumbezogenes Erfahrungswissen und um die Reflexion eigener Konsumerfahrungen“ (S. 318) im Vordergrund (Sting, 2011). Im Sinne der Frühintervention ist es also entscheidend, die jeweilige Zielgruppe in den Fokus zu stellen und dabei die dafür relevanten Faktoren zu berücksichtigen.

Dabei stellt Schoers (2007) klar:

Beispiele für Interventionskriterien sind das Risikoumfeld, Risikomerkmale, ein riskanter Lebensstil, Risikoverhalten und Risikokonsum. Auch Soziale Ungleichheit kann ein Gradient sein, der beim Entstehen einer Suchterkrankung zum Tragen kommt. Bevor es zu Interventionen kommt, ist es ratsam abzuwägen, ob spezifische Maßnahmen für die Zielgruppe umgesetzt werden sollen oder ob nicht auch unspezifische Maßnahmen letztlich Personengruppen mit Risikomerkmale zugute kommen und damit suchtverhindernd wirken können – ohne allerdings die Zielgruppe negativ zu etikettieren. (S. 15)

Allerdings ist es auch wichtig zu berücksichtigen, dass der Substanzkonsum im Jugendalter meistens eine soziale Komponente beinhaltet und es somit große

Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen geben kann. Eine allgemeine universelle Suchtprävention kann somit den individuellen Anforderungen nicht immer gerecht werden, und es eignet sich somit eher ein zielgruppenspezifischer Ansatz (Barsch, 2007).

In diesem Sinne kann individuell und suchtspezifisch auf ein bestehendes bzw. sich entwickelndes Risikoverhalten im Sinne einer Frühintervention eingegangen werden, indem Aspekte wie das Wahrnehmen von Grenzen thematisiert und das Bestehen von Risiken bewusst gemacht werden. Das soll der eventuellen Entwicklung einer Substanzabhängigkeit entgegenwirken und wird zusammengefasst als Risikokompetenz beschrieben (Horvath, Eggerth, Fröschl & Weigl, 2009; Schroers, 2007; Sting, 2011).

In der adoleszenten Wahrnehmung rücken gesundheitsbewusste Bestrebungen in den Hintergrund, während gegenwärtige Erfahrungen gesucht werden. Es ist aber zu betonen, dass das Eingehen von Risiken wichtig für die Entwicklung wie zum Beispiel die der Eigenverantwortung ist. Für die präventive und pädagogische Arbeit hat das weit reichende Konsequenzen: Risiko kann einerseits als eine Quelle der Gefahr oder als eine potentielle Ressource gesehen werden (BMSK, 2003). Entscheidend für jegliche Interventionen ist, Verhaltensmöglichkeiten anzubieten und zu fördern, die einen möglichst ähnlichen Effekt haben, aber weniger bzw. nicht gesundheitsgefährdend sind (Hurrelmann & Richter, 2006).

3.4 Systemübergreifende Ansätze

Systemübergreifende Ansätze richten sich an ein bestimmtes Setting, also einen Platz bzw. eine Umgebung, der bzw. die von der jeweiligen Person(engruppe) hauptsächlich aufgesucht wird und somit ein Lebensmittelpunkt ist. Entscheidend dabei ist eine Kombination aus individueller gesundheitsfördernder Wirkung im Sinne einer Verhaltensprävention und gleichzeitig die Thematisierung des jeweiligen Lebensumfelds. Der Hintergedanke dabei ist, dass unterschiedliche soziale Systeme das Individuum maßgeblich beeinflussen und ein positives Klima die Wirkungsweise präventiver Strategien verstärkt. Dieser Ansatz wurde in den bisherigen Präventionsbestrebungen eher vernachlässigt. Somit ist es in Hinblick auf die Wirksamkeit präventiver Programme, die klassischer Weise auf schulischer Ebene stattfinden, essentiell, andere soziale Bereiche und Komponenten zu berücksichtigen, um eine möglichst große Wirksamkeit zu erzielen. Darunter fallen neben der Schule die

Familie bzw. das Zuhause, Massenmedien und die Gemeinschaft, in der sich die Zielgruppe der präventiven Strategie hauptsächlich aufhält (Gschwandtner et al., 2011).

Auch wenn der Einfluss der Eltern im Jugendalter abnimmt, ist er im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum wichtig. So wirken sich ein angemessenes Verhalten der Eltern, soziale Unterstützung und die daraus resultierende positive Eltern-Kind-Beziehung auf den jugendlichen Substanzkonsum aus (Flay, 2000).

Systemübergreifende Ansätze, wie beispielsweise „community approaches“, beziehen sich zumeist auf Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum und wollen diesen ändern. Dabei widmen sie sich nicht einer spezifischen Gruppe, sondern einer ganzen Gemeinschaft („community system“) und handeln dabei theoriegeleitet. Ein wichtiger Aspekt ist die Einbindung der Gemeinschaft in die Forschung, die ermöglicht, dass die Erkenntnisse nicht nur für die Wissenschaft selber sind, sondern auch die betroffenen Menschen erreichen. Der Grundgedanke dabei ist, dass es effektiver ist, Veränderung von Meinungen und Einstellungen in Bezug auf den Alkoholkonsum zu erzielen, als einzelnes Konsumverhalten zu ändern, da die Gründe für einen problematischen Alkoholkonsum nicht nur innerhalb der Risikogruppen zu finden sind, sondern ein Produkt gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. Außerdem sind Risikogruppen nicht so einfach zu erreichen und ihr Konsumverhalten schwer zu ändern (Holder et al., 2002).

Evaluationen systemübergreifender Präventionsprogramme konnten zeigen, dass das Konsumverhalten von Menschen in Gemeinschaften von komplexen Wirkungszusammenhängen beeinflusst wird. Es werden Strategien entwickelt, die eine veränderte Struktur innerhalb der Gemeinschaften bewirken und somit das Konsumverhalten beeinflussen. Dabei sind intrinsische wie extrinsische Faktoren relevant, was eine Evaluation dieser Strategien erschwert, da eine Vielzahl an Charakteristika berücksichtigt werden müssen, wie zum Beispiel der Umgang mit bzw. die Einstellung zu Gesetzen in Hinblick auf den Jugendschutz u.ä. Es hat sich allerdings gezeigt, dass Kampagnen in Schulen und in der Öffentlichkeit alleine nicht ausreichend sind. Beispielsweise in Hinblick auf eine Verringerung alkoholbedingter Unfälle sind mediale Aufmerksamkeit, Veränderungen der Verkaufs- und Ausschankgewohnheiten von Bars und Restaurants, Reduktion und Reglementierung des Verkaufs alkoholischer Getränke an Jugendliche, stärkere Berücksichtigung bestehender gesetzlicher Rahmenbedingungen u.v.m. entscheidend (Holder, 2000; Holder et al., 2002).

In Bezug auf die Einbindung sozialer Komponenten konnte in einer Studie von Battistich, Schaps, Watson und Solomon (1996, zitiert nach Flay, 2000) gezeigt werden, dass das Präventionsprogramm „Child Development Project“ in der Grundschule Auswirkungen auf das spätere jugendliche Konsumverhalten hatte. Dabei wurden Lehr- und Lernmethoden überarbeitet, die schulinterne Strategien verändert und Kontakt zwischen Familien und Schulen hergestellt. Folgende Aspekte wurden dabei forciert:

- (1) caring and supportive relationships among and between students, staff, and parents;
- (2) a sense of common purpose and commitment to the values of caring, justice, responsibility, and learning;
- (3) responsiveness to student's developmental and sociocultural needs and provide an accessible and meaningful curriculum;
- and (4) provision of opportunities for students to participate meaningfully in decision making and be actively involved in the intellectual and social life of the school (Flay, 2000, p. 867)

In einer quasiexperimentellen Studie konnten Battistich et al. (1996, zitiert nach Flay, 2000) einen Effekt des Programms feststellen; in einem Follow-up nach zwei Jahren konsumierten Jugendliche, die am Programm teilnahmen, weniger Alkohol und Cannabis. Dieser Effekt ist unter anderem auf die Einbindung des sozialen Umfelds zurückzuführen.

In einer Studie aus Finnland konnte ebenfalls ein Effekt eines alkoholbezogenen Suchtpräventionsprogrammes („Finnish Local Alcohol Policy“, PAKKA) mit Einbindung der Gemeinschaft und anderen sozialen Komponenten gezeigt werden. Das Ziel dieses Programmes war es, die durch Alkoholintoxikation bedingten Unfälle und Gewaltdelikte zu vermindern. Diese Intention resultiert aus der problematischen Situation heraus, dass finnische, von Marginalisation und Arbeitslosigkeit betroffene alkoholabhängige Männer oft in Zusammenhang mit Tötungsdelikten gebracht werden (Lehti & Kivivuori, 2007, zitiert nach Holmila & Warpenius, 2012). Junge männliche Trinker sind am häufigsten von sozialen Problemen im Zusammenhang mit ihrem Konsum betroffen (Kraus, Baumeister, Pabst & Orth, 2009). Dies hat enorme Konsequenzen für die gesamte Gesellschaft – eine Studie aus dem Jahr 2008 hat ergeben, dass fast die Hälfte der finnischen Frauen und mehr als ein Fünftel der Männer

Angst haben, Opfer von Gewalt im Zusammenhang mit Alkoholintoxikation im öffentlichen Raum zu werden (Huhtanen & Tigerstedt, 2010, zitiert nach Holmila & Warpenius, 2012), wobei angenommen werden kann, dass vor allem Alkoholismus in der Familie eine Gefahr für von Gewalt betroffene Familienmitglieder bedeutet (Holmila & Warpenius, 2012).

Die Interventionen von PAKKA konzentrierten sich auf eine Reduktion der Verfügbarkeit von Alkohol für Jugendliche und junge Erwachsene, eine Förderung des verantwortungsbewussten Alkoholkonsums bzw. -stils sowie die Beeinflussung von bestehenden Normvorstellungen in Bezug auf den Konsum, um längerfristig Gewaltdelikte im berauschten Zustand zu verhindern. Dabei kann das Konzept anhand dreier Ebenen beschrieben werden: „Engineering (safety of the environment and the products), enforcement (regulations and their enforcement) and education (influencing attitudes and behavior)“ (Holmila & Warpenius, 2012, p. 35).

So wurde beispielsweise im Gastgewerbe dafür geworben, das finnische Gesetz, bereits stark alkoholisierten Gästen keine alkoholischen Getränke mehr auszuschenken, einzuhalten. Darüber hinaus gab es Strategien, den Verkauf an Minderjährige einzudämmen. In den betroffenen Gegenden gab es mehrere Interventionen, junge Erwachsene und ihre Eltern in die Aktivitäten einzubinden, zum Beispiel in Form von Organisation von Veranstaltungen, Teilnahme an der Studie oder Beteiligung an lokalen Printmedien. Außerdem gab es eigene Bildungsprogramme für Eltern in Bezug auf ihre Verantwortung im Zusammenhang mit jugendlichem Alkoholkonsum.

Die Evaluierung des Programms erfolgte in einem quasi-experimentellen Prä-/Post-Test vor und nach der Intervention (Holmila & Warpenius, 2007). Dabei ist es aus methodologischen Gründen schwierig, den „reinen“ Effekt der lokalen Präventionsstrategien im Zusammenhang mit Unfällen und Gewaltdelikten im berauschten Zustand zu erkennen, da immer auch andere Faktoren, wie zum Beispiel nationale oder mediale Einflüsse, präsent sind. Allerdings konnte gezeigt werden, dass der Zugang zu Alkohol für Minderjährige und bereits stark Alkoholisierte weniger wurde, weiters waren Verbesserungen in Hinsicht auf Alterskontrollen zu beobachten (Holmila & Warpenius, 2012).

4 Offene Jugendarbeit

Offene Jugendarbeit ist ein pädagogisches Handlungsfeld im Kontext von Bildungsarbeit, Kulturarbeit, sozialer Arbeit und Präventionsarbeit. Sie ist offen für

Menschen, Gruppen, Szenen und Kulturen. Sie setzt sich mit jungen Menschen auseinander, nimmt sie ernst und arbeitet parteilich für sie, unabhängig von Alter, Geschlecht, Religion, Bildung, sozialer Schicht und Herkunft. (Bundesweites Netzwerk Offener Jugendarbeit, 2012, S. 8)

Die Offene Jugendarbeit in Österreich ist ein fachlich geleiteter und professionell geführter Bereich, der Jugendlichen einen Freiraum ermöglichen soll, sich aktiv mit sich und ihrer Umwelt zu beschäftigen. In Form von Jugendzentren, Jugendtreffs und mobiler Jugendarbeit werden Freizeitgestaltungen ermöglicht. Dabei steht der soziale Austausch zwischen den Gleichaltrigen und den JugendarbeiterInnen im Vordergrund; die zumeist qualifizierten MitarbeiterInnen der Offenen Jugendarbeit leisten dabei Beziehungsarbeit zu den Jugendlichen und erfüllen auch eine Vorbildfunktion (BOJA, 2012). Die Offene Jugendarbeit ist eine Form der außerschulischen Jugendarbeit, die ganz allgemein jegliche Formen der organisierten Freizeitgestaltung miteinschließt und das Ziel verfolgt, junge Menschen zu stärken, was eine präventive Funktion bzw. eine Förderung der Gesundheit impliziert. Verbandliche Jugendorganisationen und die Offene Jugendarbeit unterscheiden sich unter anderem auch hinsichtlich der personellen Ressourcen; so wird der Großteil der JugendarbeiterInnen der Offenen Jugendarbeit entlohnt und ist somit hauptamtlich in diesem Bereich tätig. Das hat vorwiegend damit zu tun, dass die Offene Jugendarbeit über die reine Freizeitgestaltung hinaus geht und insofern ein professionelles Handeln mit Fachkompetenz erfordert (Häfele, 2011).

4.1 Handlungsfelder und Wirkungsbereiche der Offenen Jugendarbeit

Neben Bildungs- und Kulturarbeit stehen soziale Arbeit und Gesundheitsförderung im Fokus der Offenen Jugendarbeit. Bildungsarbeit umfasst dabei die Vermittlung verschiedener Kompetenzen und Wissensinhalte, aber auch die Fähigkeit zur Reflexion.

Die Kulturarbeit hat das Ziel, Jugendliche in ihrer Kommunikationsfähigkeit zu fördern, und stellt infolgedessen die soziale Kompetenz in den Mittelpunkt. Dabei sollen sowohl die eigene Kultur als auch andere kulturelle Einflüsse reflektiert werden. Hier wird Selbstentfaltung wie auch aktives und kreatives Handeln durch unterschiedliche Projekte gefördert. Der Bereich der sozialen Arbeit richtet sich an die individuellen Lebenssituationen und die daraus resultierenden Problembereiche, wobei die Jugendlichen bestärkt werden, aus eigener Kraft ihr Leben zu gestalten, und plädiert

somit für die eigene Selbstständigkeit. Das zugrundeliegende Ziel der eben beschriebenen Handlungsfelder ist die allgemeine und ganzheitliche Gesundheitsförderung, mit der Intention, Jugendliche in einer Phase der Veränderungen auf verschiedenen Ebenen zu unterstützen (BOJA, 2012).



Abbildung 8. Wirkungskonzept Offener Jugendarbeit (aus Verein Wiener Jugendzentren, 2012).

Die Umbrüche und die damit verbundene Vulnerabilität erfordern, dass Jugendliche in ihrer Entwicklung unterstützt und begleitet werden, was ein Ziel der Offenen Jugendarbeit ist. Wie bereits erwähnt, sind die Formen und Arbeitsweisen dabei sehr vielseitig, sie orientieren sich dabei an drei verschiedenen Wirkungsweisen: einer individuellen, einer sozialräumlichen und einer gesellschaftlichen (Horvath et al., 2009).

Die unterschiedlichen Schwerpunkte und der fachgeleitete, ressourcen- und bedürfnisorientierte Zugang (Horvath et al., 2009) zu jungen Menschen hat unterschiedliche erstrebenswerte Auswirkungen auf das Leben und Erleben der Zielgruppe Offener Jugendarbeit. Das wohl entscheidendste Prinzip dabei ist das Ermöglichen einer sicheren Struktur, indem Raum für Erfahrung zur Verfügung gestellt wird, der in Kombination mit den Komponenten Zeit und Beziehungsaufbau in einem angenehmen Klima und Setting Jugendliche ermutigt zu erfahren, an der Gesellschaft

teilzuhaben und aktiv zu sein (Verein Wiener Jugendzentren, 2012) (siehe Abb. 8).

Somit wird die Persönlichkeitsentwicklung gefördert, indem der/die Jugendliche in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt und ermutigt wird, positive Erfahrungen zu sammeln. Die daraus resultierenden Kompetenzen wirken unter anderem auf personaler, sozialer, politischer oder kulturbezogener Ebene. Die Handlungskompetenz fokussiert auf das Entwickeln von Denkprozessen, was sich einerseits auf das Aufnehmen als auch auf die Weiterverarbeitung von Informationen bezieht. Andere essentielle Aspekte der Offenen Jugendarbeit sind die Identitätsentwicklung und die damit verbundene gesellschaftliche Komponente und die Entdeckung einer eigenen Jugendkultur, die Jugendliche ermutigen soll, sich selber als aktiven Teil der Gesellschaft zu sehen (BOJA, 2012).

4.2 Arbeitsprinzipien und Angebote der Offenen Jugendarbeit

Das Prinzip der Offenheit, das sich schon im Namen erkennen lässt, zeigt sich im Bereich der Offenen Jugendarbeit auf vielfältige Art und Weise. Es ermöglicht, dass alle Jugendlichen, zumeist zwischen 15 und 19 Jahren willkommen sind (Zentner, 2003). Es lässt sich ein starker Zielgruppenfokus erkennen, in dem Schwerpunkte gesetzt werden und ein sensibler Umgang mit den verschiedenen Gruppen unter den Jugendlichen gepflegt wird, wie zum Beispiel das Erreichen Jugendlicher mit Migrationshintergrund. Somit wird man der Vielseitigkeit der Zielgruppe gerecht und ein freier und offener Raum ermöglicht. Dieser Freiraum- und Freizeitfokus der Offenen Jugendarbeit schafft einen für die Jugendlichen einzigartigen konsumfreien Raum. Ein weiteres Prinzip bezieht sich auf das Anpassen an die Lebensrealität Jugendlicher, was als Lebensweltorientierung bezeichnet wird. In der Offenen Jugendarbeit gibt es keine Anmeldungen, keine anfallenden Kosten oder andere Barrieren, die einen Zugang erschweren würden. Somit orientiert sich die Arbeit der Offenen Jugendarbeit an den Lebensrealitäten und -situationen der Jugendlichen. Der Sozialraum-Fokus beschreibt die Bemühungen, zwischen unterschiedlichen Institutionen, die das Leben der Jugendlichen betreffen und beeinflussen, zu vernetzen (BOJA, 2012; Häfele, 2011).

Weitere wichtige Prinzipien der Offenen Jugendarbeit sind:

- Partizipation
- Freiwilligkeit
- Niederschwelligkeit

- Beziehungskontinuität
- Parteiliches Mandat

Wie bereits erwähnt, lässt sich eine Vielzahl an Prinzipien erkennen, die die Offene Jugendarbeit prägen. Diese basieren auf einer grundsätzlichen Akzeptanz, einer Orientierung an den Bedürfnissen der Jugendlichen, einer Berücksichtigung der Diversität, einem Thematisieren von geschlechterbezogenen Faktoren bzw. einer Subjektorientierung. Diese Prinzipien werden in verschiedenen Kontexten zum Ausdruck gebracht, wie in der Arbeit mit dem/der Einzelnen, in Gruppen oder im Gemeinwesen. So kann individuell auf Lebenssituationen eingegangen und diese verbessert werden. Im Sinne einer Beratung kann der/die Jugendliche dabei unterstützt werden, sich belastenden Herausforderungen zu stellen und Probleme zu lösen. Die Offene Jugendarbeit zeichnet sich darüber hinaus durch die entstehenden Gruppendynamiken aus und den damit verbundenen Prozessen. So sollen Probleme auch innerhalb der Gruppe gelöst und bearbeitet werden. Das Gemeinwesen ist relevant, weil die Offene Jugendarbeit das nähere Umfeld der Jugendlichen verbessern will und dabei aus der Perspektive der Jugendlichen agiert.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Offenen Jugendarbeit ist eine gendersensitive Arbeit, die versucht, stereotypisierende Geschlechterrollen kritisch und reflektiert zu betrachten und dabei Jugendliche in ihrer Entwicklung hinsichtlich eines Selbstbewusstseins unabhängig bestehender gesellschaftlicher Erwartungshaltungen zu stärken (BOJA, 2012).

Das wichtigste Angebot der Offenen Jugendarbeit ist die Bereitstellung eines Freiraums. Darüber hinaus wird den Jugendlichen Folgendes ermöglicht:

- Arbeitsweltbezogene Angebote
- Begleitung von autonomen Jugendräumen
- Beratung und Vermittlung
- Beteiligungsmöglichkeiten für Jugendliche
- Erlebnispädagogische Projekte
- Freizeit- und Feriengestaltungsmöglichkeiten
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Information und (Weiter)Bildung
- Jugendaustausch und Jugendbewegung
- Jugendkulturalität
- Konflikt- und Krisenmanagement

- Medienpädagogische Bestrebungen
- Mobile bzw. aufsuchende Jugendarbeit
- Spielpädagogische Freizeitbeschäftigung
- Sportangebote
- Kommunale, regionale, stadtteil- oder siedlungsbezogene Ansätze
- Themen- bzw. projektorientierte Angebote
- Zielgruppenspezifische Projekte (BOJA, 2012)

4.3 Standortbezogene und Mobile Jugendarbeit

Offene Jugendarbeit bedeutet, Jugendlichen Raum und Platz zu ermöglichen. Insofern haben sich unterschiedliche Organisationsformen entwickelt und etabliert; neben den bereits beschriebenen Jugendzentren gibt es auch Jugendtreffs oder Jugendcafés, die einen informellen Treffpunkt für Jugendliche ermöglichen. Ein verbindendes Element der unterschiedlichen Formen ist eine offizielle Hausordnung bzw. Zurverfügungstellen verschiedener Materialien und Mittel zur Freizeitgestaltung in einem konsumfreien Raum. Im Gegensatz dazu will die Mobile Jugendarbeit Jugendliche dort aufsuchen, wo diese sich aufhalten, und erreicht so viele junge Menschen, die den Großteil ihrer Freizeit im öffentlichen Raum verbringen (BOJA, 2012; Häfele, 2011).

4.4 Suchtprävention im Kontext Offener Jugendarbeit

Die suchtpreventive Wirkung Offener Jugendarbeit ist Teil der alltäglichen Beschäftigung mit den Jugendlichen – spezifische suchtpreventive Programme, wie zum Beispiel in Schulen, werden eher selten angewandt. Die flexible und individuelle Arbeit mit den Jugendlichen ermöglicht, dass bei Bedarf Themen wie Substanzkonsum und -abhängigkeit behandelt werden können. Mit einer allgemeinen suchtspezifischen Gesundheitsförderung will die Offene Jugendarbeit auf individueller Ebene Jugendliche in ihren Lebenskompetenzen fördern, was sich positiv auf den Selbstwert auswirken kann. „Zu den Lebenskompetenzen gehören unter anderem die Bewältigung von Konflikten, Problemen und Stress, ausreichende Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, kognitive Fähigkeiten (z.B. Standfestigkeit), aber auch soziale Kompetenzen wie Kommunikations-, Kontakt- und Durchsetzungsfähigkeit sowie Entscheidungsfindungsstrategien“ (Horvath et al., 2009, S. 17). Bedürfnisse zu erkennen und Ressourcen zu stärken, wie auch das Vermitteln von Grenzen und Konfliktstrategien sind dabei entscheidend (Horvath et al., 2009).

Das Zurverfügungstellen von Freiraum und Experimentiermöglichkeiten ist insofern suchtpräventiv relevant, als dass alternative Handlungsmöglichkeiten angeboten werden. Die MitarbeiterInnen der Offenen Jugendarbeit erfüllen dabei eine entscheidende Funktion: Sie fungieren als Vorbild für einen verantwortungsbewussten Umgang mit psychotropen Substanzen, da die Jugendlichen sich im Idealfall mit ihren Meinungen und Verhaltensweisen identifizieren. Das wiederum ermöglicht das Ergebnis einer gelungenen Beziehungsarbeit: Das Erleben einer positiven Bindung zwischen den Jugendlichen und den MitarbeiterInnen der Offenen Jugendarbeit (Horvath et al., 2009). Andererseits kann individuell und suchtspezifisch auf ein bestehendes bzw. sich entwickelndes Risikoverhalten im Sinne einer Frühintervention eingegangen werden. Es wird dabei das Wahrnehmen von Grenzen thematisiert und das Bestehen von Risiken bewusst gemacht. Das wird zusammengefasst als Risikokompetenz beschrieben (Horvath et al. 2009; Schroers, 2007).

Suchtpräventive Wirkungsweisen der Offenen Jugendarbeit gehen über die individuelle Ebene der Verhaltensprävention hinaus, da sie eine Sozialraumorientierung anstrebt und sich somit als Teil des sozialen Raumes der Jugendlichen sieht, indem sie eine schützende Funktion einnimmt. Dadurch wird eine verhältnis- bzw. umgebungsorientierte suchtpräventive Arbeit ermöglicht, wobei es diesbezüglich in Österreich noch an einer Vernetzung zwischen den verschiedenen AkteurInnen (z.B. MitarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt und der Offenen Jugendarbeit) bzw. einer klaren Rollenaufteilung mangelt. In diesem Zusammenhang ist es auch entscheidend, JugendarbeiterInnen besser in Hinblick auf suchtpräventive Impulssetzungen zu qualifizieren. So kann neben einem prozessorientierten Ansatz auch eine Vernetzung zwischen dem klassischen Feld der Suchtprävention und der Jugendarbeit stattfinden. Darüber hinaus ist auch die gesellschaftliche Rolle zu erwähnen – die Offene Jugendarbeit als Sprachrohr für Jugendliche setzt sich dafür ein, dass jugendrelevante Themen in einem gesamtgesellschaftlichen Diskurs wahrgenommen werden, und ermutigt Jugendliche, daran aktiv teilzunehmen (Horvath et al., 2009).

5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

5.1 Definition gesundheitsbezogener Lebensqualität

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) baut auf einem Gesundheitskonzept auf, das sich im Laufe der Zeit verändert hat. Bereits 1948 hat die WHO Gesundheit als „a state of complete physical, mental and

social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1948, p. 100) definiert und somit ein biopsychosoziales Modell etabliert, das neben körperlichen auch psychische und soziale Faktoren berücksichtigt und das Verständnis von Gesundheit somit erweitert hat. Dieser Paradigmenwechsel prägt die Ziele medizinischer Behandlung, da das subjektive Empfinden der PatientInnen in den Mittelpunkt rückt und dadurch individualisiert bzw. optimiert wird. Gesundheit wird somit als ein dynamischer Zustand verstanden, der mehr als das Gegenteil von Krankheit bedeutet (Bullinger, 2000; Daig & Lehmann, 2007).

Der Begriff der Lebensqualität kommt ursprünglich aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich und wurde in den letzten Jahren in den Gesundheitswissenschaften immer relevanter. Lebensqualität wird oft anhand objektivierbarer, normativer Lebensstandards beschrieben, wie dem allgemeinen Gesundheitszustand, der Wohnsituation oder der finanziellen Lage, was in vielerlei Hinsicht allerdings zu kurz greift, da diese Faktoren das subjektive Empfinden völlig ausklammern (Najman & Levine, 1981). Die WHO beschreibt Lebensqualität folgendermaßen:

“WHO defines Quality of Life as individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment”. (WHO, 1997, p. 1)

Aus dieser Definition wird klar, dass es Überschneidungen zwischen den Begriffen Gesundheit und Lebensqualität gibt und es somit auch schwer ist, diese zu unterscheiden. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann als eine Dimension der Lebensqualität gesehen werden (Fayed et al., 2012) und beschreibt, wie ein Individuum den eigenen Gesundheitszustand erlebt und fokussiert somit auf eine subjektive Beurteilung des eigenen Wohlbefindens. Das wiederum hat erhebliche Konsequenzen für Forschung und Praxis, da das Befinden einer kranken Person das wichtigste Beurteilungskriterium ist (Bullinger, 2000; Bullinger, Siegrist & Ravens-Sieberger, 2000). Inwiefern sich zum Beispiel eine medizinische Behandlung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität eines Patienten/einer Patientin auswirkt, hängt von

einer Vielzahl an subjektiven Indikatoren ab, die nicht direkt messbar sind. Somit beschreibt die HRQoL immer ein latentes Konstrukt (Najman & Levine, 1981).

Dabei treffen drei Komponenten aufeinander, die für die subjektive Wahrnehmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entscheidend sind: physische, mentale und soziale. Somit muss HRQoL als multidimensionales Konstrukt gesehen werden, da immer mehrere Dimensionen herangezogen werden müssen, um den Zustand einer Person möglichst vollständig beschreiben zu können (Siegrist, 1990; Ware, 2008). Die subjektive Wahrnehmung und das Erleben der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird von vielen Faktoren, wie z.B. dem Verlauf einer Krankheit, beeinflusst und somit als „änderungssensitives Phänomen“ beschrieben. Dabei ist ein bemerkenswerter Effekt beobachtbar, der sogenannte „response shift“, der zu einer Verzerrung der Ergebnisse führt, wenn sich die Bewertung der Situation einer Person im Verlauf ihrer Krankheit aufgrund neuer Maßstäbe verändert. Dieser sollte in der Lebensqualitätsforschung berücksichtigt werden, wobei angenommen wird, dass er längerfristig die Ergebnisse nicht allzu stark beeinflusst (Bullinger et al., 2000). Wie bereits erwähnt, ist es entscheidend, dem Ich-Bezug gerecht zu werden und sich in der Forschung auf Auskünfte der betroffenen Personen zu konzentrieren, sofern das möglich ist (Bullinger et al., 2000).

5.2 Messbarkeit gesundheitsbezogener Lebensqualität

Mitte der 1970er begann eine Auseinandersetzung mit dem komplexen Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Versuchen zu Definitionen und Operationalisierungen. Der Frage, wie man dieses Konstrukt messbar machen kann, wurde in den 1980er Jahren nachgegangen, und Instrumente wurden nach und nach entwickelt. In den 1990er Jahren wurde die Lebensqualitätsforschung für andere wissenschaftliche Bereiche relevant, wie zum Beispiel in gesundheitsökonomischen oder epidemiologischen Studien. Aktuell besteht Bedarf an einer erneuten, konzeptuellen Beschäftigung mit dem Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, sowie an einer systematischen Berücksichtigung der Forschungsergebnisse in der Gesundheitsversorgung (Bullinger, 2000; Bullinger et al., 2000).

In der Lebensqualitätsforschung werden allgemeine, krankheitsübergreifende, sogenannte „generische“, und krankheitsspezifische Messinstrumente und -ansätze unterschieden, die in Form von Fragebögen angewandt werden (Bullinger et al., 2000).

Generische Messinstrumente können von allen Menschen unabhängig vom gesundheitlichen Zustand verwendet werden, während krankheitsspezifische Fragebögen Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Zusammenhang mit einer bestimmten Krankheit bzw. einer Therapieform feststellen wollen (Bullinger, 2000).

5.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Kindes- und Jugendalter

Das gesundheitsbezogene Verhalten ist ein sehr sensitives Konstrukt (Bullinger et al., 2000), das sich erst im Laufe der Adoleszenz (wie zum Beispiel in Bezug auf den Konsum psychotroper Substanzen) entwickelt (Richter & Hurrelmann, 2004) und somit im Jugendalter sehr stark beeinflussbar ist. Welche Faktoren in welchem Alter für die erlebte gesundheitsbezogene Lebensqualität relevant sind, kann sich also im Laufe der Entwicklung ändern. So konnten Von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger und Ravens-Sieberer (2006) zeigen, dass es Unterschiede in Bezug auf den sozioökonomischen Status gibt – während ein geringer Bildungsgrad der Eltern in der Kindheit zu einer reduzierten HRQoL führen kann, sind im Jugendalter beschränkte materielle Möglichkeiten einflussreicher.

In pädiatrischen klinischen Studien wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Vergangenheit vernachlässigt (Clarke & Eiser, 2004), und anfänglich kam es dabei hauptsächlich zu einer Fremdeinschätzung durch die Eltern (Ravens-Sieberer, Karow, Barthel & Klasen, 2014). Auch wenn sich das in den letzten Jahren verändert hat (Solans et al., 2008), gab es aufgrund der Umlegung erwachsenenspezifischer Messinstrumente auf Kinder und Jugendliche methodologische Probleme (Ravens-Sieberer et al., 2014). 1994 beschrieb die WHO (1994b), welche Faktoren (familiäre, soziale, physische und materielle Aspekte) in der Lebensqualitätsforschung mit Kindern relevant sind, und forderte dabei alters- bzw. entwicklungsangemessene, kinderzentrierte, kulturübergreifende Ansätze, die eine Selbsteinschätzung zulassen und der Komplexität und Vielseitigkeit des Gesundheitsbegriff gerecht werden. Gerade das von der WHO (1997) definierte Verständnis von Lebensqualität als subjektiver Einschätzung ist auch für das Konzept der kinderspezifischen HRQoL relevant in Bezug auf die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit bzw. gesundheitsbezogener Aspekte (Fayed et al., 2012) (siehe Abb. 9).

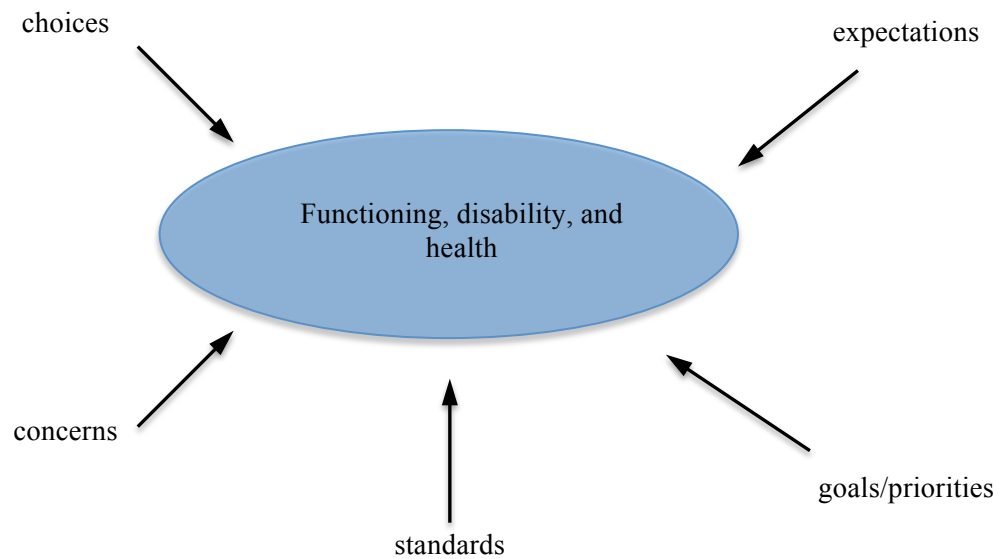


Abbildung 9. Graphic representation of the concept health-related quality of life HRQoL (nach Fayed et al., 2012).

Auch wenn es viele Herausforderungen impliziert, wurden internationale Messverfahren für Kinder und Jugendliche entwickelt, die die wichtigsten Komponenten gesundheitsbezogener Lebensqualität messbar machen, auch wenn kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht, da das nahezu unmöglich erscheint. So kann individuell entschieden werden, welche (messbaren) Dimensionen relevant sind. Dabei haben sich Methoden etabliert, die eine Selbsteinschätzung möglich machen, wobei der jeweilige Reifegrad der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt werden muss. Generische Verfahren eignen sich, da sie ermöglichen, kranke und gesunde Kinder hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu befragen. Nichtsdestotrotz sei darauf hingewiesen, dass ein großer Bedarf an Längsschnittstudien besteht, da viele Fragen in Hinblick auf die subjektive psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen ungeklärt sind. Was die klinische Gruppe der Kinder und Jugendlichen betrifft, ist es einerseits im wissenschaftlichen Kontext wichtig, Referenzdaten zu erarbeiten und andererseits im Praxisfeld neben einer rein medizinischen Behandlung psychologische Bewältigungsstrategien zu vermitteln, um die subjektiv empfundene, gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen (Ravens-Sieberer et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2014).

5.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und jugendlicher Substanzkonsum

Eine geringe gesundheitsbezogene sowie allgemeine Lebensqualität steht im Zusammenhang mit einem riskanteren Verhalten im Jugendalter. Topolski et al. (2001)

konnten das in einer Studie zeigen, in der die AutorInnen Jugendliche, die oft, selten und nie gesundheitsgefährdendes Verhalten wie z.B. riskanten Substanzkonsum zeigten, verglichen. Dabei ist auffallend, dass diejenigen eine höhere Lebensqualität aufwiesen, die nie bzw. selten riskant handeln. Im Gegensatz dazu haben Jugendliche, die in mehrererlei Hinsicht riskant und gesundheitsgefährdend handeln, die niedrigsten Werte in puncto Lebensqualität. Das hat mehrere Gründe: Die Ergebnisse zeigen, dass diese Jugendlichen eine problematischere Beziehung zu ihren Eltern haben bzw. sich in ihrer Umgebung nicht akzeptiert fühlen. Außerdem beschreiben sie sich als skeptischer in Bezug auf ihre Zukunft. Eine Erklärung könnte sein, dass diese Jugendlichen die eventuellen zukünftigen Konsequenzen eines regelmäßigen riskanten und gesundheitsgefährdenden Substanzkonsums nicht berücksichtigen, da sie sich von der Zukunft wenig erwarten.

Laut Ravens-Sieber, Nickel, Erhart und Wille (2006) hängt außerdem der sozioökonomische Hintergrund mit der subjektiv empfundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität und einem riskanten Trink- und Rauchverhalten im Jugendalter zusammen. Sie konnten in einer Studie zeigen, dass sich eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Mädchen und Jungen auf das Rauch-, bei Mädchen noch zusätzlich auf das Trinkverhalten auswirkt. Außerdem zeigten die AutorInnen, dass ein regelmäßiger Alkohol- und Tabakkonsum mit einer instabilen psychischen Befindlichkeit und einer geringen gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammenhängt. Aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge ist allerdings der kausale Zusammenhang zwischen diesen Faktoren nur sehr schwer herzustellen, da nicht klar ist, ob eine schlechtere Lebensqualität die Konsequenz oder der Grund für riskante und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen ist und es insofern wichtig erscheint, weitere Langzeitstudien, die einen kulturübergreifenden Effekt erkennen lassen, durchzuführen. Ravens-Sieberer und ihre KollegInnen nehmen allerdings an, dass riskantes Verhalten die eingeschränkte Lebensqualität bedingt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese Faktoren sich in einer komplexen Dynamik gegenseitig beeinflussen.

EMPIRISCHER TEIL

6 Zielsetzung

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive impliziert die Adoleszenz aufgrund der rapiden körperlichen, kognitiven und sozialen Veränderungen einige Herausforderungen (Castellanos-Ryan et al., 2013). Inwiefern Jugendliche mit entwicklungsbezogenen Aufgaben und Veränderungen umgehen, hängt maßgeblich von individuellen und psychosozialen Ressourcen und Schutzfaktoren ab, die es wahrscheinlicher machen, für die Entwicklung angemessene Bewältigungsstrategien anzuwenden (Hurrelmann & Richter, 2006).

Eine der erwähnten Veränderungen betrifft riskante Verhaltensweisen, die im Jugendalter vermehrt zu beobachten sind, wie beispielsweise der Konsum psychotroper Substanzen. Risikoreiches Handeln kann als ein Charakteristikum der jugendlichen Entwicklung gesehen werden, denn es erfüllt die Funktion, sich den Veränderungen zu stellen und Erfahrungen zu sammeln, die die Persönlichkeit stärken können (Engels & Bogt, 2001; Irwin et al., 2002; Kulbok & Cox, 2002). Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit dem jugendlichen Substanzkonsum sind bzw. wirken vielseitig und beziehen sich auf familiäre, soziale und intraindividuelle Bedingungen. So dürfte ein vermehrter Substanzkonsum in einem dynamischen Zusammenhang mit psychischen Problemen sowie den Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stehen und diese beeinflussen (Ravens-Sieberer et al. 2006).

Die eben beschriebenen Faktoren wurden in der vorliegenden Studie im Zusammenhang mit der Offenen Jugendarbeit beschrieben. Diese hat das übergeordnete gesundheitsfördernde Ziel, die Ressourcen der Jugendlichen zu stärken, indem sie eine Vielzahl an Freizeitgestaltungsmöglichkeiten anbietet und Lebenskompetenzen fördert (Häfele, 2011; Horvath et al., 2009). Dafür wurden Jugendliche nach ihren präferierten Freizeitgestaltungen und ihren Konsumgewohnheiten und -erfahrungen befragt, Daten in Bezug auf substanzspezifische Persönlichkeitseigenschaften, die als Risikofaktoren für einen Substanzkonsum gelten, sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhoben, die wiederum als ein Schutzfaktor in Bezug auf einen angemessenen Substanzkonsum wirken kann. Das Ziel dabei war, Zusammenhänge und Unterschiede dieser Faktoren in Abhängigkeit der Freizeitgestaltung und des Versuchssettings zu erkennen bzw. zu erklären.

7 Methodik

Da in der vorliegenden Studie die Daten zu einem Zeitpunkt erhoben wurden, handelt es sich um eine Querschnittstudie. Die TeilnehmerInnen wurden dafür in Einrichtungen der Jugendarbeit bzw. in Berufsschulen und einer arbeitspolitischen Einrichtung rekrutiert, und es wurde ihnen eine Fragebogenbatterie vorgelegt. Daraus ergeben sich zwei Settings: das der Offenen Jugendarbeit und das des schulischen bzw. berufsorientierten Umfelds, was als Vergleichssetting bezeichnet wird. In den folgenden Kapiteln soll genauer auf diese Untersuchung eingegangen werden.

7.1 Studiendesign

Für die Studie wurden 16-, 17- und 18-jährige Jugendliche in unterschiedliche Freizeittypen klassifiziert und hinsichtlich der Konsummuster miteinander verglichen. Darüber hinaus wurden anhand der Konsumintensität Unterschiede in Abhängigkeit des Settings und hinsichtlich substanzspezifischer Persönlichkeitseigenschaften, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Konsummuster herausgearbeitet. Somit handelt es sich um eine Vergleichsstudie zweier Gruppen, die in Bezug auf Geschlecht und Alter ausgeglichen sind.

7.2 Untersuchungsdurchführung

Die Erhebung fand zwischen September 2014 und Jänner 2015 statt. Dafür wurde zu einigen Jugendzentren persönlich Kontakt aufgenommen. Durch ein E-Mail im November 2014 an die Mailingliste *jugendarbeit@netbridge.at* konnten dann weitere Kontakte zu den Jugendzentren hergestellt werden. Im Folgenden sollen die für die vorliegende Untersuchung aufgesuchten Einrichtungen in alphabetischer Reihenfolge beschrieben werden.

- Club Nautilus: Der Club Nautilus ist ein Kinder- und Jugendzentrum in der Großfeldsiedlung im 21. Bezirk in Wien und eine Einrichtung des „Vereins Wiener Jugendzentren“. Das Ziel des Clubs ist, den Kindern und Jugendlichen einen Treffpunkt im geschützten Rahmen zu ermöglichen, frei von Konsum- und Programmzwang. Darüber hinaus werden laufend Projekte und Initiativen mit inhaltlichen Schwerpunktsetzungen organisiert, bei denen auf freiwilliger Basis teilgenommen werden kann. Die Angebote variieren je nach Zielgruppe und berücksichtigen unterschiedliche Bedürfnisse der Altersgruppen.

Es werden Mädchen- und Burschennachmittage angeboten, um auch einer geschlechtssensiblen Ausrichtung gerecht zu werden (Kinder- und Jugendzentrum Großfeldsiedlung – Club Nautilus, 2009)

- Jugendtreff Penzing: Der Jugendtreff Penzing möchte Jugendlichen zwischen 12 und 20 Jahren Freizeit- und Räumlichkeiten bieten. Die 300m² werden dabei vielseitig genutzt – es gibt mehrere Sportmöglichkeiten wie Tischfußball, Tischtennis oder Billard. Außerdem können sich die Jugendlichen im Chillout-Bereich und in der Lesecke zurückziehen sowie die Küche benutzen. Von Zeit zu Zeit werden auch Projekte organisiert, wie Fußballturniere, Feste o.ä. Der Jugendtreff Penzing wird laut den Angaben der MitarbeiterInnen hauptsächlich von jungen Männern aufgesucht. Der übergeordnete Verein ist „Rettet das Kind, Landesverband Wien“ (Rettet das Kind, Landesverband Wien, 2015).
- Peppa: Das interkulturelle Mädchencafé Peppa, eine Einrichtung der Caritas, befindet sich mitten im städtischen Raum im 16. Wiener Bezirk und ermöglicht Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund zwischen zehn und 20 Jahren unterschiedliche Freizeit- und Beratungsangebote sowie eine Lernhilfe. Darüber hinaus finden auch diverse Workshops, Aktionen und Ausflüge statt. Das Peppa zeichnet sich durch einige zielgruppenspezifische Aktivitäten und Angebote aus; während das Teeny-Cafe nur für 10–13-Jährige offen ist, richtet sich der Freaky Friday an Mädchen ab 14 Jahren. Außerdem gibt es die Möglichkeit einer medizinischen bzw. ernährungswissenschaftlichen Beratung im Rahmen der Einrichtung. Die MitarbeiterInnen von Peppa sprechen unter anderem Arabisch, Kroatisch, Serbisch und Türkisch. Die Interkulturelle Mädchenberatung findet im selben Haus statt und bietet anhand vielseitiger Unterstützung in schwierigen Lebenslagen eine individuelle Beratung für 12- bis 20-jährige Mädchen und junge Frauen an (Caritas der Erzdiözese Wien, 2015).
- re:spect: Der Jugendtreff re:spect in Purkersdorf (Niederösterreich) bietet Jugendlichen im Alter von 14 bis 25 Jahren Räumlichkeiten, um sich zu treffen, zu spielen, sich sportlich zu betätigen u.v.m. Re:spect möchte darüber hinaus Jugendliche dabei unterstützen, Selbstinitiative zu zeigen und Veranstaltungen zu organisieren. Außerdem besteht die Möglichkeit einer Jugendberatung, die

Jugendliche wahrnehmen können, wenn sie jugendspezifische Fragen haben. Diese kann persönlich, aber auch per E-Mail oder Facebook stattfinden. Auch die mobile Jugendarbeit ist Teil des Programms, dabei sind die MitarbeiterInnen von re:spect im Raum Purkersdorf unterwegs, um weitere Jugendliche zu erreichen (Verein Jugend- und Kulturzentrum Purkersdorf, 2015)

Darüber hinaus konnte dank einer Genehmigung des Stadtschulrates für Wien in der Berufsschule Handel & Reisen und aufgrund der geringen Anzahl an männlichen Teilnehmern noch zusätzlich in der Berufsschule für Holz, Klang, Farbe & Lack erhoben werden. Die Voraussetzung vonseiten des Stadtschulrates dafür war, den SchülerInnen Raum für Fragen, Anregungen und Gedankenaustausch im Anschluss an die Studie zu geben. Jugendliche, die Interesse an einer Teilnahme hatten, wurden in ein anderes Klassenzimmer gebeten, um dort in Ruhe den Fragebogen auszufüllen; im Anschluss wurde entweder einzeln oder in der Gruppe über den Fragebogen und die Studie sowie allgemein über das Studium der Psychologie gesprochen.

Außerdem wurde im Rahmen einer Vorlaufphase für die vorliegende Studie im Spacelab (Produktionsschule Wien) erhoben. Diese Institution richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 25 Jahren, die aufgrund verschiedener Gründe Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt haben und insofern Unterstützung bei ihrer Berufs- und Bildungsplanung benötigen. Dabei werden mehrere Module angeboten, die sich anhand ihrer Verbindlichkeit und Struktur unterscheiden. So werden Jugendliche z.B. im Modul Perspektivenentwicklung längerfristig von Perspektivencoaches begleitet. Darüber hinaus werden Tagestrainings und Werkstättentrainings angeboten, die auch bezahlt werden. Die Zielgruppe sind junge Menschen, die ohne Schul- oder Berufsausbildung bzw. arbeitslos sind oder keine Berufsausbildungsstelle haben. Das Ziel von Spacelab ist dabei, junge Menschen beim Einstieg in die Arbeitswelt zu unterstützen, ihnen eine Perspektive und Orientierung zu ermöglichen sowie die Förderung arbeitsmarktrelevanter Fähigkeiten (Verein Wiener Jugendzentren, 2015; WUK Verein zur Schaffung offener Kultur- und Werkstättenhäuser, 2015).

Alle befragten Jugendlichen wurden im Vorhinein über die Inhalte und die Art der Untersuchung aufgeklärt, da so ein *Informed Consent* (Bortz & Döring, 2006), also ein Vermitteln der für die Studie relevanten Informationen, gewährleistet wurde.

Darüber hinaus wurde mit den jeweiligen Einrichtungen und Schulen vereinbart, ihnen nach Fertigstellen der Studie eine Kurzzusammenfassung der Ergebnisse zu übermitteln, die wiederum an interessierte Jugendliche weitergeleitet werden soll. Auch das Prinzip der Freiwilligkeit (Bortz & Döring, 2006) wurde berücksichtigt, da Jugendliche, die Unmut oder Skepsis zeigten, nicht verpflichtet wurden, an der Untersuchung teilzunehmen. Auch andere wichtige ethische Kriterien nach Bortz und Döring (2006), wie Anonymität und die „Vermeidung psychischer oder körperlicher Beeinträchtigungen“ (S. 45) wurden in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt.

Die Untersuchung im Feld hatte den Vorteil, dass Jugendliche in ihrem natürlichen Umfeld rekrutiert und befragt wurden und somit eine hohe externe Validität gewährleistet wurde. Störfaktoren wie Geräuschquellen, Störung anderer Jugendlicher o.ä. schmäleren allerdings die interne Validität, da diverse Einflussfaktoren nicht vollständig kontrolliert werden konnten. Im Gegensatz dazu stellte sich die Schule als ein äußerst passender Ort für die Untersuchung heraus: Jugendliche wurden einerseits in einer vertrauten Umgebung befragt, und andererseits ermöglichten die zur Verfügung gestellten freien Klassenzimmer eine angenehme und ruhige Atmosphäre, was somit für eine hohe externe wie interne Validität spricht. Um den Einfluss eines VersuchsleiterInnenartefakts so gering wie möglich zu halten, wurde darauf Rücksicht genommen, die Instruktion sowie jegliche verbale wie nonverbale Kommunikation mit den TeilnehmerInnen möglichst ähnlich zu gestalten (Bortz & Döring, 2006). Dabei wurde darauf geachtet, den TeilnehmerInnen gegenüber eine wertschätzende und sympathische Haltung zu pflegen.

Die vorliegende Untersuchung fand in schriftlicher Paper-Pencil-Form in Anwesenheit der Untersuchungsleiterin statt, um Nachteile, die bei einer unkontrollierten Erhebungssituation (Online-Studien o.ä.) bestehen, zu vermeiden. Es wurde versucht, den eben erwähnten Kriterien gerecht zu werden, auch wenn sich die Untersuchungssettings voneinander unterscheiden. So wurde in den Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit während der Öffnungszeiten in Bezug auf das Alter passende Jugendliche gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Dabei wurde bereits erklärt, was der Grund und die Inhalte der Untersuchung sind bzw. etwaige Fragen beantwortet. Die Erhebung selber fand parallel oder im Einzel-Setting statt. Es wurde Rücksicht drauf genommen, dass die Umgebungsbedingungen möglichst angenehm (geschlossener, ruhiger Raum etc.) waren.

Im Spacelab gab es die Möglichkeit, in der morgendlichen Besprechung bzw. in den Werkstätten kurz auf die Studie aufmerksam zu machen. Interessierte Jugendliche wurden dann gebeten, in ein Besprechungszimmer zu wechseln, wo die Untersuchung stattfinden konnte. In den Schulklassen verlief der Ablauf ähnlich. Am Anfang einer Schulstunde hatte die Untersuchungsleiterin die Möglichkeit, den Fragebogen und die Studie zu präsentieren. Im Anschluss meldeten sich 16- bis 18-jährige SchülerInnen, die Interesse daran hatten, teilzunehmen. Ein Wechsel in ein anderes Klassenzimmer war wichtig, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen.

In allen Untersuchungsbedingungen wurde vor Beginn der schriftlichen Befragung das Instruktionsblatt erläutert und musste somit von den TeilnehmerInnen nicht gelesen werden. Nach Beantworten diverser Fragen begannen die Jugendlichen, den Fragebogen für sich alleine auszufüllen. Auch während der Bearbeitung konnten die TeilnehmerInnen Fragen stellen. Die Bearbeitungsdauer variierte zwischen ca. 7 und 20 Minuten. Im Anschluss an die Befragung wurden die Jugendlichen im Einzel- oder Gruppengespräch gefragt, ob alle Fragen für sie verständlich waren bzw. ob es Themen gab, über die sie noch sprechen wollten. Abschließend wurde den TeilnehmerInnen als Dankeschön eine kleine Belohnung (Kekse o.ä.) angeboten. SozialarbeiterInnen, MitarbeiterInnen der Offenen Jugendarbeit oder Lehrpersonen waren während der Erhebungssituation nicht im selben Raum anwesend.

8 Messinstrumente

Die Daten der vorliegenden Studie wurden mit einer Fragebogenbatterie erhoben, die aus soziodemographischen Fragen, Fragen zur Freizeitgestaltung, Fragen zu suchtpräventiven Veranstaltungen und Jugendberatung sowie den Verfahren Substance Use Risk Profile Scale 23 (SURPS) (Woicik et al., 2009), KIDSCREEN-27 (KIDSCREEN Group Europe, 2006) und dem Screening-Instrument Relax, Alone, Friends, Family (RAFFT) bestand (Laging, 2005).

8.1 Soziodemographische Fragen

Zu Beginn wurden die TeilnehmerInnen zu ihrem Alter, ihrem Geschlecht, dem höchsten bisher erreichten Bildungsabschluss, dem aktuell angestrebten Bildungsabschluss und ihrer aktuellen Erwerbstätigkeit befragt. Diese Fragen wurden nach einer Vorlaufphase zielgruppengerecht formuliert, da es zu anfänglichen Schwierigkeiten diesbezüglich kam.

8.2 Fragen zur Freizeitgestaltung und suchtpreventiven Veranstaltungen

Um das Freizeitverhalten der Jugendlichen zu erheben, wurde die Frage „Wo bzw. wie verbringst du den Großteil deiner Freizeit?“ gestellt. Die Antwortkategorien waren „Alleine zu Hause“, „Mit meiner Familie“, „Mit Freunden und Freundinnen zu Hause“, „Auf öffentlichen Plätzen bzw. in Einkaufszentren, Lokalen oder ähnlichem alleine“, „Auf öffentlichen Plätzen bzw. in Einkaufszentren, Lokalen oder ähnlichem mit meinen Freunden/Freundinnen“, „In einem Jugendzentrum in meiner Nähe“, „In einem Sportclub (z.B. Fußball, Tennis, Tanzen etc.)“, „In einem Freizeitclub (z.B. Schach, Briefmarken sammeln, Computer etc.)“, „Mit sozialem Engagement (z.B. Rotes Kreuz, Tierschutz, politische Organisation etc.)“, „Pfadfinder und Pfadfinderinnen Österreichs/Österreichischer Pfadfinderbund“ und sonstiges.

Außerdem wurde anhand einer dichotom gestellten Frage auch berücksichtigt, ob die Jugendlichen an einem Projekt oder einer Aktion zum Thema Sucht und Substanzkonsum sowie an einer Jugendberatung teilgenommen haben. Falls diese Fragen bejaht wurden, wurden die TeilnehmerInnen gebeten, anzugeben, zu welchem Thema bzw. zu welchen Themen die Beratung stattgefunden hat.

8.3 Substance Use Risk Profile Scale 23 (SURPS) (Woicik et al., 2009)

Der Selbstbeurteilungsfragebogen Substance Use Risk Profile Scale 23 (SURPS) besteht aus 23 Items, die die Dimensionen *Hopelessness*, *Anxiety Sensitivity*, *Sensation Seeking* sowie *Impulsivity* erheben. Er weist dabei je nach Untertest zwischen 0.61 und 0.86 eine angemessene Reliabilität auf und nimmt ca. fünf Minuten Zeit in Anspruch. Befragte Personen können zwischen einem fünfstufigen Antwortformat wählen („stimme voll zu“, „stimme zu“, „weiß nicht“, „stimme nicht zu“, „stimme gar nicht zu“).

Die relativ kurze Dauer und die geringe Anzahl an Items eignen sich für Studien mit Jugendlichen. Das Verfahren ist auch passend, um Jugendliche mit einem potentiell problematischen Substanzkonsum zu identifizieren, ohne nach dem eigentlichem Konsum fragen zu müssen. Beispielhaft werden in Abbildung 10 einzelne Items aufgelistet, die zu der Dimension *Anxiety Sensitivity* gehören.

	stimme voll zu	stimme zu	weiß nicht	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
Es ist beängstigend, wenn man sich schwindelig oder der Ohnmacht nahe fühlt.	☐	☐	☐	☐	☐
Es macht mir Angst, wenn ich spüre, wie sich mein Herzschlag ändert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bekomme Angst, wenn ich stark nervös werde.	☐	☐	☐	☐	☐

Abbildung 10. Beispielfragen aus dem SURPS

8.4 KIDSCREEN-27 (KIDSCREEN Group Europe, 2006)

KIDSCREEN-27 ist ein auf einer europaweiten Erhebung basierender international validierter, generischer Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität für chronisch kranke und gesunde Kinder und Jugendliche zwischen acht und 18 Jahren und umfasst in einer gekürzten Version 27 statt 52 Items. Der Fragebogen war Teil des Projekts "Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective" und wurde von der Europäischen Kommission initiiert und finanziert.

Die Dimensionen des KIDSCREEN-27 sind körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Beziehungen zu Eltern und Autonomie, soziale Unterstützung bzw. Gleichaltrige und schulisches Umfeld. Die Fragen beziehen sich auf die letzte Woche und können anhand einer fünfstufigen Ratingskala beantwortet werden, wobei die Antwortkategorien je nach Frage variieren. Dabei gibt es Antwortmöglichkeiten wie „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“ bzw. „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“, „sehr“. Die Bearbeitungsdauer ist ca. zehn Minuten. Neben dem Selbstbeurteilungsfragebogen für Kinder und Jugendliche gibt es auch eine Eltern-Version. Die Reliabilität für jede der fünf Dimensionen nach Cronbach Alpha beträgt >0.70 und ist somit zufriedenstellend (KIDSCREEN Group Europe, 2006)

Aus Verständnisgründen wurde für die vorliegende Studie die Frage „*Konntest du gut laufen?*“ mit der Bemerkung „*im Sinne von ,gehen‘*“ erweitert. Es werden beispielhaft einzelne Items angeführt, die der Kategorie psychisches Wohlbefinden zugeordnet sind (siehe Abb. 11).

	überhaupt nicht ☐	ein wenig ☐	mittelmäßig ☐	ziemlich ☐	sehr ☐
Hat dir dein Leben gefallen?					
Hast du gute Laune gehabt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
Hast du Spaß gehabt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐

Abbildung 11. Beispielfragen aus dem KIDSCREEN-27

8.5 Substanzkonsum

Die Fragen bezüglich des Substanzkonsums wurden auf der Basis eines kürzlich entwickelten Fragbogens zweier anderer DiplomandInnen gestellt, die sich wiederum auf eine Liste von checkit! (Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH, 2015). einer Beratungseinrichtung speziell für junge KonsumentInnen illegaler Substanzen, beziehen. Anhand zweier Fragen „Welche der folgenden Substanzen hast du bereits konsumiert?“ bzw. „Welche der folgenden Substanzen hast du in den letzten drei Monaten konsumiert?“ und den Antwortmöglichkeiten „Ja, einmal“, „Ja, gelegentlich“, „Ja, öfters“, „Ja, fast täglich bzw. täglich“, „Nein“ und „Kenne ich nicht“ wird das Konsumverhalten beschrieben. Dabei wurden folgende Substanzen angeführt: Alkohol, Zigaretten, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Cannabis, Ecstasy (MDMA), Methamphetamin (Crystal Meth), LSD, Pilze (Magic Mushrooms), Kokain, Heroin, GHB („flüssiges Ecstasy“), Ketamin (Special K), Schnüffelfstoffe (Feuerzeuggas, Poppers), Natural Drugs (Holzrose, Salvia divinorum, Badesalze), Crack/Kokainbase und Sonstige Substanzen.

Um die bisherigen und aktuellen Konsumerfahrungen der Jugendlichen vereinheitlicht darstellen zu können, wurde folgende Einteilung vorgenommen: Es wurde zwischen Personen, die angaben, keine Substanz konsumiert zu haben (Gruppe *kein Konsum*), Personen, die davon berichteten, einmal oder gelegentlich mind. eine Substanz konsumiert haben (*mäßiger Konsum*), und Personen, die angaben, öfters oder täglich mind. eine Substanz zu konsumieren (*übermäßiger Konsum*) unterschieden.

8.6 Relax, Alone, Friends, Family, Trouble (RAFFT)

RAFFT ist ein Screening-Instrument, das einen riskanten Drogen- und Alkoholkonsum von 13- bis 18-jährigen Jugendlichen erfasst. Es beinhaltet in der deutschen Version

sechs dichotom zu beantwortende Fragen zu den Themen Konsum zur Entspannung, Konsum alleine, Konsum als Zugehörigkeitsgefühl, Konsum im Freundes- und Familienkreis und Schwierigkeiten durch Konsum. Zwei oder mehr Fragen, die mit einem „Ja“ beantwortet werden, weisen auf einen riskanten Substanzkonsum hin. AutorInnen berichten von einer moderaten Validität, allerdings fehlen Daten zur Reliabilität dieses Screening-Instrumentes (Laging, 2005).

9 Fragestellungen und Hypothesen

9.1 Zusammenhangshypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und den Persönlichkeitsdimensionen

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* und der Skala *Physical Wellbeing*?

H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* und der Skala *Physical Wellbeing*.

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* und der Skala *Physical Wellbeing*.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 1. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

2. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* und der Skala *Psychological Wellbeing*?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* und der Skala *Autonomy/Parental Relation*?
4. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* und der Skala *Social Support/Peers*?
5. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* und der Skala *School Environment*?

6. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity* und der Skala *Physical Wellbeing*?

H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity* und der Skala *Physical Wellbeing*.

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity* und der Skala *Physical Wellbeing*.

Analog zu der hier beschriebenen H_0 bzw. H_1 der Hypothese 6. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

7. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity* und der Skala *Psychological Wellbeing*?
8. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity* und der Skala *Autonomy/Parental Relation*?
9. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity* und der Skala *Social Support/Peers*?
10. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity* und der Skala *School Environment*?

11. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* und der Skala *Physical Wellbeing*?

H_0 : Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* und der Skala *Physical Wellbeing*.

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* und der Skala *Physical Wellbeing*.

Analog zu der hier beschriebenen H_0 bzw. H_1 der Hypothese 11. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

12. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* und der Skala *Psychological Wellbeing*?
13. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* und der Skala *Autonomy/Parental Relation*?
14. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* und der Skala *Social Support/Peers*?
15. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* und der Skala *School Environment*?

16. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity* und der Skala *Physical Wellbeing*?

H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity* und der Skala *Physical Wellbeing*.

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity* und der Skala *Physical Wellbeing*.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 16. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

17. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity* und der Skala *Psychological Wellbeing*?

18. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity* und der Skala *Autonomy/Parental Relation*?

19. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity* und der Skala *Social Support/Peers*?

20. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity* und der Skala *School Environment*?

9.2 Unterschiedshypothesen zu Konsumverhalten und Persönlichkeitsdimensionen

21. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem bisherig übermäßigem Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness*?

H₀: Jugendliche mit übermäßigem Substanzkonsum haben keine höheren Werte hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* als Jugendliche mit keinem/mäßigem Konsum.

H₁: Jugendliche mit übermäßigem Substanzkonsum haben höhere Werte hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* als Jugendliche mit keinem/mäßigem Konsum.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 21. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

22. Unterscheiden sich Jugendliche mit übermäßigem Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity*?
23. Unterscheiden sich Jugendliche mit übermäßigem Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking*?
24. Unterscheiden sich Jugendliche mit übermäßigem Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity*?
25. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness*?

H₀: Jugendliche mit aktuell übermäßigem Substanzkonsum haben keine höheren Werte hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* als Jugendliche mit aktuell keinem/mäßigem Konsum.

H₁: Jugendliche mit aktuell übermäßigem Substanzkonsum haben höhere Werte hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* als Jugendliche mit aktuell keinem/mäßigem Konsum.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 25. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

26. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Impulsivity*?
27. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking*?
28. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity*?

9.3 Unterschiedshypothesen zu Konsumverhalten und gesundheitsbezogener Lebensqualität

29. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem bisherig übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*?

H₀: Jugendliche mit einem bisherig übermäßigen Substanzkonsum unterscheiden sich nicht von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Konsum hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*.

H₁: Jugendliche mit einem bisherig übermäßigen Substanzkonsum unterscheiden sich von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Konsum hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 29. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

30. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem bisherig übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *Psychological Wellbeing*?

31. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem bisherig übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *Autonomy/Parental Relation*?

32. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem bisherig übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *Social Support/Peers*?

33. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem bisherig übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *School Environment*?

34. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*?

H₀: Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum unterscheiden sich nicht von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Konsum hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*.

H₁: Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum unterscheiden sich von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Konsum hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 34. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

- 35. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *Psychological Wellbeing*?
- 36. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *Autonomy/Parental Relation*?
- 37. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuell übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *Social Support/Peers*?
- 38. Unterscheiden sich Jugendliche mit einem aktuellen übermäßigen Substanzkonsum von Jugendlichen mit aktuell keinem/mäßigem Substanzkonsum hinsichtlich der Skala *School Environment*?

9.4 Unterschiedshypothese zu Freizeitgestaltung und Konsumverhalten

- 39. Unterscheiden sich Jugendliche, die eine organisierte Freizeitgestaltung aufweisen (Cluster 2), von Jugendlichen mit wenig/keiner organisierten Freizeitgestaltung (Cluster 1 und 3) hinsichtlich ihres Konsumverhaltens?

H₀: Jugendliche mit organisierter Freizeitgestaltung unterscheiden sich nicht von jenen mit wenig/keiner organisierten Freizeitgestaltung hinsichtlich ihres Konsumverhaltens.

H₁: Jugendliche mit organisierter Freizeitgestaltung unterscheiden sich von jenen mit wenig/keiner organisierten Freizeitgestaltung hinsichtlich ihres Konsumverhaltens

9.5 Unterschiedshypothesen zu Setting und den Persönlichkeitsdimensionen

- 40. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Hopelessness*?

H₀: Jugendliche aus dem Jugendzentrums-Setting unterscheiden sich nicht vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Hopelessness*.

H₁: Jugendliche aus dem Jugendzentrums-Setting unterscheiden sich vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Hopelessness*.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 40. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

41. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Impulsivity*?

42. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Sensation Seeking*?

43. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Anxiety Sensitivity*?

9.6 Unterschiedshypothesen zu Setting und gesundheitsbezogener Lebensqualität

44. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*?

H₀: Jugendliche aus dem Jugendzentrums-Setting unterscheiden sich nicht vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*.

H₁: Jugendliche aus dem Jugendzentrums-Setting unterscheiden sich vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 44. sind die weiteren Hypothesenpaare formuliert.

45. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Psychological Wellbeing*?

46. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Autonomy/Parental Relation*?

47. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *Social Support/Peers*?

48. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Skala *School Environment*?

9.7 Unterschiedshypothesen zur Aktivität im Jugendzentrum und Substanzkonsum

49. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich der Konsumhäufigkeit?

H₀: Jugendliche aus dem Jugendzentrums-Setting unterscheiden sich nicht vom Vergleichssetting hinsichtlich der Konsumhäufigkeit.

H₁: Jugendliche aus dem Jugendzentrums-Setting unterscheiden sich vom Vergleichssetting hinsichtlich der Konsumhäufigkeit.

Analog zu der hier beschriebenen H₀ bzw. H₁ der Hypothese 49. ist das weitere Hypothesenpaar formuliert.

50. Unterscheiden sich Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum vom Vergleichssetting hinsichtlich eines riskanten Substanzkonsums?

10 Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Datenanalyse der vorliegenden Studie werden im folgenden Kapitel dargestellt. Einerseits werden die Daten deskriptiv in Hinblick auf verschiedene Eigenschaften, die für die Untersuchung relevant sind, beschrieben. Andererseits werden die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analysen dargestellt. Diese wurden mit Hilfe der Statistiksoftware IBM SPSS® 22 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde entsprechend der Irrtumswahrscheinlichkeit vorab auf $\alpha = 5\%$ festgelegt. Sofern im Rahmen der Hypothesentestung mit $p \leq .05$ dieser Wert erreicht oder unterschritten wird, ist ein Ergebnis als signifikant zu bezeichnen. Zudem wird die praktische Relevanz eines Ergebnisses, sofern erforderlich, auf Grundlage der standardisierten Effektgrößen dargestellt.

10.1 Stichprobenbeschreibung

In diesem Kapitel werden die soziodemographischen Variablen der Stichprobe (N=98) beschrieben. Diese umfasst 16- bis 18-jährige männliche und weibliche Wiener und Niederösterreichische Jugendliche. Fragebögen, die offensichtlich nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt bzw. größtenteils unvollständige waren, wurden für die nachfolgenden

Datenanalyse nicht herangezogen. Ein Teil der in einer Vorlaufphase erhobenen Fragebögen (n=10) in der arbeitsmarktpolitischen Einrichtung Spacelab wurde zum Ausgleich von Geschlechterverhältnissen für die statistischen Analysen verwendet, wobei nicht erhobene Werte nicht berücksichtigt werden konnten. In der Jugendzentrumsgruppe werden 43 Jugendliche, in der Vergleichsgruppe 55 Jugendliche berücksichtigt.

10.1.1 Alter, Geschlecht und Erstsprache

65.1% der TeilnehmerInnen der Jugendzentren-Gruppe waren männlich, 34.9% weiblich. In der Vergleichsgruppe waren 47.3% männlich, während 52.7% weiblich waren. Insgesamt nahmen 54 junge Männer und 44 junge Frauen an der Untersuchung teil. Die Verteilung der Geschlechter in den beiden Settings ist in Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1. Häufigkeiten und Anteilswerte von Geschlecht und Setting

		Setting		Gesamtsumme
		JZ	Vergleichssetting	
Geschlecht	männlich	28	26	54
		65.1%	47.3%	55.1%
	weiblich	15	29	44
		34.9%	52.7%	44.9%
Gesamtsumme		43	55	98
		100.0%	100.0%	100.0%

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 3.106$, $p = .078$ nicht signifikant aus; es kann kein Verteilungsunterschied des Settings in Abhängigkeit vom Geschlecht angenommen werden.

Der Mittelwert des Alters im Jugendzentrum war 16.77 ($SD = 0.81$), jener in der Vergleichsstichprobe 17.07 ($SD = 0.79$). Da drei verschiedene Alterskategorien erhoben werden konnten (16, 17 und 18), lag der Mittelwert der Gesamtstichprobe zum Erhebungszeitpunkt bei 16.94 ($SD = 0.81$). Ein t-Test für unabhängige Stichprobe (die Varianzhomogenität konnte mit $p = .393$ angenommen werden) zeigte, dass sich das Alter in den beiden Gruppen mit $t(96) = -1.876$, $p = .064$ nicht signifikant unterschied.

Die Jugendlichen in den beiden Settings waren somit zum Erhebungszeitpunkt gleich alt.

In Bezug auf die Erstsprache lässt sich Folgendes feststellen: In der Jugendzentrumsgruppe gaben 12 Jugendliche an, Deutsch als erste gesprochene Sprache zu haben, während 29 nicht-deutscher Muttersprache waren. In der Vergleichsgruppe hatten 28 eine andere Erstsprache als Deutsch, während 26 Deutsch als Erstsprache angaben (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2. Häufigkeiten und Anteilswerte von Erstsprache und Setting

		Setting		
		JZ	Vergleichssetting	Gesamtsumme
Erstsprache	Nicht Deutsch	29	28	57
		70.7%	51.9%	60.0%
	Deutsch	12	26	38
		29.3%	48.1%	40.0%
Gesamtsumme		41	54	95
		100.0%	100.0%	100.0%

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 3.461$, $p = .063$ nicht signifikant aus; es kann somit kein besonderer Verteilungsunterschied des Settings in Abhängigkeit der Erstsprache angenommen werden.

10.1.2 Bildung und Erwerbstätigkeit

In Bezug auf die höchste abgeschlossene Bildung gaben 66 (68.8%) TeilnehmerInnen einen Pflichtschulabschluss an, 16 (16.7%) einen Hauptschulabschluss, 7 (7.3%) einen Berufsschulabschluss. Eine Person gab an, die Matura abgeschlossen zu haben, 6 (6.3%) hatten einen sonstigen Abschluss, wobei hier hauptsächlich „kein Pflichtschulabschluss“ angeführt wurde. Die Mehrheit, nämlich 54 (56.8%) der TeilnehmerInnen führte an, in Vollzeit erwerbstätig zu sein. 27 (28.4%) TeilnehmerInnen gaben an, keiner Beschäftigung nachzugehen. Der Rest war teilzeiterwerbstätig (5.3%) bzw. geringfügig beschäftigt (2.1%). Eine Person leistete gerade Wehrdienst/Zivildienst, und sechs TeilnehmerInnen gaben eine sonstige Tätigkeit an (6.3%). Von drei Personen lagen keine Angaben der Erwerbstätigkeit vor.

10.1.3 Suchtpräventive Veranstaltungen und Jugendberatung

62 Personen (63.3%) gaben an, bereits an einer Veranstaltung bzw. an einem Projekt zum Thema Sucht und Drogen teilgenommen zu haben, während 36 TeilnehmerInnen (36.7%) diese Frage mit einem Nein beantworteten. Die Verteilung der Antworten innerhalb der Settings ist in Tabelle 3 ersichtlich. Es haben 48 Personen (77.4%) erläutert, dass diese Veranstaltung bzw. dieses Projekt in der Schule stattfand.

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 0.575, p = .448$ nicht signifikant aus; es kann somit kein Verteilungsunterschied des Settings in Abhängigkeit der Teilnahme an einem suchtpräventiven Projekt angenommen werden.

Tabelle 3. Häufigkeiten und Anteilswerte von suchtpräventiver Projektteilnahme und Setting

		Setting		Gesamtsumme
		JZ	Vergleichssetting	
Projekt-Teilnahme	nein	14	22	36
		32.6%	40.0%	36.7%
	ja	29	33	62
		67.4%	60.0%	63.3%
Gesamtsumme		43	55	98
		100.0%	100.0%	100%

Hinsichtlich der Teilnahme an einer Jugendberatung gaben 43 (50.0%) an, dieses Angebot nicht wahrgenommen zu haben, 20 (23.3%) meinten, sie hätten sich einmal im Rahmen einer Jugendberatung beraten lassen. 12 (14.0%) nehmen dieses Angebot gelegentlich wahr, 11 (12.7%) öfters. Von 12 Personen lagen diesbezüglich keine Angaben vor.

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(3) = 5.611, p = .132$ nicht signifikant aus; es kann somit kein Verteilungsunterschied der Teilnahme einer Jugendberatung in Abhängigkeit des Settings angenommen werden.

10.2 Gruppenbeschreibung Freizeittypen

In diesem Kapitel werden Freizeittypen anhand einer Clusteranalyse identifiziert und anschließend beschrieben. Die Clusteranalyse ist ein strukturbildendes Verfahren und wird als eine multivariate Methode verstanden, indem sie Gruppen aufgrund bestimmter Merkmalsähnlichkeiten zusammenfasst. Dabei ist es entscheidend, dass innerhalb eines Clusters möglichst homogene Fälle vorliegen und zwischen den Clustern tunlichst deutliche Unterschiede vorhanden sind (Bortz & Döring, 2006).

Die Clusteranalyse bezieht sich auf die Frage der drei Freizeitgestaltungsmöglichkeiten, die gemäß den Angaben am öftesten wahrgenommen werden. Wie in Tabelle 4 ersichtlich haben sich bei der Analyse drei Cluster ergeben. Die Benennung der Cluster erfolgt unter Berücksichtigung der Kombinationen der Nennungshäufigkeiten der Freizeitpräferenzen. Das größte Cluster 2 beinhaltet demnach die meisten Personen ($n = 41$; 41.8%) und beschreibt den „vielseitig-organisierten Freizeittypen“; es wird Zeit mit der Familie (27; 45.8%) und den FreundInnen auf öffentlichen Plätzen (38; 63.3%), im Jugendzentrum (16; 57.1%) oder im Sportklub (14; 63.6%) verbracht. Somit weist der Clustertyp 2 eine familienorientierte, soziale und organisierte Freizeitstruktur auf. Das zweitgrößte Cluster ($n = 35$; 35.7%) ist der Typ 3, der als „gewohnheitsorientiert-häuslicher Freizeittyp“ klassifiziert werden kann. Es wird viel Zeit zu Hause verbracht, entweder alleine (16; 55.2%) oder mit FreundInnen (21; 48.8%). Bevorzugt wird auch, Zeit im Jugendzentrum in der Nähe (11; 39.3%) oder mit der Familie zu verbringen (19; 32.2%). Cluster 1 ($n = 22$; 22.4%) fasst schließlich die kleinste Gruppe zusammen und kann als „freundschaftlich-unorganisierter Freizeittyp“ bezeichnet werden, da deutlich der Kontakt mit den Peers im Vordergrund steht, entweder zu Hause (22; 51.2%) oder auch auf öffentlichen Plätzen (22; 36.7%).

Tabelle 4. Clusterverteilung

		n	% der Kombinationen
Cluster	1	22	22.4%
	2	41	41.9%
	3	35	35.7%
Summe		98	100.0%

Das Größenverhältnis der beiden Cluster 2 und 1 erreicht 1.86, und die Modellzusammenfassung zeigt unter Berücksichtigung der acht Eingabevariablen eine mittelhohe Clusterqualität (siehe Abb. 12).

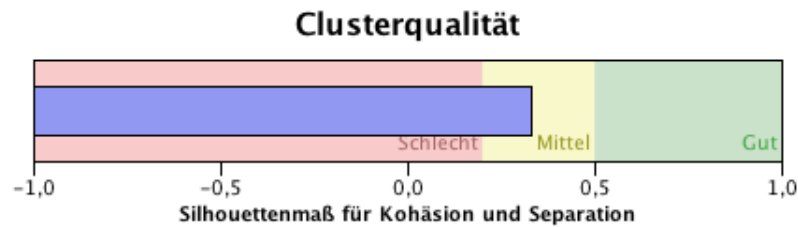


Abbildung 12. Graphische Darstellung der erreichten Clusterqualität

10.3 Beschreibung des Konsumverhaltens

In diesem Kapitel wird der Substanzkonsum der TeilnehmerInnen beschrieben, in dem die Ergebnisse des Konsumfragebogens erläutert werden. Dabei wird im Text angeführt, wie viele Personen jemals eine bestimmte Substanz bereits konsumiert haben. Zu berücksichtigen ist, dass Mehrfachnennungen möglich waren. In den entsprechenden Tabellen sind zusätzlich die Konsumintensität (*nie, einmal, gelegentlich, öfters, täglich*) sowie aktuelle Konsumerfahrungen angeführt, die sich auf die letzten drei Monate beziehen.

In dieser Hinsicht gaben 34 (34.7%) Personen an, noch nie getrunken zu haben, während 63 (64.3%) zumindest einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert haben. Eine Person wählte hierbei keine Antwortmöglichkeit. Die Aufschlüsselung der Konsumerfahrungen ist in Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 5. Häufigkeiten und Prozentangaben des Alkoholkonsums jemals und in den letzten drei Monaten

Häufigkeit	<u>jemals</u>		<u>aktuell</u>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	34	34.7	44	44.9
einmal	13	13.3	14	14.3
gelegentlich	29	29.6	22	22.4
öfters	21	21.4	13	13.3
täglich	0	0.0	3	3.1
MD	1	1.0	2	2.0

30 Personen (30.6%) gaben an, noch nie geraucht zu haben, während 66 (67.3) zumindest einmal in ihrem Leben Zigaretten konsumiert haben. 2.0% machten hierzu keine Angabe. Die Häufigkeiten und Anteilswerte in Bezug auf das Rauchverhalten sind in Tabelle 6 ersichtlich.

Tabelle 6. Häufigkeiten und Prozentangaben des Tabakkonsums jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	30	30.7	45	45.8
einmal	12	12.2	3	3.1
gelegentlich	12	12.2	8	8.2
öfters	10	10.2	9	9.2
täglich	32	32.7	32	32.7
MD	2	2.0	1	1.0

82 (83.7%) TeilnehmerInnen führten an, noch nie ein Beruhigungsmittel genommen zu haben. 15 (15.3%) haben bereits Beruhigungsmittel konsumiert, während eine Person keine Angabe gemacht hat. Die Aufschlüsselung über den Konsum von Beruhigungsmitteln ist in Tabelle 7 dargestellt.

Gemäß den Angaben haben 60 (61.2%) TeilnehmerInnen noch nie, und 37 (37.8%) bereits Cannabis konsumiert. Eine Person machte diesbezüglich keine Angaben. Die Daten sind in Tabelle 8 näher beschrieben.

Tabelle 7. Häufigkeiten und Prozentangaben des Konsum von Beruhigungsmittel jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	82	83.7	85	86.7
einmal	5	5.1	3	3.1
gelegentlich	4	4.1	1	1.0
öfters	4	4.1	3	3.1
Täglich	2	2.0	2	2.0
MD	1	1.0	4	4.1

Von den TeilnehmerInnen gaben 80 (81.6%) Personen an, noch nie Speed

genommen zu haben, 5 Personen (5.1%) haben zumindest einmal probiert, wie in Tabelle 9 ersichtlich ist. 13 Werte sind hierbei fehlend, womit der Anteilswert 13.3% beträgt.

Tabelle 8. Häufigkeiten und Prozentangaben des Cannabiskonsums jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	60	61.2	70	71.5
einmal	14	14.3	10	10.2
gelegentlich	8	8.2	4	4.1
öfters	9	9.2	6	6.1
täglich	6	6.1	7	7.1
MD	1	1.0	1	1.0

Tabelle 9. Häufigkeiten und Prozentangaben des Speedkonsums jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	80	81.6	84	85.7
einmal	5	5.1	1	1.0
MD	13	13.3	13	13.3

Ecstasy haben 94 Personen (96.0%) noch nie konsumiert, 3 Personen (3.0%) mind. einmal. Ein Wert hinsichtlich des bisherigen Ecstasykonsums ist fehlend. In Tabelle 10 sind die Anteilswerte und Häufigkeiten aufgelistet.

93 Personen (95.0%) gaben an, noch nie Pilze (*Magic Mushrooms*) konsumiert zu haben. 4 Personen (4.0%) haben es bereits probiert, währenddessen ein Wert fehlend ist. Die Häufigkeiten und Anteilswerte können Tabelle 11 entnommen werden.

Noch nie Kokain konsumiert zu haben, gaben 93 (94.9%) Personen an. Vier TeilnehmerInnen haben bereits Konsumerfahrung, das sind 4.1%. Ein Wert ist fehlend. Die Aufschlüsselungen der Angaben sind in Tabelle 12 ersichtlich.

Tabelle 10. Häufigkeiten und Prozentangaben des Ecstasykonsums jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	94	96.0	96	98.0
einmal	2	2.0	0	-
öfters	1	1.0	1	1.0
MD	1	1.0	1	1.0

Tabelle 11. Häufigkeiten und Prozentangaben des Magic Mushrooms-Konsums jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	93	95.0	94	95.9
einmal	2	2.0	3	3.1
gelegentlich	2	2.0	0	-
MD	1	1.0	1	1.0

Tabelle 12. Häufigkeiten und Prozentangaben des Kokainkonsums jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	93	94.9	93	94.9
einmal	3	3.1	3	3.1
gelegentlich	1	1.0	1	1.0
MD	1	1.0	1	1.0

93 Personen (95.0%) berichteten, noch nie Schnüffelfstoffe konsumiert zu haben, wohingegen drei (3.0%) diese schon konsumiert haben. Zwei Werte sind hierbei fehlend. Tabelle 13 können die Häufigkeiten und Anteilswerte entnommen werden.

94 Personen (96.0%) haben noch nie Natural Drugs konsumiert, drei gaben an, bereits zumindest einmal Konsumerfahrungen gesammelt zu haben. Ein Wert fehlt

hinsichtlich des Konsums von Natural Drugs. In Tabelle 14 sind die entsprechenden Häufigkeiten ersichtlich.

Tabelle 13. Häufigkeiten und Prozentangaben des Konsums von Schnüffelstoffen jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	93	95.0	96	98.0
einmal	1	1.0	0	-
gelegentlich	2	2.0	1	1.0
MD	2	2.0	1	1.0

Tabelle 14. Häufigkeiten und Prozentangaben des Konsums von Natural Drugs jemals und in den letzten drei Monaten

<i>Häufigkeit</i>	<i>jemals</i>		<i>aktuell</i>	
	<i>n</i>	<i>Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Prozent</i>
nie	94	96.0	96	98.0
einmal	1	1.0	1	1.0
gelegentlich	2	2.0	0	-
MD	1	1.0	1	1.0

Ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin gab an, bereits einmal Heroin konsumiert zu haben. Des Weiteren hat nach den Angaben der Jugendlichen niemand Methamphetamin, LSD, GHB, Ketamin oder Crack konsumiert, sowohl jemals als auch in letzter Zeit.

Abbildung 13 zeigt schließlich den Anteilswert der Personen, die jemals eine bestimmte Substanz konsumiert haben. Wie in Tabelle 15, Tabelle 16 und Tabelle 17 ersichtlich, konnten in Bezug auf die drei gebräuchlichsten Substanzen (Zigaretten, Alkohol, Cannabis) signifikante Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs der bisherigen Konsumerfahrung gezeigt werden. Dabei wurde zwischen mind. einmaligem und keinem Konsum der angeführten Substanzen unterschieden.

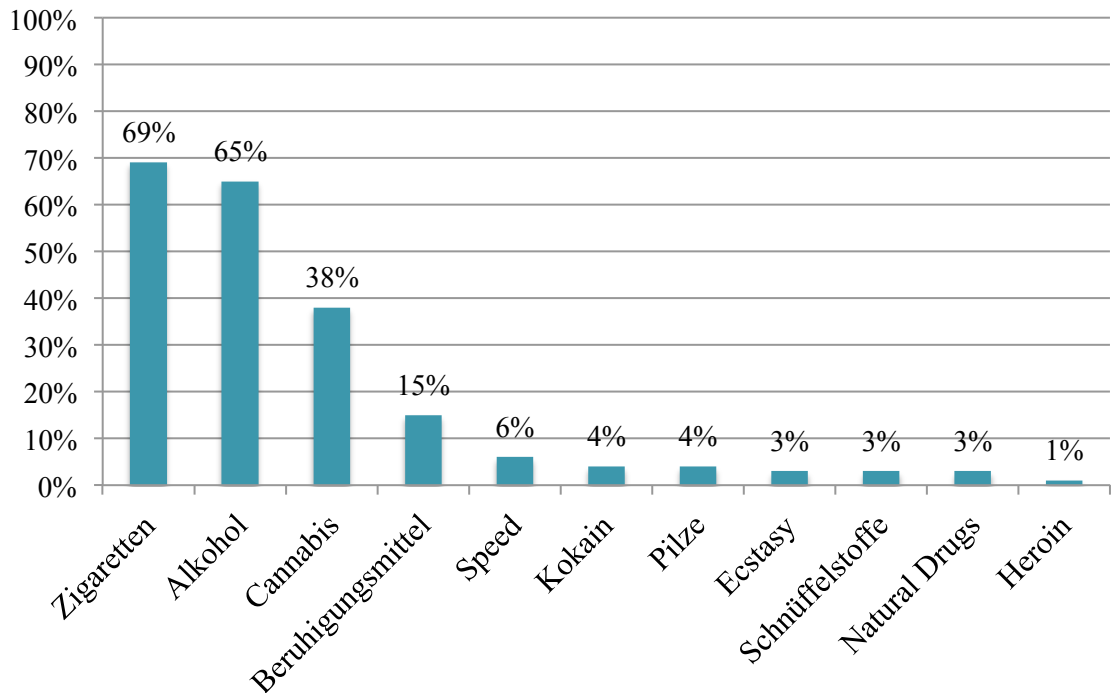


Abbildung 13. Anteilswerte in Prozent für jemals konsumierte Substanzen (N = 98)

Tabelle 15. Häufigkeiten und Anteilswerte des Alkohol- und Zigarettenkonsums

		Zigaretten		Gesamtsumme
		kein Konsum	Konsum	
Alkohol	kein Konsum	19 (55.9%)	15 (44.1%)	34 (100.0%)
	Konsum	11 (18.0%)	50 (82.0%)	61 (100.0%)
Gesamtsumme		30 (31.6%)	65 (68.4%)	95 (100.0%)

Das entsprechende Assoziationsmaß Cramers' $V = .390$ weist mit $p < .001$ auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem mind. einmaligem Konsum von Alkohol und Zigaretten hin.

Tabelle 16. Häufigkeiten und Anteilswerte des Zigaretten- und Cannabiskonsums

		Cannabis		Gesamtsumme
		kein Konsum	Konsum	
Zigaretten	kein Konsum	29 (96.7%)	1 (3.3%)	30 (100.0%)
	Konsum	30 (45.5%)	36 (54.5%)	66 (100.0%)
Gesamtsumme		59 (61.5%)	37 (38.5%)	96 (100.0%)

Das entsprechende Assoziationsmaß Cramers' $V = .488$ weist mit $p < .001$ auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesen beiden Substanzen hin.

Tabelle 17. Häufigkeiten und Anteilswerte des Alkohol- und Cannabiskonsums

		Cannabis		Gesamtsumme
		kein Konsum	Konsum	
Alkohol	kein Konsum	33 (97.1%)	1 (2.9%)	34 (100.0%)
	Konsum	27 (43.5%)	35 (56.5%)	62 (100.0%)
Gesamtsumme		60 (62.5%)	36 (37.5%)	96 (100.0%)

Auch hier weist das entsprechende Assoziationsmaß Cramers' $V = .529$ auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alkohol- und dem Cannabiskonsum hin ($p < .001$).

10.3.1 Riskanter vs. nicht riskanter Konsum

Die Angaben des RAFFT wurden folgendermaßen zusammengefasst: Sobald eine Person mind. zwei Mal eine Frage bejahte, wurde sie der Gruppe „riskanter Konsum“ zugeordnet. Dabei wurde zwischen dem Konsum illegaler Substanzen und Alkohol unterschieden. Insgesamt deutet bei 28 Personen (28.6%) das Antwortverhalten auf einen riskanten Alkoholkonsum und bei 27 (27.8%) auf einen riskanten Drogenkonsum hin. Allerdings hängen diese beiden Werte nicht zusammen: 10 (10.3%) Personen weisen sowohl einen riskanten Alkohol- wie Drogenkonsum auf, während bei 17 ausschließlich ein riskanter Drogen- bzw. bei 18 ausschließlich ein riskanter Alkoholkonsum angenommen werden kann, wie in Tabelle 18 ersichtlich ist.

Tabelle 18. Häufigkeiten und Anteilswerte des riskanten Konsums

		Alkoholkonsum	
Drogenkonsum		Kein Risiko	Risiko
	Kein Risiko	52 (53.6%)	18 (18.6%)
	Risiko	17 (17.5%)	10 (10.3%)

Das entsprechende Assoziationsmaß Cramers' $V = .112$ weist auf einen nicht signifikanten Zusammenhang zwischen diesen beiden Konsumarten mit $p = .270$ hin.

10.4 Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente

Gegenüber der Objektivität und der Validität ist die Reliabilität jenes Testgütekriterium, das die Genauigkeit und Zuverlässigkeit eines Verfahrens zu einem bestimmten Merkmal angibt. Die Reliabilität hängt von verschiedenen Einflussfaktoren ab, wie zum Beispiel vom Kontext während der Erhebungssituation. Der Cronbach-Alpha-Koeffizient (Cronbachs α) beschreibt die untere Schranke der Reliabilität und ist das Maß für die interne Konsistenz einer Skala. Die interne Konsistenz zeigt, inwiefern die einzelnen Antworten der TestteilnehmerInnen sich homogen verhalten, demgemäß ob die Werte der einzelnen Items zusammenpassen. Dabei sind Koeffizienten zwischen 0 und 1 möglich, wobei davon ausgegangen werden kann, dass ab einem Wert von .70 ein Test zufriedenstellend reliabel misst (Bortz & Döring, 2006).

10.4.1 Reliabilitäten der Subskalen SURPS

Das SURPS beinhaltet vier verschiedene Subskalen – *Hopelessness*, *Impulsivity*, *Sensation Seeking* und *Anxiety Sensitivity*. Für die Reliabilitätsanalyse anhand des Cronbach-Alpha-Koeffizienten wurden Werte von VersuchsteilnehmerInnen verwendet, die alle Items der jeweiligen Subskala gültig ausgefüllt hatten. Die Werte bezüglich der Reliabilität sind in Tabelle 19 aufgelistet. Dabei sei darauf hingewiesen, dass die Subskalen *Impulsivity* und *Sensation Seeking* nur knapp unter dem Idealmaß liegen.

Tabelle 19. Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe (Md r_{it})

Skalenbezeichnung	α	Md r_{it}	Itemzahl	n
1 Hopelessness	.794	.802	7	84
2 Impulsivity	.638	.636	5	93
3 Sensation Seeking	.612	.617	6	94
4 Anxiety Sensitivity	.731	.731	5	94

10.4.2 Reliabilitäten der Subskalen KIDSCREEN-27

Das generische Verfahren zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen KIDSCREEN-27 umfasst 27 Items, die wiederum in fünf

Subskalen zusammengefasst werden. Die Reliabilitätskoeffizienten gemäß Cronbach's α sind in Tabelle 20 aufgelistet und durchwegs zufriedenstellend.

Tabelle 20. Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe (Md r_{it})

Skalenbezeichnung	α	Md r_{it}	Itemzahl	n
1 Physical Wellbeing	.722	.724	5	89
2 Psychological Wellbeing	.839	.841	7	93
3 Autonomy & Parental Relation	.825	.824	7	93
4 Social Support & Peers	.780	.787	4	95
5 School Environment	.743	.755	4	84

10.5 Hypothesenprüfung

In diesem Kapitel werden die bereits erläuterten Hypothesen geprüft. Neben einer Korrelation der zugrundeliegenden Dimensionen des SURPS und des KIDSCREEN-27 wird daran anschließend die Thematik von zwei verschiedenen Aspekten behandelt, einerseits durch Verwenden der beschriebenen Freizeit-Cluster und andererseits durch den Vergleich der beiden Settings.

10.5.1 Suchtbezogene Persönlichkeitseigenschaften und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Persönlichkeitsdimension *Hopelessness* korrelierte mit jeder der fünf Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität signifikant; die Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson lagen zwischen -.615 und -.322. Somit können die Alternativhypothesen H_1 zu den Fragestellungen 1. bis 5. angenommen werden, da ein mäßiger bis deutlicher negativer Zusammenhang gegeben ist. Die Dimension *Impulsivity* korrelierte mit der Skala *School Environment* signifikant ($r = -.210$, $p = .047$), somit wird die H_1 der Fragestellung 10. angenommen, währenddessen die H_0 zu den Fragestellungen 6. bis 9. beizubehalten sind. Da keine der Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* signifikant korrelierte, sind bei den Fragestellungen 11. bis 15. die entsprechenden Nullhypothesen H_0 beizubehalten. Da zwischen der Persönlichkeits-

eigenschaft *Anxiety Sensitivity* und der Skala *Psychological Wellbeing* ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte ($r = -.230$, $p = .029$), wird für die Fragestellung 17. die H_1 angenommen, während für die Fragestellungen 16., 18., 19. und 20. die Nullhypothese H_0 beibehalten wird (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21. Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für den Zusammenhang der Dimensionen des SURPS mit den Skalen des HRQoL-27 (n = 90)

	Physical Wellbeing	Psychological Wellbeing	Autonomy/ Parental Relation	Social Support/ Peers	School Environment
Hopelessness	-.483**	-.615**	-.445**	-.322**	-.393**
Impulsivity	.023	.069	.018	-.021	-.210*
Sensation Seeking	.177	.167	-.042	.077	-.173
Anxiety Sensitivity	-.199	-.230*	-.114	-.104	-.102

* $p < .05$ ** $p < .01$

10.5.2 Konsumverhalten und Persönlichkeit

In diesem Abschnitt werden die Unterschiedlichkeiten der Persönlichkeitseigenschaften in Abhängigkeit des jemals stattgefundenen Substanzkonsums (kein/mäßiger vs. übermäßiger Konsum) untersucht. Wie bereits erläutert, sind erste Konsumerfahrungen im Jugendalter sehr häufig und in dieser Entwicklungsphase insofern als normativ zu betrachten (Hurrelmann & Richter, 2006; Leppin et al., 2000). Aus diesem Grund werden *keine* und *mäßige* Konsumerfahrungen zu einer Gruppe zusammengefasst, um diese mit Fällen des *übermäßigen* Konsums zu vergleichen. Die entsprechenden Kennwerte der Persönlichkeitseigenschaften (SURPS) können Tabelle 22 entnommen werden.

Die Prüfgrößen zeigten für die Dimension *Sensation Seeking* bei Personen mit übermäßigem Substanzkonsum signifikant höhere Werte ($p = .013$), während für die übrigen Persönlichkeitsskalen keine signifikanten Ergebnisse beobachtet werden konnte. Die Alternativhypothese H_1 der Fragestellung 23. kann somit angenommen werden, während die Nullhypothese H_0 der Fragestellungen 21., 22. und 24. beibehalten werden.

Im Folgenden werden die Unterschiedlichkeiten der Persönlichkeitsdimensionen des SURPS in Abhängigkeit des aktuellen Substanzkonsums (kein/mäßiger vs. übermäßiger Konsum) untersucht. Die entsprechenden Kennwerte der

Persönlichkeitseigenschaften (SURPS) können Tabelle 23 entnommen werden.

Tabelle 22. Vergleich der Gruppe *übermäßiger Konsum (jemals)* mit der Gruppe *kein/mäßiger Konsum (jemals)* in den Dimensionen des SURPS

SURPS	Substanzkonsum bisherig	n	M	SD	t(df)	p (einseitig)	d
Hopelessness	kein/mäßiger	47	1.93	0.63	-1.531 (96)	.065	-0.31
	übermäßiger	51	2.15	0.74			
Impulsivity	kein/mäßiger	47	3.11	0.82	0.684 (95)	.248	0.14
	übermäßiger	50	2.99	0.92			
Sensation Seeking	kein/mäßiger	47	3.20	0.82	-2.268 (95)	.013	0.46
	übermäßiger	50	3.57	0.80			
Anxiety Sensitivity	kein/mäßiger	47	2.93	0.81	1.426 (93.783)	.079	0.29
	übermäßiger	51	2.67	1.03			

¹: Welch-korrigiert d = standardisierte Effektgröße

Die Prüfgrößen zeigten für die Dimension *Hopelessness* ($p = .019$) sowie für *Sensation Seeking* ($p = .004$) bei Personen mit übermäßigem Substanzkonsum signifikant höhere Werte, während für die Dimension *Anxiety Sensitivity* ($p = .027$) signifikant niedrigere Werte in der Gruppe der übermäßig Konsumierenden beobachtbar waren. Für die Skala *Impulsivity* konnte keine Signifikanz beobachtet werden. Demgemäß können die Alternativhypothesen H_1 der Fragestellungen 25. und 27. angenommen werden, während die Nullhypothese H_0 der Fragestellungen 26. und 28. beibehalten wird, da für die Fragestellung 28. ein höherer Wert der übermäßig konsumierenden Gruppe angenommen wurde und ein gegenteiliger Effekt beobachtbar war.

Tabelle 23. Vergleich der Gruppe *übermäßiger Konsum (aktuell)* mit der Gruppe aktueller *kein/mäßiger Konsum (aktuell)* in den Dimensionen des SURPS

SURPS	Substanzkonsum aktuell	n	M	SD	t(df)	p (einseitig)	d
Hopelessness	kein/mäßiger	50	1.90	0.61	-2.119 (96)	.019	-0.43
	übermäßiger	48	2.19	0.75			
Impulsivity	kein/mäßiger	49	3.07	0.81	0.337 (95)	.369	0.07
	übermäßiger	48	3.01	0.94			
Sensation Seeking	kein/mäßiger	50	3.17	0.84	-2.734 (95)	.004	0.56
	übermäßiger	47	3.62	0.75			
Anxiety Sensitivity	kein/mäßiger	50	2.97	0.82	1.955 (96)	.027	0.40
	übermäßiger	48	2.61	1.02			

10.5.3 Konsumverhalten und gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Abschnitt werden die Unterschiedlichkeiten der Dimensionen des KIDSCREEN-27 in Abhängigkeit des jemals stattgefundenen und des aktuellen Substanzkonsums (kein/mäßiger vs. übermäßiger Konsum) untersucht. Die entsprechenden Kennwerte der KIDSCREEN-27 in Bezug auf den bisherigen Konsum können Tabelle 24 entnommen werden. Die Prüfgrößen zeigten für die Dimension *Autonomy/Parental Relation* ($p = .030$) sowie für *School Environment* ($p = < .001$) signifikante Werte, womit Personen mit übermäßigem Substanzkonsum niedrige Werte erzielten. Für alle weiteren Skalen konnte keine Signifikanz beobachtet werden. Demgemäß können die Alternativhypothesen H_1 der Fragestellungen 31. und 33. angenommen werden, während die Nullhypothesen H_0 der Fragestellungen 29., 30. und 32. beibehalten werden.

Die Kennwerte der KIDSCREEN-27 in Bezug auf den aktuellen Konsum sind in Tabelle 25 aufgelistet. Für die Dimension *School Environment* zeigte sich ein signifikanter Wert ($p = .001$), somit kann für die Fragestellung 38. die Alternativhypothese H_1 angenommen werden. Für alle anderen Skalen des KIDSCREEN-27 erreichten die Prüfgrößen kein signifikantes Niveau. Für die Fragestellungen 34. bis 37. werden somit die entsprechenden Nullhypothesen H_0 beibehalten.

Tabelle 24. Vergleich der Gruppe *übermäßiger Konsum (jemals)* mit der Gruppe *kein/mäßiger Konsum (jemals)* in den Dimensionen des KIDSCREEN-27

KIDSCREEN	Substanzkonsum bisherig	n	<i>M</i>	<i>SD</i>	t(df)	<i>p</i>	<i>d</i>
Physical Wellbeing	kein/mäßiger	47	70.21	16.47	1.527 (96)	.130	0.31
	übermäßiger	51	65.12	16.52			
Psychological Wellbeing	kein/mäßiger	47	74.63	14.62	1.173 (96)	.244	0.24
	übermäßiger	51	70.78	17.62			
Autonomy/ Parental Relation	kein/mäßiger	47	82.19	17.49	2.197 (96)	.030	0.44
	übermäßiger	51	74.94	15.16			
Social Support/Peers	kein/mäßiger	47	81.81	14.57	-0.367 (96)	.715	-0.07
	übermäßiger	51	82.94	15.90			
School Environment	kein/mäßiger	46	77.97	14.71	3.767 (96)	<.001	0.79
	übermäßiger	46	65.36	17.29			

Tabelle 25. Vergleich der Gruppe *übermäßiger Konsum (aktuell)* mit der Gruppe *kein/mäßiger Konsum (aktuell)* in den Dimensionen des KIDSCREEN-27

KIDSCREEN	Substanzkonsum aktuell	n	M	SD	t(df)	p	d
Physical Wellbeing	kein/mäßiger	50	69.76	16.67	1.343 (96)	.182	0.27
	übermäßiger	48	65.27	16.41			
Psychological Wellbeing	kein/mäßiger	50	75.12	14.30	1.563 (96)	.121	0.32
	übermäßiger	48	70.02	17.89			
Autonomy/ Parental Relation	kein/mäßiger	50	80.97	17.71	1.563 (96)	.121	.032
	übermäßiger	48	75.75	15.17			
Social Support/Peers	kein/mäßiger	50	80.93	14.24	-0.972 (96)	.333	-0.20
	übermäßiger	48	83.92	16.18			
School Environement	kein/mäßiger	49	77.35	14.64	3.602 (96)	.001	0.75
	übermäßiger	43	65.19	17.72			

10.5.4 Konsumverhalten und Freizeitgestaltung

Um die Konsumintensität hinsichtlich der drei gebräuchlichsten Substanzen Zigaretten, Alkohol und Cannabis in Abhängigkeit der Freizeitgestaltung zu untersuchen, wurden entsprechende Kreuztabellen erstellt. Hierbei wurde zwischen dem bisherigen und dem aktuellen Konsum unterschieden. Die Cluster 2 „vielseitig-organisierter Freizeittyp“, Cluster 3 „gewohnheitsorientiert-häuslicher Freizeittyp“ und Cluster 1 „freundschaftlich-unorganisierter Freizeittyp“ wurden dementsprechend miteinander verglichen. Die Auflistung des Alkoholkonsums in Abhängigkeit des Clusters ist Tabelle 26 zu entnehmen. Die Prüfgrößen fielen für den aktuellen Alkoholkonsum mit $\chi^2(2) = 9.506$, $p = .009$, für den bisherigen Konsum von Alkohol mit $\chi^2(2) = 6.273$, $p = .043$ signifikant aus; es kann somit ein Verteilungsunterschied der Konsumintensität zwischen den Freizeitclustern angenommen werden. Im Cluster 1 (freundschaftlich-unorganisiert) wurde jeweils der höchste Anteil an übermäßigem Konsum angegeben.

In Bezug auf den Zigarettenkonsum ließen sich keine signifikanten Verteilungsunterschiede bezüglich der Cluster feststellen ($ps > .05$).

Der bisherige/aktuelle Cannabiskonsum ist Tabelle 27 zu entnehmen. Die Prüfgröße für den bisherigen Cannabiskonsum fiel mit $\chi^2(2) = 7.927$, $p = .019$ signifikant aus, wobei im Cluster 1 „freundschaftlich-unorganisiert“ der höchste Anteil an übermäßigem Konsum angegeben wurde. Für den aktuellen Cannabiskonsum konnte kein signifikanter Verteilungsunterschied festgestellt werden.

($p > .05$). Bezüglich der Fragestellung 39 zum Unterschied der Konsumintensität in Abhängigkeit der Cluster kann schlussfolgernd die Alternativhypothese H_1 für den bisherigen und aktuellen Alkohol- sowie für den bisherigen Cannabiskonsum angenommen werden.

Tabelle 26. Häufigkeiten des bisherigen und aktuellen Alkoholkonsums und Cluster

		Cluster		
		freundschaftlich- unorganisiert	vielseitig- organisiert	gewohnheitsorientiert- häuslich
Alkohol (jemals)	kein/mäßiger Konsum	13 59.1%	34 85.0%	29 82.9%
	übermäßiger Konsum	9 40.9%	6 15.0%	6 17.1%
	Gesamtsumme	22 100.0%	40 100.0%	35 100.0%
Alkohol (aktuell)	kein/mäßiger Konsum	13 61.9%	37 92.5%	30 85.7%
	übermäßiger Konsum	8 38.1%	3 7.5%	5 14.3%
	Gesamtsumme	21 100.0%	40 100.0%	35 100.0%

Tabelle 27. Häufigkeiten des bisherigen und aktuellen Cannabiskonsums und Cluster

		Cluster		
		freundschaftlich- unorganisiert	vielseitig- organisiert	gewohnheitsorientiert- häuslich
Cannabis (jemals)	kein/mäßiger Konsum	15 68.2%	38 95.0%	29 82.9%
	übermäßiger Konsum	7 31.8%	2 5.0%	6 17.1%
	Gesamtsumme	22 100.0%	40 100.0%	35 100.0%
Cannabis (aktuell)	kein/mäßiger Konsum	17 77.3%	37 92.5%	30 85.7%
	übermäßiger Konsum	5 22.7%	3 7.5%	5 14.3%
	Gesamtsumme	22 100.0%	40 100.0%	35 100.0%

10.5.5 Setting und Persönlichkeit

In diesem Abschnitt werden die Unterschiedlichkeiten der SURPS-Dimensionen in Abhängigkeit des Settings (Jugendzentrum vs. Vergleichssetting) untersucht. Die entsprechenden Kennwerte, Prüfgrößen sowie Signifikanzbeurteilungen können Tabelle 28 entnommen werden.

Für die Dimension *Sensation Seeking* ($p = .030$) konnte anhand der Prüfgröße ein signifikantes Ergebnis gezeigt werden. Die Alternativhypothese H_1 der Fragestellung 42. kann somit angenommen werden, Jugendliche im Setting Jugendzentrum weisen höhere Werte hinsichtlich der Persönlichkeitsskala *Sensation Seeking* auf. Für die weiteren Fragestellungen 40., 41. und 43. in Bezug auf die Skalen *Hopelessness*, *Impulsivity* und *Anxiety Sensitivity* werden aufgrund nicht signifikanter Ergebnisse die Nullhypothesen H_0 beibehalten.

Tabelle 28. Vergleich der Settings mit den Dimensionen des SURPS

SURPS	Setting	n	M	SD	t(df)	p	d
Hopelessness	JZ	43	1.98	0.71	-0.784 (96)	.435	-0.16
	Vergleichssetting	55	2.09	0.69			
Impulsivity	JZ	43	3.22	0.93	1.832 (95)	.070	0.37
	Vergleichssetting	54	2.90	0.80			
Sensation Seeking	JZ	43	3.58	0.61	2.210 (91.354)	.030	0.45
	Vergleichssetting	54	3.23	0.94			
Anxiety Sensitivity	JZ	43	2.90	0.93	1.028 (96)	.307	0.21
	Vergleichssetting	55	2.71	0.94			

10.5.6 Setting und gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Kapitel werden die Unterschiedlichkeiten der KIDSCREEN-27-Skalen in Abhängigkeit des Settings untersucht. Die entsprechenden Kennwerte diesbezüglich können Tabelle 29 entnommen werden.

Die Prüfgröße zeigte für die Dimension *Physical Wellbeing* ein signifikantes Ergebnis ($p = .004$), da Jugendliche des Settings Jugendzentrum höhere Ausprägungen hinsichtlich der Dimension *Physical Wellbeing* aufweisen. Infolgedessen kann die Alternativhypothese H_1 für die Fragestellung 44. angenommen werden. Aufgrund fehlender signifikanter Werte für die restlichen Dimensionen des KIDSCREEN-27

werden die Nullhypothesen H_0 für die Fragestellungen 45. bis 48. beibehalten.

Tabelle 29. Vergleich der Settings mit den Dimensionen des KIDSCREEN-27

KIDSCREEN	Setting	n	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (df)	<i>p</i>	<i>d</i>
Physical	JZ	43	73.02	17.33	2.994 (96)	.004	0.61
Wellbeing	Vergleichssetting	55	63.29	14.82			
Psychological	JZ	43	71.68	18.05	-0.504 (96)	.615	-0.10
Wellbeing	Vergleichssetting	55	73.36	14.88			
Autonomy/	JZ	43	77.21	17.87	-0.633 (96)	.528	-0.13
Parental Relation	Vergleichssetting	55	79.36	15.71			
Social	JZ	43	81.78	16.36	-0.352 (96)	.725	-0.05
Support/Peers	Vergleichssetting	55	82.88	14.39			
School	JZ	37	68.60	19.41	-1.347 (64.979) ¹	.183	-0.30
Environment	Vergleichssetting	55	73.73	15.34			

¹: Welch-korrigiert *d* = standardisierte Effektgröße

10.5.7 Setting und Substanzkonsum

Um Unterschiede hinsichtlich des Substanzkonsums in Abhängigkeit des Settings zu analysieren, wurden diese anhand bisheriger Konsumhäufigkeiten miteinander verglichen. Wie in Tabelle 30 ersichtlich ist, hat sich gezeigt, dass in der Jugendzentrumsgruppe acht Personen angaben, noch nie eine der aufgelisteten oder sonstigen Substanzen konsumiert zu haben. 17 TeilnehmerInnen berichteten von einem mäßigen Konsum und 18 von einem übermäßigen. In den Vergleichssettings gaben 13 an, nie irgendeine Substanz konsumiert zu haben, 9 berichten von einem mäßigen Konsum und 33 von einem übermäßigen.

Tabelle 30. Häufigkeiten für bisherige Konsumerfahrung und Setting

Setting	Bisherige Konsumerfahrung			
	keine	mäßige	übermäßige	Summe
JZ	8 (18.6%)	17 (39.5%)	18 (41.9%)	43 (100.0%)
Vergleichssettings	13 (23.6%)	9 (16.4%)	33 (60.0%)	55 (100.0%)
Gesamtsumme	21 (21.4%)	26 (26.5%)	51 (52.1%)	98 (100.0%)

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(2) = 6.695$, $p = .035$ signifikant aus; es kann somit ein Verteilungsunterschied der bisherigen Konsumerfahrungen in Abhängigkeit des Settings angenommen werden.

Um die drei gebräuchlichsten Substanzen auch hinsichtlich eines Unterschieds aufgrund des Settings genauer zu betrachten, wurde der Konsum, wie bereits angeführt, in zwei Konsumgruppen *kein/mäßiger* und *übermäßiger Konsum* eingeteilt. Für den Alkoholkonsum sind die Werte diesbezüglich Tabelle 31 zu entnehmen.

Tabelle 31. Häufigkeiten für den bisherigen Alkoholkonsum und Setting

Setting	Bisheriger Alkoholkonsum		
	kein/mäßiger	übermäßiger	Summe
JZ	36 (83.7%)	7 (16.3%)	43 (100.0%)
Vergleichssettings	40 (74.1%)	14 (25.9%)	55 (100.0%)
Gesamtsumme	76 (78.4%)	21 (21.6%)	98 (100.0%)

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 1.313$, $p = .252$ nicht signifikant aus; es kann somit kein Verteilungsunterschied des bisherigen Alkoholkonsums in Abhängigkeit des Settings angenommen werden.

Inwiefern sich der Zigarettenkonsum in der Jugendzentrums- und der Vergleichsgruppe unterscheidet, ist Tabelle 32 zu entnehmen.

Tabelle 32. Häufigkeiten und Anteilswerte für den bisherigen Zigarettenkonsum und Setting

Setting	Bisheriger Zigarettenkonsum		
	kein/mäßiger	Übermäßiger	Summe
JZ	25 (59.5%)	17 (40.5%)	42 (100.0%)
Vergleichssettings	29 (53.7%)	25 (46.3%)	54 (100.0%)
Gesamtsumme	54 (56.2%)	42 (43.8%)	96 (100.0%)

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 0.325$, $p = .569$ nicht signifikant aus; es kann somit kein Verteilungsunterschied des bisherigen Zigarettenkonsums in Abhängigkeit des Settings angenommen werden.

Unterschiede in Bezug auf den bisherigen Cannabiskonsum in Abhängigkeit des Settings sind Tabelle 33 zu entnehmen.

Tabelle 33. Häufigkeiten und Anteilswerte für den bisherigen Cannabiskonsum und Setting

Setting	Bisheriger Cannabiskonsum		
	Kein/mäßiger	Übermäßiger	Summe
JZ	40 (93.0%)	3 (7.0%)	43 (100.0%)
Vergleichssettings	42 (77.8%)	12 (22.2%)	54 (100.0%)
Gesamtsumme	82 (84.5%)	15 (15.5%)	97 (100.0%)

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 4.256, p = .039$ signifikant aus; es kann somit ein Verteilungsunterschied des bisherigen Cannabiskonsums in Abhängigkeit des Settings angenommen werden. Somit kann die Alternativhypothese H_1 der Fragestellung 49. angenommen werden.

Neben der Konsumhäufigkeit wird im Folgenden ein riskanter Drogen- und Alkoholkonsum in Abhängigkeit des Settings beschrieben. Hierzu wurden die Werte des RAFFT Alkohol (siehe Tabelle 34) und RAFFT Drogen (siehe Tabelle 35) herangezogen.

Tabelle 34. Häufigkeiten und Anteilswerte für einen riskanten Alkoholkonsum und Setting

Setting	Kein riskanter Alkoholkonsum	Riskanter Alkoholkonsum	Summe
JZ	29 (69.0%)	13 (31.0%)	42 (100.0%)
Vergleichssettings	40 (72.7%)	15 (27.3%)	55 (100.0%)
Gesamtsumme	69 (71.1%)	28 (28.9%)	97 (100.0%)

Tabelle 35. Häufigkeiten und Anteilswerte für einen riskanten Drogenkonsum und Setting

Setting	Kein riskanter Drogenkonsum	Riskanter Drogenkonsum	Summe
JZ	30 (69.8%)	13 (30.2%)	43 (100.0%)
Vergleichssettings	40 (72.7%)	15 (27.3%)	55 (100.0%)
Gesamtsumme	69 (71.1%)	28 (29.9%)	97 (100.0%)

Beide Screening-Instrumente fielen mit $p > .05$ nicht signifikant aus, somit wird die Nullhypothese H_0 der Fragestellung 50. beibehalten und demnach kein Verteilungsunterschied in Abhängigkeit des Settings angenommen.

11 Diskussion und Ausblick

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie in Bezug zueinander gesetzt sowie unter Berücksichtigung bisheriger Forschungsergebnisse und -erkenntnisse analysiert.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die suchtp Präventive Relevanz und Wirkungsweise der Offenen Jugendarbeit anhand suchtspezifischer Persönlichkeitsdimensionen, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Konsummuster herauszuarbeiten. Die dafür herangezogene Stichprobe umfasste 98 16- bis 18-jährige Jugendliche aus Wien und Niederösterreich. Dabei wurde zwischen einer Jugendzentrumsgruppe und einem Vergleichssetting unterschieden.

Für die statistische Analyse der Daten, die aus einer Fragebogenbatterie resultierten, wurden verschiedene Klassifikationen vorgenommen. Anhand einer Clusteranalyse ließen sich folgende drei Freizeittypen analysieren: „freundschaftlich-unorganisiert“, „vielseitig-organisiert“, „gewohnheitsorientiert-häuslich“.

Die angegebenen Konsumhäufigkeiten der im Fragebogen aufgelisteten Substanzen dienten zur Einteilung verschiedener Konsumtypen. Dabei wurde für die statistische Analyse zwischen einer drei- und einer zweistufigen Differenzierung hinsichtlich der Konsumintensität unterschieden. Diese war von der herangezogenen Einteilung in Bezug auf die Substanzen abhängig. So wurde für den allgemeinen Wert, der den bisherigen Konsum jeder der erhobenen psychotropen Substanz zusammenfasste, eine dreistufige Unterscheidung gewählt (*kein, mäßig, übermäßig*). Um die drei gebräuchlichsten Substanzen (Zigaretten, Alkohol, Cannabis) in der Stichprobe genauer zu analysieren, diente eine zweistufige Einteilung in *kein/mäßig* und *übermäßig*. Dies erschien sinnvoll, da ein Probier- und Experimentierkonsum dieser Substanzen im Jugendalter als ein gängiges Verhaltensmuster interpretiert wird.

Der Vergleich der Settings in Bezug auf die bisherige Häufigkeit des Konsums psychotroper Substanzen zeigte signifikante Unterschiede der beiden Gruppen ($p = .035$). Auffallend dabei ist, dass insgesamt 52.1% der Gesamtstichprobe zumindest eine Substanz jemals übermäßig konsumiert hat, was auf 60.0% des Vergleichssettings und auf 41.9% der Jugendzentrumsgruppe zutrifft. Signifikante Ergebnisse konnten auch betreffend des Cannabiskonsums gezeigt werden ($p = .039$), da 22.2% des

Vergleichssettings laut ihren Angaben übermäßig oft Cannabis konsumierten, während das nur auf 7.0% der Jugendzentrumsgruppe zutrifft. Der Konsum alkoholischer Getränke war in den beiden Settings ähnlich verteilt, es konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden.

Um zu erkennen, inwiefern sich Jugendliche aufgrund ihrer Freizeitgestaltung hinsichtlich des Konsumverhaltens unterscheiden, wurden Alkohol-, Zigaretten- und Cannabiskonsum diesbezüglich näher beleuchtet. Dabei fiel das Cluster 1 („freundschaftlich-unorganisiert“) durch einen übermäßigen Substanzkonsum auf. Wie in Tabelle 26 ersichtlich ist, konsumieren 38.1% aus dem Cluster 1 übermäßig häufig Alkohol, während das auf 7.5% des Cluster 2 und auf 14.3 des Cluster 3 zutrifft. Dieser Unterschied im Vergleich zu den beiden anderen Clustern („vielseitig-organisiert“, „gewohnheitsorientiert-häuslich“) war signifikant ($p = .009$). Somit konnte belegt werden, dass sich eine fehlende Alltags- bzw. Freizeitstruktur negativ auf den Substanzkonsum auswirkt, wie es auch Haas et al. (2002) beschreiben. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Peers eine entscheidende Rolle in Bezug auf den jugendlichen Substanzkonsum spielen, einerseits durch den Einfluss des Konsumverhaltens der FreundInnen auf den eigenen Substanzkonsum (Branstetter et al., 2011), andererseits durch die Qualität der Peerbeziehungen (Averna & Hesselbrock, 2001). Inwiefern die Wirkmechanismen den erhöhten Wert der Gruppe „freundschaftlich-unorganisiert“ erklären, kann anhand der vorliegenden Daten nicht erläutert werden und bedarf noch weiterer Forschung.

Der Einfluss der familiären Situation auf den Substanzkonsum konnte in der Gesamtstichprobe gezeigt werden. Jugendliche der Gruppe *übermäßiger Konsum* zeigten signifikant geringere Werte hinsichtlich der Dimension *Autonomy/Parental Relation* ($p = .030$) und berichteten schlussfolgernd von einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Bezug auf die familiäre Situation. Niedrige Werte in dieser Skala bedeuten, sich zurückgewiesen, zu wenig unterstützt, zu wenig geliebt, nicht akzeptiert und sich in der Freiheit eingeschränkt zu fühlen (KIDCREEN Group Europe, 2006). Somit konnte die Studie frühere Ergebnisse in Bezug auf den Einfluss elterlicher Unterstützung und der familiären Situation auf den Substanzkonsum replizieren (Averna & Hesselbrock, 2001; Barnow et al., 2002; Branstetter et al., 2011).

Darüber hinaus zeigten sich beim Vergleich der beiden Konsumtypen (*kein/mäßiger Konsum* vs. *übermäßiger Konsum*) signifikante Unterschiede hinsichtlich der Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität *School Environment*, sowohl bei

bisherigen ($p < .001$), als auch aktuellen Konsumerfahrungen ($p = .001$). Jugendliche mit übermäßigem Substanzkonsum erzielten hier geringere Werte und beschreiben somit ihre schulische Situation als belastend, unangenehm oder überfordernd (KIDSCREEN Group Europe, 2006). Unter Berücksichtigung der vorliegenden Ergebnisse ist es umso entscheidender, diese Gruppe außerhalb des schulischen Umfelds zu unterstützen, wofür sich die außerschulische Jugendarbeit eignet.

Der Vergleich der beiden Konsumgruppen ergab außerdem, dass Jugendliche, die noch nie bzw. gelegentlich konsumieren, höhere Werte der Persönlichkeitsdimension *Anxiety Sensitivity* aufweisen ($p = .027$). Der Zusammenhang zwischen Angst und Substanzkonsum ist nicht restlos geklärt; die vorliegenden Ergebnisse stimmen mit Studien und Reviews überein, die erhöhte Angst mit einem geringeren Konsum in Verbindung bringen (Krank et al., 2011; Morris, Stewart & Ham, 2005).

Weiters erreichte die Gruppe *übermäßiger Substanzkonsum* höhere Werte hinsichtlich der Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking*, dies konnte sowohl in Hinblick auf die bisherige ($p = .013$) als auch auf die aktuelle Konsumintensität ($p = .004$) dargestellt werden. Somit können in Bezug auf diese Skala frühere Forschungsergebnisse repliziert werden (Woicik et al., 2009). *Sensation Seeking* beschreibt die Tendenz zu risikoreichem Handeln und wird in Verbindung mit einem riskanten Mischkonsum gebracht (Woicik et al., 2009). In der vorliegenden Studie hat sich gezeigt, dass Jugendliche aus dem Setting Jugendzentrum signifikant höhere Werte in Bezug auf diese Persönlichkeitseigenschaft aufweisen ($p = .030$). Wie bereits beschrieben, ist diese Persönlichkeitsdimension eine Prädiktoreigenschaft für einen problematischen, riskanten und häufigen Substanzkonsum bzw. Mischkonsum. Obwohl bei der Jugendzentrumsgruppe erhöhte Werte hinsichtlich der Eigenschaft *Sensation Seeking* zu beobachten waren, zeigte sich durch den Vergleich der beiden Settings, dass diese Jugendlichen weniger häufig konsumieren. Dies könnte drauf zurückzuführen sein, dass es ein Ziel der Offenen Jugendarbeit ist, Jugendlichen ein strukturiertes Freizeitangebot zu ermöglichen, das unter anderem auch viele verschiedene zielgruppenspezifische Beschäftigungen ermöglicht. So finden sich in nahezu jedem Jugendzentrum/-treff verschiedene kostenlose Angebote wie Tischfußball, Billard, verschiedene Ballspielmöglichkeiten, aber auch Sportevents wie Fußballturniere o.ä. In einem Jugendzentrum, in dem Daten für diese Studie erhoben wurden, gab es darüber hinaus die Möglichkeit, auf Matten verschiedene Kampfsportarten auszuführen –

natürlich nur bei beidseitigem Einverständnis und ohne sich gegenseitig Schaden zuzufügen. Durch Angebote wie diese wird ein Experimentieren und Ausprobieren im geschützten Rahmen und schlussfolgernd eine alternative Handlungsoption ermöglicht. Auch die Annahme, dass der Substanzkonsum als eine Möglichkeit gesehen wird, etwas zu erleben, ist hier relevant. Das Jugendzentrum wird diesem Anspruch gerecht, und somit wird Substanzkonsum weder als Zeitvertreib noch als Erlebnis benötigt.

Der signifikante Unterschied ($p = .004$) hinsichtlich der Dimension *Physical Wellbeing* zwischen den beiden Settings untermauert den Effekt der vielseitigen (sportlichen) Angebote der Offenen Jugendarbeit: Jugendliche aus dem Jugendzentrumssetting zeigten hier höhere Werte in Bezug auf das physische Wohlbefinden.

Die entwicklungsbedingten Herausforderungen in der Adoleszenz lösen Entscheidungs- und Erfahrungsprozesse aus und sind wichtig, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Riskante Verhaltensweisen erfüllen unter anderem die Funktion, sich mit den Veränderungen zu konfrontieren. Die Entwicklung von Copingstrategien und die damit zusammenhängenden Kompetenzen sind wiederum für die empfundene Gesundheit und das Wohlbefinden ausschlaggebend. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind ein Hinweis darauf, dass das erhöhte physische Wohlbefinden den geringeren Konsum erklären könnte, da diese Gruppe der Jugendlichen in ihrem Entwicklungsprozess maßgeblich unterstützt wird. Klassische primärpräventive Strategien haben sich als nicht ausreichend herausgestellt, da Jugendliche dazu tendieren, Konsequenzen eines gesundheitsschädigenden Verhaltens zu unterschätzen. Es ist also entscheidender und effektiver, Jugendliche zu unterstützen, Handlungsalternativen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die ein gesundheitsgefährdendes riskantes Verhalten obsolet machen (Hurrelmann & Richter, 2006).

Die Anforderungen an die Offene Jugendarbeit sind ohne Zweifel hoch. In der Vergangenheit wurde kritisiert, dass die Gruppe der suchgefährdeten Jugendlichen bei den Angeboten der Offenen Jugendarbeit nicht genügend berücksichtigt wird. Dies hat unter anderem damit zu tun, dass konsumierende oder durch Substanzkonsum beeinträchtigte Jugendliche der Aufenthalt im Jugendzentrum (zum Beispiel aufgrund bestehender Hausordnungen etc.) nicht ermöglicht wird und diese Gruppe somit die Einrichtung eher meidet. Darüber hinaus sind MitarbeiterInnen der Offenen Jugendarbeit oft nicht dementsprechend geschult und fühlen sich in der Arbeit mit

suchtgefährdeten Jugendlichen überfordert und schlichtweg nicht zuständig (Farke et al., 1998; Haas et al., 2001). Die Inklusion konsumierender und suchtgefährdeter Adoleszenter ist allerdings entscheidend. Zum einen werden diese von schulischen Programmen und Strukturen zumeist nicht erreicht (Sting, 2011). Zum anderen eignen sich Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit, um bestehende Konsummuster zu reflektieren, da Jugendliche vor Beratungseinrichtungen zurückschrecken, diese als stigmatisierend erleben und somit nicht mit ihnen in Berührung kommen wollen. Darüber hinaus ist es für diese Altersgruppe entscheidend, eine sichere Vertrauensbasis aufzubauen, um über sensible Themen wie den Konsum legaler und illegaler Substanzen überhaupt sprechen zu wollen (Farke et al., 1998).

Neben dieser entscheidenden individuellen Wirkungsweise hat die Offene Jugendarbeit auch Potential auf gemeinschaftlicher sowie gesellschaftlicher Ebene, wichtige Impulse zu setzen. Wie bereits erwiesen, eignen sich suchtpreventive Strategien, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu thematisieren und zu verändern, aus denen die Probleme resultieren. Die Offene Jugendarbeit, die sich an individuelle, soziale und gesamtgesellschaftliche Bereiche richtet (Horvath et al., 2009), könnte eine integrative Funktion erfüllen, suchtpreventive Strategien bündeln und koordinieren (Haas et al., 2001). Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist es entscheidend, die dafür passenden strukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen sowie diese Vorhaben in weiteren Studien zu behandeln, um junge, heranwachsende Menschen in ihrer Entwicklung weiterhin bestmöglich zu unterstützen.

12 Limitationen

In der vorliegenden Studie wurden 98 Jugendliche mittels Paper-Pencil-Verfahren befragt. Aufgrund mehrerer laufender Forschungsprojekte in den Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit wurde die Erhebung für die vorliegende Studie von einigen Vereinen nicht genehmigt, was zu einer Verzögerung der Erhebungsphase führte. In diesem Zusammenhang muss die daraus resultierende kleine Stichprobe kritisch bemerkt werden. Auch das Vorhaben, eine passende Vergleichsstichprobe zu finden, war herausfordernd. Dank einer Genehmigung des Stadtschulrates für Wien konnte in zwei Berufsschulen erhoben werden, wobei hinzuzufügen ist, dass sich auch dieses Unterfangen als sehr zeitintensiv herausstellte.

Jugendzentren werden größtenteils von jungen Männern aufgesucht. Um auch Mädchen und junge Frauen zu befragen, musste in mehreren Einrichtungen erhoben

werden. Dies könnte sich negativ auf die Vergleichbarkeit auswirken, da sich die Jugendzentren in ihren Angeboten voneinander teilweise unterscheiden. Die Berufsschule für Handel und Reisen, in der die Vergleichsgruppe erhoben wurde, wird hauptsächlich von Mädchen besucht, was zu einem Verteilungsunterschied in Bezug auf das Geschlecht der Jugendzentrums- und der Vergleichsgruppe führte. Aus diesem Grund wurde – in Absprache mit dem Stadtschulrat – in einer weiteren Berufsschule erhoben, ebenso wie Daten aus der Vorlaufphase verwendet.

Es wurde darauf Rücksicht genommen, dass die Erhebungsbedingungen möglichst vergleichbar und angenehm für die TeilnehmerInnen waren. Die Herausforderung lag darin, in mehreren Settings zu erheben, die sich anhand der Räumlichkeiten und Rahmenbedingung während der Befragung voneinander unterschieden. Darüber hinaus kann kritisiert werden, dass die Fragebogenbatterie teilweise zu lange und anspruchsvoll für die Zielgruppe war. Aus diesem Grund wurden nach einer Vorlaufphase teilweise Fragen verändert bzw. die Jugendlichen in der Instruktion bewusst darauf hingewiesen, Fragen zu stellen. Der Persönlichkeitsfragebogen SURPS beinhaltet mehrere Fremdwörter, die oft zu Verständnisproblemen geführt haben. Die Jugendlichen nahmen aber das Angebot an, Fragen zu einzelnen Wörtern zu stellen, und somit konnte ein Großteil der Unklarheiten beseitigt werden.

Da in Einrichtungen und Schulen erhoben wurde, in denen der Anteil an Jugendlichen mit Migrationshintergrund hoch ist, gaben 60% der Gesamtstichprobe an, Deutsch nicht als Erstsprache gelernt zu haben. Das ist für die vorliegende Studie entscheidend, da viele Türkisch oder Arabisch als Erstsprache angaben – Sprachen, die mit dem islamischen Glauben zusammenhängen. Da gläubige Muslime und Musliminnen aufgrund ihrer Religion keinen Alkohol trinken, dürfte dies das Ergebnis der vorliegenden Studie beeinflusst haben. Für zukünftige Forschungen wäre es sinnvoll, die Religionszugehörigkeit zu erheben, um diesen Effekt empirisch belegen zu können.

13 Abstracts

The aim of the study was to examine the possible effect of youth work on substance abuse and to explore factors influencing adolescent substance use behavior. A cross-sectional paper-pencil questionnaire measured leisure activity, substance consumption habits and personality risk factors for substance abuse based on Substance

Use Risk Profile Scale (SURPS) and health-related quality of life by KIDSCREEN-27. Ninety-eight adolescents between 16 and 18 years were recruited in different youth centers, vocational schools and a working program for adolescents. The results show that adolescents frequenting youth centers used substances less often and less intensely. However, they showed a significantly altered *Sensation Seeking* score, which is a personality dimension, linked to increased substance use behavior, as proved in this study. Additionally, the youth center sample differed significantly in respect to the HRQoL dimension *Physical Wellbeing*. These results can be explained as an effect of structured leisure activity in youth centers offering alternatives for adolescent risk-behavior. However, it is not clear, if substance abusers are a specific target group of youth work, which could be an essential contact point for them. Additional resources are needed to enable youth workers to handle substance using/abusing adolescents and networking of different institutions targeting preventive work should be encouraged. Besides that, further research is required to fully understand the complex phenomena of youth substance use in context of psychosocial care.

Ziel der vorliegenden Studie war es, suchtpräventive Aspekte der außerschulischen Offenen Jugendarbeit sowie Einflussfaktoren für den adoleszenten Substanzkonsum zu erkennen. Dafür wurden Jugendliche zwischen 16 und 18 Jahren in einer Fragebogenstudie zu ihrem Freizeit- und Konsumverhalten befragt. Mittels Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) wurden suchtspezifische Persönlichkeitseigenschaften, sowie mit dem Verfahren KIDSCREEN-27 die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst. Die Stichprobe (N = 98) wurde in Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit in Wien und Niederösterreich rekrutiert sowie in zwei Berufsschulen und einer arbeitsmarktpolitischen Einrichtung, die Jugendliche bei ihrer Berufsplanung unterstützt. Es konnte gezeigt werden, dass Jugendliche in den Jugendzentren weniger Konsumerfahrungen als die Vergleichsgruppe aufwiesen, obwohl höhere Werte hinsichtlich der suchtspezifischen Persönlichkeitsdimension *Sensation Seeking* beobachtbar waren. Die Jugendzentrumsgruppe unterschied sich darüber hinaus im Vergleich zur Vergleichsgruppe hinsichtlich der Skala *Physical Wellbeing*, indem sie signifikant höhere Werte aufwies. Anhand der Ergebnisse wird angenommen, dass die Gruppe der *Sensation Seeker* im Jugendzentrum ein strukturiertes, zielgruppengerechtes Freizeitangebot und alternative Handlungsstrategien vorfindet. Somit sind sie im Zusammenhang mit einem erhöhten physischen Wohlbefinden weniger gefährdet für

riskantes Verhalten wie einem übermäßigen Substanzkonsum. Inwiefern suchtgefährdete Jugendliche das Angebot der Offenen Jugendarbeit wahrnehmen, ist unklar, und es bedarf weiterer Forschung diesbezüglich. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um MitarbeiterInnen der Offenen Jugendarbeit hinsichtlich Konsum, Substanzmissbrauch und Sucht zu schulen, sowie Vernetzungen mit anderen jugendpolitischen Einrichtungen, Schulen und suchtpreventiven Institutionen zu forcieren, um das suchtpreventive Potential der Offenen Jugendarbeit auszuschöpfen.

Literatur

- Andersen, A., Due, P., Holstein, B. E. & Iverse, L. (2003). Tracking drinking behaviour from age 15–19 years. *Addiction*, 98, 1505–1511.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Averna, S. & Hesselbrock, V. (2001). The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 26, 363–374.
- Barnow, S., Schuckit, M. A., Lucht, M., John, U. & Freyberger, H. J. (2002). The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: A path analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 63(3), 305–315.
- Barsch, G. (2007). Drogenkonsum und soziale Ungleichheit. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Battistich, V., Schaps, E., Watson, M., & Solomon, D. (1996). Prevention effects of the Child Development Project: Early findings from an ongoing multisite demonstration trial. *Journal of Adolescent Research*, 11, 12–35.
- Bauman, K. E. & Ennett, S. T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 91(2), 185–198.
- Beubler, E. (2006). Pharmakologie psychotroper Substanzen. In E. Beubler, H. Haltmeier & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (2. Auflage) (S. 51–64), Wien: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M. & Kerner, J. (1992). Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychology*, 11(5), 290–299.
- Botvin, G. J. & Kantor, L. W. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. Theory, Methods, and Empirical Findings. *Alcohol Research & Health*, 24(4), 250–257.
- Branstetter, S. A., Low, S. & Furman, W. (2011). The influence of parents and friends on adolescent substance use: A multidimensional approach. *Journal of Substance Use*, 16(2), 150–160.

- Brook, J. S., Balka, E. B., Ning, Y. & Brook, D. W. (2007). Trajectories of cigarette smoking among African Americans and Puertoricans from adolescence to young adulthood: associations with dependence on alcohol and illegal drugs. *American Journal on Addictions*, 16, 195–201.
- Bühringer, G. & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 697–714). Berlin: Springer.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43(3), 190–197.
- Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer U. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 11–21). Göttingen: Hogrefe.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2011). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Zugriff am 25.01.15. Verfügbar unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Schulgesundheits/Gesundheit_und_Gesundheitsverhalten_oesterreichischer_SchuelerInnen
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2012). *Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis bei österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends*. Zugriff am 25.01.15. Verfügbar unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Schulgesundheits/Gesundheit_und_Gesundheitsverhalten_oesterreichischer_SchuelerInnen
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSK). (2003). *4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Teil B: Prävention in der außerschulischen Jugendarbeit*. Zugriff am 21.01.15. Verfügbar unter <http://www.bmfj.gv.at/ministerium/jugendforschung/jugendbericht/vierter-bericht-zur-lage-der-jugend-in-oesterreich-2003.html>
- Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit (BOJA). (2012). *Qualität in der Offenen Jugendarbeit in Österreich. Leitlinien, Hilfestellungen und Anregungen für Qualitätsmanagement in der Offenen Jugendarbeit*. Zugriff am 30.10.14. Verfügbar unter http://www.boja.at/uploads/media/Handbuch_Qualitaet_OJA_April_2012.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2004). *Die Drogenaffinität*

- Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Alkohol.* Zugriff am 21.01.2015. Verfügbar unter http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2012/Drogenaffinitaetsstudie_BZgA_2011.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2005). *MOVE – Motivierende Kurz-Intervention bei konsumierenden Jugendlichen. Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase.* Zugriff am 31.01.2015. Verfügbar unter http://www.bzga.de/botmed_60628000.html
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bzga). (2006). *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 29.* Zugriff am 21.01.15. Verfügbar unter http://www.bzga.de/botmed_60629000.html
- Caritas der Erzdiözese Wien (2015). *Peppa – Interkulturelles Mädchenzentrum.* Zugriff am 15.04.15. Verfügbar unter <https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-integration/miteinander/maedchenzentrum-peppa/>
- Castellanos-Ryan, N., O’Leary-Barrett, M. & Conrod, P. J. (2013). Substance-use in childhood and adolescence: A brief overview of developmental processes and their clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 41–43.
- Chartier, K. G., Hesselbrock, M. N. & Hesselbrock, V. M. (2010). Development and vulnerability factors in adolescent alcohol use. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 493–504. doi: 10.1016/j.chc.2010.03.004
- Clarke, S. & Eiser, C. (2004). The measurement of health-related quality of life (QoL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2:66. doi:10.1186/1477-7525-2-66
- Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic illness in the United States, Vol. 1.* Cambridge: Harvard University Press.
- Daig, I. & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 16(1–2), 5–23.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien.* (8. überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Engels, R. C. M & Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviour on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 675–695.

- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit (EMCDDA). *What is drug prevention?* Zugriff am 04.03.15. Verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention>
- Farke, W., Hurrelmann, K. & Alte-Teigeler, A. (1998). Die vergessene Klientel – suchtgefährdete Jugendliche. *Prävention, 1*, 18–21.
- Fayed, N., De Camargo, O. K., Kerr, E., Rosenbaum, P., Ankita, D., Bostan, C. et al. (2012). Generic patient-reported outcomes in child health research: a review of conceptual content using World Health Organization definitions. *Developmental Medicine & Child Neurology, 54*, 1085–1095.
- Flay, B. R. (2000). Approaches to substance prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors, 25*(6), 861–885.
- Gschwandtner, F., Paulik, R., Seyer, S. & Schmidbauer, R. (2011). Präventionsforschung. In Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), *6. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich*. Zugriff am 30.10.14. Verfügung unter <http://www.bmfj.gv.at/service/publikationen/jugend/6-bericht-zur-lage-der-jugend-in-oesterreich-teil-a-und-b.html>
- Geschwinde, T. (2003). *Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wien: Heidelberg Verlag.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Report, 98*(2), 107–109.
- Grant, B. F., Stinson, F. S. & Harford, T. C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: A 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse, 13*, 493–504.
- Haas, S., Vorderwinkler, C. & Weigl, M. (2001). *Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen*. Wien: Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Zugriff am 08.03.15. Verfügbar unter <http://tinyurl.com/nbxrgct>
- Haas, S., Vorderwinkler, C. & Weigl, M. (2002). Integration und Vernetzung: Neue Ansätze in der Arbeit mit drogenkonsumierenden und suchtgefährdeten Jugendlichen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 25*(4), 41–53.
- Häfele, E. (2011). Die außerschulische Jugendarbeit. In Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), *6. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich*. Zugriff am 30.10.14. Verfügbar unter <http://www.bmfj.gv.at/service/publikationen/jugend/6-bericht-zur-lage-der-jugend->

in-oesterreich-teil-a-und-b.html

- Häfeli, J. (2005). *Das Verhältnis von Prävention – Früherkennung/-intervention – Behandlung*. Unveröffentlichtes Dokument.
- Hays, R. & Ellickson, P. (1996). What is adolescent misuse in the United States according to the experts? *Alcohol and Alcoholism*, 31, 297–303.
- Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Bierut, L. J. et al. (1997). Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. *Psychological Medicine*, 27, 1381–1396.
- Hingson, R. W., Heeren, T. & Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 160(7), 739–746.
- Hoch, E. & Kröger, C. B. (2011). Nikotinabhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 767–781). Berlin: Springer.
- Holder, H. D. (2000). Community prevention of alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 25, 843– 859.
- Holder, H. D., Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., Treno, A. J., Grube, J. W. & Saltz, R. F. (2002). Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2341–2347.
- Holmila, M. & Warpenius, K. (2007). A study on effectiveness of local alcohol policy. Challenges and solutions in PAKKA-project. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14, 529–541.
- Holmila, M. & Warpenius, K. (2012). Community-based prevention of alcohol-related injuries: Possibilities and experiences. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 1(1), 27–39.
- Horvath, I., Eggerth, A., Fröschl, B. & Weigl, M. (2009). *Die präventive Rolle der außerschulischen Jugendarbeit*. Zugriff am 30.10.14. Verfügbar unter <http://tinyurl.com/nrg3z4v>
- Huhtanen, P. & Tigerstedt, T. (2010). Kuinka paljon kärsimme muiden juomisesta [How much do we suffer from the drinking of others]. In P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (Eds.), *Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset from 1968 to 2008* [Drinking in Finland: Finnish drinking habits and changes 1968–2008] (pp. 220–233). Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).

- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: The relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14, 20–28. doi:10.1007/s10389-005-0005-5
- Irwin, C. E., Scott, J. B. & Cart, C. U. (2002). America's adolescents: Where have we been, where are we going. *Journal of Adolescent Health*, 31, 91–121.
- Iyer-Eimerbrink, P. A. & Nurberger, J. I. (2014). Genetics of alcoholism. *Current Psychiatry Reports*, 16(518), 1–12. doi: 10.1007/s11920-014-0518-0
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., Kessler, R. C. & Eaves, L. J. (1992). A population based twin study of alcoholism in women. *Journal of the American Medical Association*, 289(14), 1877–1882.
- Kinder- und Jugendzentrum Großfeldsiedlung – Club Nautilus (2009). *Jahresbericht 2009*.
- KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Köhler, T. (2008). *Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen* (S. 8–18). München: Beck.
- Koob, G. F. (2004). Allostatic view of motivation: Implications for psychopathology. In R. A. Bevins & M. T. Bardo (Eds.), *Motivational factors in the etiology of drug abuse. Volume 50 of the Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 1–18). Zugriff am 26.02.15. Verfügbar unter https://books.google.at/books?id=NfLzVO2htGoC&printsec=frontcover&dq=Motivational+Factors+in+the+Etiology+of+Drug+Abuse&hl=de&sa=X&ei=p_juVMTZO4XYywO_8ILADQ&ved=0CB8Q6AEwAA#v=onepage&q=Motivational%20Factors%20in%20the%20Etiology%20of%20Drug%20Abuse&f=false
- Krank, M., Stewart, S. H., O'Connor, R., Woicik, P. B., Wall, A.-M. & Conrod, P. J. (2011). Structural, concurrent, and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 36, 37–46. doi:10.1016/j.addbeh.2010.08.010
- Kraus, L., Baumeister, S. E., Pabst, A. & Orth, B. (2009). Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: Results from the German epidemiological surveys of substance abuse. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 314–320.
- Küfner, H. & Metzner, C. (2011). Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U.

- Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 715–739). Berlin: Springer.
- Kulbok, P. A. & Cox, C. L. (2002). Dimensions of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health, 31*, 394–400.
- Kuperman, S., Chang, G., Kramer, J. R., Bierut, L., Bucholz, K. K., Fox, L. et al. (2005). Relationship of age of first drink to child behavioral problems and family psychopathology. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 29*(10), 1869–1876.
- Laging, M. (2005). Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. *Prävention, 1*, 9–12.
- Lehti, M. & Kivivuori, J. (2007). Kuolemaan johtanut väkivalta [Homicide. Crime and criminal justice in Finland]. *Publications of the National Research Institute of Legal Policy, 229*, 15–47.
- Leppin, A., Hurrelmann, K. & Petermann, H. (2000). Schulische Suchtprävention: Status Quo und Perspektiven. In A. Leppin, K. Hurrelmann & H. Petermann (Hrsg.), *Jugendliche und Alltagsdrogen* (S. 9–21). Neuwied: Luchterhand.
- Lindenmeyer, J. (2011). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 743–765). Berlin: Springer
- Maiwald, E. & Reese, A. (2000). Effektivität suchtpreventiver Lebenskompetenzprogramme – Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien. *Sucht Aktuell, 1*, 8–12.
- Martin, C. S. & Winters, K. C. (1998). Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents. *Alcohol Health & Research World, 22*(2), 95–105.
- Morris, E. P., Stewart, S. H. & Ham, L. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review, 25*, 734–760.
- Moshki, M., Hassanzade, T. & Taymoori, P. (2014). Effect of life skills training on drug abuse preventive behaviors among university students. *International Journal of Preventive Medicine, 5*(5), 577–583.
- Najman, J. M. & Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technology on quality of life: A review and critique. *Social Science & Medicine, 15*, 107–115.
- Petermann, H. & Roth, M. (2006). *Suchtprävention im Jugendalter:*

Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven. Weinheim: Juventa.

- Petratis, J., Flay, B. & Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67–86.
- Ramelow, D. & Felder-Puig, R. (2012): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Dettenborn-Betz, L., Cronjäger, H. & Möller, B. (2011). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 643–669). Berlin: Springer.
- Ravens-Sieberer, U., Erhard, M., Wille, N., Nickel, J. & Bullinger, M. (2007). Lebensqualitätsverfahren für Kinder – methodische Herausforderungen und aktuelle Instrumente. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 25–40.
- Ravens-Sieberer, U., Karow, A., Barthel, D. & Klasen, F. (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues in Clinical NeuroSciences*, 16, 147–158.
- Ravens-Sieberer, U., Nickel, J., Erhart, M., Wille, N. & The European KIDSCREEN Group. (2006). Risk behaviour and health-related quality of life among European adolescents. *Sucht*, 52(4), 236–244.
- Rehm, J. (2003). Ist Suchtprävention generell wirtschaftlich? *Suchttherapie*, 4, 8–11.
- Rettet das Kind, Landesverband Wien (2015). *Jugendzentrum Penzing*. Zugriff am 15.04.15. Verfügbar unter <http://www.rdk-wien.at/kontakt-3/>
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2004). Sozioökonomische Unterschiede im Substanzkonsum von Jugendlichen. *Sucht*, 50(4), 258–268.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schroers, A. (2007). Früh erkennen – rechtzeitig intervenieren. Frühinterventionen im Verständnis eines integrativen Ansatzes zielgruppenorientierter Suchtprävention. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30, 7–21.
- Siegrist, J. (1990). Grundannahmen und gegenwärtige Entwicklungsperspektiven einer gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. In P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.), *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin* (S. 59–66). Stuttgart: Gustav Fischer.

- Solans, M., Pane, S., Estrada, M.-D., Serra-Sutton, V., Berram, S., Herdman, M. et al. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health*, 11(4), 742–764.
- Steinhausen, H.-C. (2006). Substanzmissbrauchstörung. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (6., neu bearbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 294–313). München: Elsevier.
- Sting, S. (2011). Sucht. In Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), *6. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich*. Zugriff am 30.10.14. Verfügung unter <http://www.bmfj.gv.at/service/publikationen/jugend/6-bericht-zur-lage-der-jugend-in-oesterreich-teil-a-und-b.html>
- Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH (2015). *Checkit! Substanzen*. Zugriff am 17.04.15. Verfügbar unter <http://www.checkyourdrugs.at/skubstanzen/>
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275–336.
- Topolski, T. D., Patrick, D. L., Edwards, T. C., Huebner, C. E., Connell, F. A. & Mount, K. K. (2001). Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 426–435.
- Uhl, A. (2005). Präventionsansätze und -theorien. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 28(3/4), 39–45.
- Uhl, A., Strizek, J., Puhm, A., Kobrna, U. & Springer, A. (2009). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2008. Band 1. Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 04.03.15. Verfügbar unter <http://www.api.or.at/akis/download/gps2008band1.pdf>
- Verein Jugend- und Kulturzentrum Purkersdorf (2015). *Re:spect Jugendtreff*. Zugriff am 15.04.15. Verfügbar unter <http://www.re-spect.org/de/index.htm>
- Verein Wiener Jugendzentren (2012). *Wirkungskonzept. Qualität und Wirkung der Offenen Jugendarbeit im Verein Wiener Jugendzentren*. Zugriff am 04.03.15. Verfügbar unter <http://typo.jugendzentren.at/vjz/index.php?id=88%29>
- Verein Wiener Jugendzentren (2015). *Spacelab – Produktionsschule Wien*. Zugriff am 15.04.15. Verfügbar unter <http://typo.jugendzentren.at/vjz/index.php?id=193>
- Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C. & Ravens-Sieberer, U. (2006).

- Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 130–135.
- Ware, J. E. (2008). Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Archive of Physical Medical Rehabilitation*, 82, 43–51.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O. & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34, 1042–1055.
- World Health Organization (WHO) (1948). *Official Records of the World Health Organization*, No. 2. Zugriff am 05.03.15. Verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf
- World Health Organization (WHO) (1994a). *Life skills education in schools*. WHO, Geneva. Zugriff am 21.01.15. Verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf
- World Health Organization (WHO) (1994b). *Measurement of Quality of Life in Children*. Zugriff am 06.02.15. Verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/media/en/663.pdf
- World Health Organization (WHO) (1997). *Measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments*. Zugriff am 05.02.15. Verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- WUK Verein zur Schaffung offener Kultur- und Werkstättenhäuser (2015). *Spacelab*. Zugriff am 15.04.15. Verfügbar unter <http://typo.jugendzentren.at/vjz/index.php?id=193>
- Zentner, M. (2003). Quantitative Erhebung in der außerschulischen Jugendarbeit. In Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.), 4. *Bericht zur Lage der Jugend in Österreich*. Zugriff am 30.10.14. Verfügbar unter <http://www.bmfj.gv.at/ministerium/jugendforschung/jugendbericht/vierter-bericht-zur-lage-der-jugend-in-oesterreich-2003.html>
- Zucker, R. A. (2008). Anticipating problem alcohol use developmentally from childhood into middle adulthood: What have we learned? *Addiction*, 103(1), 100–108.

14 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Häufigkeiten und Anteilswerte von Geschlecht und Setting

Tabelle 2. Häufigkeiten und Anteilswerte von Erstsprache und Setting

Tabelle 3. Häufigkeiten und Anteilswerte von suchtpräventiver Projektteilnahme und Setting

Tabelle 4. Clusterverteilung

Tabelle 5. Häufigkeiten und Prozentangaben des Alkoholkonsums jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 6. Häufigkeiten und Prozentangaben des Tabakkonsums jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 7. Häufigkeiten und Prozentangaben des Konsum von Beruhigungsmittel jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 8. Häufigkeiten und Prozentangaben des Cannabiskonsums jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 9. Häufigkeiten und Prozentangaben des Speedkonsums jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 10. Häufigkeiten und Prozentangaben des Ecstasykonsums jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 11. Häufigkeiten und Prozentangaben des Magic Mushrooms-Konsums jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 12. Häufigkeiten und Prozentangaben des Kokainkonsums jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 13. Häufigkeiten und Prozentangaben des Konsums von Schnüffelfstoffen jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 14. Häufigkeiten und Prozentangaben des Konsums von Natural Drugs jemals und in den letzten drei Monaten

Tabelle 15. Häufigkeiten und Anteilswerte des Alkohol- und Zigarettenkonsums

Tabelle 16. Häufigkeiten und Anteilswerte des Zigaretten- und Cannabiskonsums

Tabelle 17. Häufigkeiten und Anteilswerte des Alkohol- und Cannabiskonsums

Tabelle 18. Häufigkeiten und Anteilswerte des riskanten Konsums

- Tabelle 19.* Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$)
- Tabelle 20.* Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$)
- Tabelle 21.* Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für den Zusammenhang der Dimensionen des SURPS mit den Skalen des HRQoL-27 ($n = 90$)
- Tabelle 22.* Vergleich der Gruppe übermäßiger Konsum (jemals) mit der Gruppe kein/mäßiger Konsum (jemals) in den Dimensionen des SURPS
- Tabelle 23.* Vergleich der Gruppe übermäßiger Konsum (aktuell) mit der Gruppe aktueller kein/mäßiger Konsum (aktuell) in den Dimensionen des SURPS
- Tabelle 24.* Vergleich der Gruppe übermäßiger Konsum (bisherig) mit der Gruppe aktueller kein/mäßiger Konsum (bisherig) in den Dimensionen des KIDSCREEN-27
- Tabelle 25.* Vergleich der Gruppe übermäßiger Konsum (aktuell) mit der Gruppe aktueller kein/mäßiger Konsum (aktuell) in den Dimensionen des KIDSCREEN-27
- Tabelle 26.* Häufigkeiten des bisherigen und aktuellen Alkoholkonsums und Cluster
- Tabelle 27.* Häufigkeiten des bisherigen und aktuellen Cannabiskonsums und Cluster
- Tabelle 28.* Vergleich der Settings mit den Dimensionen des SURPS
- Tabelle 29.* Vergleich der Settings mit den Dimensionen des KIDSCREEN-27
- Tabelle 30.* Häufigkeiten für bisherige Konsumerfahrung und Setting
- Tabelle 31.* Häufigkeiten für den bisherigen Alkoholkonsum und Setting
- Tabelle 32.* Häufigkeiten und Anteilswerte für den bisherigen Zigarettenkonsum und Setting
- Tabelle 33.* Häufigkeiten und Anteilswerte für den bisherigen Cannabiskonsum und Setting
- Tabelle 34.* Häufigkeiten und Anteilswerte für einen riskanten Alkoholkonsum und Setting
- Tabelle 35.* Häufigkeiten und Anteilswerte für einen riskanten Drogenkonsum und Setting

15 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1.* Entwicklungsaufgaben und geeignete/ungeeignete Problembewältigungsstrategien (nach Hurrelmann & Richter, 2006)
- Abbildung 2.* Formen der ungeeigneten Bewältigungsstrategien (nach Hurrelmann & Richter, 2006)
- Abbildung 3.* 11-, 13- und 15-jährige rauchende SchülerInnen (seit 1994) (aus BMG, 2012)
- Abbildung 4.* Jugendspezifische Definition der einzelnen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung als Kontinuum (nach BZgA, 2005)
- Abbildung 5.* Progression des Drogenkonsums (aus Farke, Hurrelmann & Alte-Teigeler, 1998)
- Abbildung 6.)* Multifaktorielles Risikomodell (nach Ravens-Sieberer et al., 2011, S. 615)
- Abbildung 7.* Spektrum Suchtprävention/Frühintervention (nach Schroers, 2007)
- Abbildung 8.* Wirkungskonzept der Offenen Jugendarbeit (Verein Wiener Jugendzentren, 2012)
- Abbildung 9.* Graphic representation oft the concept health-related quality of life HRQoL (nach Fayed et al., 2012)
- Abbildung 10.* Beispielfragen aus dem SURPS
- Abbildung 11.* Beispielfragen aus dem KIDSCREEN-27
- Abbildung 12.* Graphische Darstellung der erreichten Clusterqualität
- Abbildung 13.* Anteilswerte in Prozent für jemals konsumierte Substanzen

16 Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HRQoL	Health-related Quality of Life
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

17 Anhang



universität
wien

Hallo,

vielen Dank für dein Interesse an dieser Studie!

Wie geht es dir? Das und mehr möchte ich von dir wissen. Die Befragung wird im Rahmen einer Diplomarbeit der Fakultät für Psychologie der Universität Wien durchgeführt. Die Studie beschäftigt sich damit, wie Jugendliche ihre Freizeit verbringen, wie es ihnen in ihrem Leben geht und ob sie Alkohol und Drogen konsumieren.

Keine Sorge! Das ist keine Prüfung und du kannst somit nichts falsch machen – mache einfach ein Kreuzchen dort, wo es für dich Sinn macht. Wichtig ist, dass du jede Frage aufmerksam durchliest und deine Angaben der Wahrheit entsprechen.

Außerdem bitte ich dich, dass du möglichst alle Fragen beantwortest und dass deine Kreuze gut zu erkennen sind.

Du musst deinen Fragebogen niemandem zeigen und niemand, der dich kennt, wird sich die Antworten anschauen, denn sie werden streng vertraulich behandelt.

Du wirst ungefähr 15 Minuten brauchen. Falls dir ein Wort nicht bekannt ist oder falls du andere Fragen hast, kannst du dich immer an mich wenden.

Danke für deine Teilnahme und dein Vertrauen!

Katharina Spielmann

Alter: _____

Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

51.

Was ist deine höchste abgeschlossene Bildung?

☐ Pflichtschulabschluss

☐ Hauptschule

☐ Berufsschule

☐ Matura/Studienberechtigungsprüfung

☐ Andere: _____

Welchen Abschluss wirst du am Ende deiner aktuellen Ausbildung machen?

☐ Ich bin derzeit nicht in Ausbildung

☐ Pflichtschulabschluss

☐ Lehrabschluss

☐ Lehre mit Matura

☐ Fachschule ohne Matura

☐ Matura

☐ Fachhochschule/Universitätsabschluss

☐ Anderer Abschluss: _____

Wie viele Stunden die Woche arbeitest du?

☐ Ich arbeite derzeit nicht

☐ Ich bin geringfügig beschäftigt

☐ Ich bin Teilzeit beschäftigt (ca. 20 Stunden die Woche)

☐ Ich bin Vollzeit beschäftigt (ca. 40 Stunden die Woche)

☐ Wehrdienst/Zivildienst

☐ Freiwilliges Soziales Jahr

☐ Sonstiges: _____

Was ist deine Muttersprache? _____

Wo bzw. wie verbringst du den Großteil deiner Freizeit? (Bitte höchstens **DREI** Möglichkeiten ankreuzen.)

☐ Alleine zu Hause

☐ Mit meiner Familie

☐ Mit Freunden und Freundinnen zu Hause

☐ Auf öffentlichen Plätzen bzw. in Einkaufszentren, Lokalen oder ähnlichem alleine

☐ Auf öffentlichen Plätzen bzw. in Einkaufszentren, Lokalen oder ähnlichem mit meinen Freunden/Freundinnen

☐ In einem Jugendzentrum in meiner Nähe

☐ In einem Sportclub (z.B. Fußball, Tennis, Tanzen etc.)

☐ In einem Freizeitclub (z.B. Schach, Briefmarken sammeln, Computer etc.)

☐ Mit sozialem Engagement (z.B. Rotes Kreuz, Tierschutz, politische Organisation etc.)

☐ Pfadfinder und Pfadfinderinnen Österreichs/Österreichischen Pfadfinderbund

☐ Sonstiges: _____

Hast du schon einmal an einem Projekt oder einer Veranstaltung teilgenommen, wo es um die Themen Alkohol und Drogen gegangen ist?

☐ ja

☐ nein

Falls du diese Frage mit „ja“ beantwortet hast: Wo hat diese Veranstaltung statt gefunden?

☐ In der Schule

☐ In einem Jugendzentrum

☐ Sonstiges: _____

Hast du bereits das Angebot einer Jugendberatung wahrgenommen?

☐ ja

☐ nein

Falls du diese Frage mit „ja“ beantwortest: Zu welchem Thema hast du dich beraten lassen?

☐ Ausbildung und Beruf

☐ Familie und Freunde/Freundinnen

☐ Liebe, Sexualität und Schwangerschaft

☐ Sucht und Drogen

☐ Anderes Thema

Wie vielen Menschen kannst du Probleme anvertrauen und mit ihnen besprechen?

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4 oder mehr

Wo findest du den Großteil dieser Menschen? (Hier kannst du **mehrere** Antworten ankreuzen.)

☐ in meiner Familie

☐ in der Schule

☐ im Jugendzentrum

☐ in meinem Freundeskreis

☐ sonstiges: _____

Bitte fülle folgende Fragen zu deinem Substanzkonsum aus. Die Antworten werden natürlich vertraulich behandelt!

Welche der folgenden Substanzen hast du bereits konsumiert?

	Ja, einmal	Ja, gelegentlich	Ja, öfters	Ja, fast täglich/täglich	Nein
Alkohol	☐	☐	☐	☐	☐
Zigaretten	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaf- und Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐
Speed	☐	☐	☐	☐	☐
Methamphetamin (Crystal Meth)	☐	☐	☐	☐	☐
Ecstasy (MDMA)	☐	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐	☐
Pilze (Magic Mushrooms)	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐	☐
GHB („flüssiges Ecstasy“)	☐	☐	☐	☐	☐
Ketamin (Special K)	☐	☐	☐	☐	☐
Schnüffelfstoffe (Feuerzeuggas, Poppers)	☐	☐	☐	☐	☐
Natural Drugs (Holzrose, Salvia divinorum, Badesalze)	☐	☐	☐	☐	☐
Crack/Kokainbase	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Substanzen:	☐	☐	☐	☐	☐

Welche der folgenden Substanzen hast du in den letzten drei Monaten konsumiert?

	Ja, einmal	Ja, gelegentlich	Ja, öfters	Ja, fast täglich/täglich	Nein
Alkohol	☐	☐	☐	☐	☐
Zigaretten	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaf- und Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐
Speed	☐	☐	☐	☐	☐
Methamphetamin (Crystal Meth)	☐	☐	☐	☐	☐
Ecstasy (MDMA)	☐	☐	☐	☐	☐

	Ja, einmal	Ja, gelegentlich	Ja, öfters	Ja, fast täglich/täglich	Nein
LSD	☐	☐	☐	☐	☐
Pilze (Magic Mushrooms)	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐	☐
GHB („flüssiges Ecstasy“)	☐	☐	☐	☐	☐
Ketamin (Special K)	☐	☐	☐	☐	☐
Schnüffelfstoffe (Feuerzeuggas, Poppers)	☐	☐	☐	☐	☐
Natural Drugs (Holzrose, Salvia divinorum, Badesalze)	☐	☐	☐	☐	☐
Crack/Kokainbase	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Substanzen:	☐	☐	☐	☐	☐

Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest?

☐ ja ☐ nein

Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest?

☐ ja ☐ nein

Nimmt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal die Woche) illegale Drogen?

☐ ja ☐ nein

Nimmst du manchmal illegale Drogen, wenn du alleine bist?

☐ ja ☐ nein

Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit illegalen Drogen?

☐ ja ☐ nein

Hattest du schon mal ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Konsums illegaler Drogen? (z.B. schlechte Prüfungen, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern)

☐ ja ☐ nein

Trinkst du manchmal Alkohol, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest?

☐ ja

☐ nein

Trinkst du manchmal Alkohol, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest?

☐ ja

☐ nein

Trinkt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal die Woche) Alkohol?

☐ ja

☐ nein

Trinkst du manchmal Alkohol, wenn du alleine bist?

☐ ja

☐ nein

Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit Alkohol?

☐ ja

☐ nein

Hattest du schon mal ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Alkoholkonsums? (Zum Beispiel schlechte Prüfungen, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern)

☐ ja

☐ nein

Vielen Dank für deine Teilnahme!

Curriculum Vitae

Name	Katharina Spielmann
Staatsbürgerschaft	Österreich

Bildungsweg

1996–2000	Volksschule in Innsbruck
2000–2008	Reithmannngymnasium, Europazweig
2008–2010	Studium der Bildungswissenschaft (Bachelor)
seit Oktober 2009	Studium der Psychologie (Diplom)
Jänner–Juni 2014	Auslandssemester in Kopenhagen (Erasmus)

Fachpraktikum

Oktober–November 2012	Verein Dialog (Integrative Suchtberatung Wassermannngasse)
-----------------------	--

Ausbildungen im Kinder- und Jugendbereich

2005	Ausbildung zur Peermediatorin (Reithmannngymnasium)
2011	Ausbildung zur Freizeitpädagogin (Kinderfreunde Wien)

Arbeitserfahrung

Mai–September 2011/12 Februar–September 2013	Freizeitpädagogin (Parkbetreuung), Kinderfreunde Wien
seit Jänner 2013	Freie Dienstnehmerin (Journaldienste), Verein Dialog (Integrative Suchtberatung Wassermannngasse)