

Jugend, Gesundheit und der „Sense of Coherence“

RENATE HÖFER

(Erschienen in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol.6 (4), S. 341-357)

Zusammenfassung

Die Frage der Jugendgesundheit gewann in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Besonders seit sich die Anzeichen mehren, daß die Gesundheitsrisiken dieser Altersgruppe im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen in den letzten Jahren gestiegen sind. Der Grund dafür wird in der Jugendgesundheitsforschung in den schwieriger gewordenen Bedingungen des Aufwachsens gesehen. Im vorliegenden Beitrag werden zum einen unter einer „Risikoperspektive“ die gesundheitlichen Gefährdungen der von uns untersuchten Gruppe „institutionsauffälliger“ Jugendlicher aufgezeigt. Zum anderen wird aber unter einer salutogenetischen Perspektive aufgezeigt, welchen Beitrag der Sense of Coherence als generalisierte Bewältigungsressource bei der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen für Gesundheit zu leisten vermag. Die Datenbasis bilden eine standardisierte Fragebogenerhebung bei 740 12-24jährigen und qualitative Interviews von 60 jungen Frauen und Männern aus der Fragebogenerhebung.

Schlagworte: Gesundheitsrisiken, Jugendalter, Sense of Coherence

Abstract

The question of adolescent health is of increasing importance in the last years. Especially since there is more and more evidence that health risks in this age group have increased, compared with all other age groups. Youth research has come to interpret the augmenting health strains for adolescents as an indicator of the higher risks of growing up in modernized societies.

Thus, in the one hand under a „risk- perspective“ the health strains of a group of so called „disadvantaged youth“ are presented. On the other hand under a salutogenic perspective there is prominence to the question, what influence does a sense of coherence have as an individual competence on coping with psychosocial stressors. Data were collected from a questionnaire administered to adolescents between 12 and 24 years of age (n= 740) and from qualitative interviews with 60 young women and men selected out of the survey.

Keywords: Health-risks, adolescence, sense of coherence

1. Einleitung

Der Frage der Jugendgesundheit wurde zumindest in Deutschland bis vor kurzem noch wenig Beachtung geschenkt. Dies hat sich mittlerweile geändert seit sich in den letzten Jahren die Anzeichen dafür mehren, daß die einfache Formel von „Jugend ist gleich Gesundheit“ so offensichtlich nicht mehr gilt. Das mittlerweile registrierte Ansteigen von gesundheitlichen Belastungen bei Jugendlichen (vgl. Hurrelmann, 1990, Engel et al., 1993, Kolip et al., 1995a, Kolip et al., 1995b) wird in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung als Indiz für gestiegene Risiken des Aufwachsens in modernisierten Gesellschaften gesehen. Hurrelmann (und seine Bielefelder Forscher/innengruppe) hat aufgrund einer Reihe von Studien festgestellt, daß „trotz derErfolge bei der Versorgung der Bevölkerung mit materiellen Gütern und wichtigen Dienstleistungen das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden großer Teile der jungen und jüngsten Bürgerinnen und Bürger keineswegs ausreichend gewährleistet ist. Sie zahlen, um im Bild zu sprechen, einen hohen Preis für die fortgeschrittene Industrialisierung und Urbanisierung, der sich in körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen ausdrückt.“ (Hurrelmann, 1990: 58). Die Bedingungen des Aufwachsens sind geprägt von ambivalenten Erfahrungen, für deren Bewältigung die Jugendlichen eines besonderen Maßes an Ressourcen bedürfen. Die Chancen für die Nutzung von inneren wie äußeren Ressourcen, die den Jugendlichen dabei zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden zur Verfügung stehen, sind dabei ungleich verteilt. Dies gilt, so unsere Annahme, besonders für die von uns untersuchte Gruppe von „institutionsauffälligen“ Jugendlichenⁱ, da sie unter einem ganzheitlichen Gesundheits- Krankheitsbegriff als besonders gefährdet gelten muß. Diesen Jugendlichen ist allen gemeinsam, daß sie in irgendeiner Form auffällig wurden und zum Zeitpunkt der Untersuchung von verschiedenen Einrichtungen der Jugendhilfe betreut wurden.ⁱⁱ Der Grund für ihre Betreuung ist in ihren sogenannten „risikoreichen“ Alltagszusammenhängen zu sehen. Sie waren vielfach den Leistungsanforderungen in Schule und Beruf nicht gewachsen. Sie haben Konflikte mit den Eltern, ein Teil ist arbeitslos, etliche haben Probleme mit dem Gericht. In ihren Elternhäusern haben sie oft Streit und Gewalt erlebt, in fast der Hälfte der Fälle haben sich ihre Eltern scheiden lassen.

Die folgende Analyse zielt aber nicht nur (1) auf die gesundheitlichen Belastungen und Risiken ab, die sich aus diesen spezifischen Alltags- bzw. Lebenszusammenhängen ergeben, sondern (2) auch auf die salutogenetische Frage, wie es Jugendlichen selbst unter diesen schwierigen Bedingungen gelingen kann, gesund zu bleiben beziehungsweise gesund zu werden.

2. Methode

Bei der Studie aus der im Folgenden einige Ergebnisse diskutiert werden, handelt es sich um eine Querschnittsbefragung und eine nach einem Jahr daran anschließende qualitative Befragung einer Teilstichprobe. Die empirische Basis für die nachfolgenden Aussagen bilden:

* eine schriftliche Erhebung mit zwei nahezu identischen standardisiertenⁱⁱⁱ Fragebogen bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 15 und 16 bis 24 Jahren (N=740), die zum Zeitpunkt der Befragung von einer Institution der Jugendhilfe betreut wurden. Angesprochen wurden alle Jugendlichen, die im Zeitraum von November 1994 bis Februar 1995 in einer der Einrichtungen betreut wurden.^{iv} Die Fragebögen wurden anhand der Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells (vgl. Hurrelmann, 1990: 80) entworfen. Sie enthalten Fragen zur Lebenslage, zu den subjektiven Belastungen, zu den sozialen und personalen Ressourcen, zum Gesundheitsbewußtsein, zum Risikoverhalten, sowie zu den gesundheitlichen Belastungen.

* qualitative, leitfadengestützte Interviews mit je 30 jungen Frauen und 30 jungen Männern aus der quantitativen Erstbefragung im Alter von 15 bis 24 Jahren. Ausgewählt wurden Jugendliche mit einem unterschiedlichen Ausmaß psychosomatischer Streßreaktionen.^v

* Als Vergleich wurden die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung (Biogramm) mit einer für München repräsentativ ausgewählten Population von 1033 (bzw. 881) Jugendlichen des Jugend-Gesundheitssurveys von Infratest^{vi} herangezogen.

Zur Erfassung der Belastungen und der Ressourcen wurden folgende Instrumente verwendet: Als Stressoren (chronische Belastungen) wurden die von den Befragten geäußerten Belastungen aus den Lebensbereichen Familie, soziales Netzwerk und (je nachdem, was auf den einzelnen zutraf)

Schule, Ausbildung beziehungsweise Beruf und der Wohnumwelt bestimmt. Als Indikatoren für gesundheitlich relevante Folgen, die das Wohlbefinden beeinträchtigen wurden zum einen psychophysiologische Streßsymptome erhoben. Diese Symptome wurden anhand einer Beschwerdeliste erfaßt. Darauf konnten die Jugendlichen auf einer dreistufigen Skala ankreuzen, wie häufig in den letzten zwölf Monaten die genannten Beschwerden aufgetreten sind.^{vii} Zum anderen haben wir das Ausmaß der Demoralisierung als Maß für psychische Belastungen erfaßt. Diese wurde mit der 27 Item umfassenden PERI Demoralisierungsskala von Dohrenwendt (1980) in der Übersetzung von Rehm et al. (1988) mit einer 5-Punkte-Likert-Skala erhoben. Der Gesamtscore ergibt sich aus dem Summenwert aller Fragen. Je höher der gemessene Wert, um so größer der Grad der „Demoralisierung“. Für die Erhebung des Sense of Coherence als personale Ressource wurde die 13- Item Skala, also die validierte Kurzversion (Antonovsky, 1993), in der autorisierten deutschen Übersetzung von Noack et al. (1991), mit einer 7-Punkt-Likert-Skala verwendet. Durch Addition der Punktwerte aller Fragen ergibt sich der Gesamtscore. Je größer dieser Wert ist, um so höher der Kohärenzsinn.

3. Gesundheitliche Belastungen der Jugendlichen / jungen Erwachsenen

Der Vergleich der Ergebnisse mit der im gleichen Zeitraum in München durchgeführten repräsentativen Jugendstudie (Biogramm) zeigt, wie erwartet, daß es sich bei den institutionsauffälligen Jugendlichen um eine gesundheitlich besonders gefährdete Gruppe handelt. Die gesundheitlichen Gefährdungen lassen sich auf verschiedenen Ebenen von Gesundheit aufzeigen: (1) auf der Ebene emotionaler, psychischer Belastungen, (2) auf der Ebene psychophysiologischer Streßsymptome, auf der Ebene körperlicher Erkrankungen und auf der Ebene von (Risiko-)Verhaltensweisen. Diese gesundheitlichen Belastungen drücken sich auch in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes aus. Zwar schätzt sich insgesamt die Mehrzahl der Jugendlichen als gesund ein (63% der Jugendlichen aus der Jugendhilfe und 79% der Jugendlichen aus der Repräsentativerhebung). Dies bedeutet aber

auch, daß **über ein Drittel** der Jugendhilfejugendlichen ihren Gesundheitszustand eher skeptisch beurteilt.

Die folgende Darstellung gesundheitlicher Belastungen beschränkt sich auf psychische Belastungen und psychophysische Streßsymptome als u.a. wesentliche gesundheitliche Belastungen in der Adoleszenz.

Psychische Belastungen/Demoralisierung: Wenn die These der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung stimmt, daß die Bedingungen des Aufwachsens bzw. der Identitätsbildung heute schwieriger geworden sind, führt dies, reichen die Bewältigungskompetenzen nicht aus, zu Überforderungen (Streß), die sich auf der psychischen Ebene durch Gefühle des Versagens, der Sinn- und Hoffnungslosigkeit ausdrücken können. Gefühle der permanenten Angespanntheit und des völligen Alleingelassenseins begleiten eine Person ebenso wie zukunftsbezogene Angstgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten. Diese Gefühle nennt Frank (1973) **Demoralisierung**. Ursache für Gefühle der Demoralisierung ist nach Frank das subjektiv erfahrene Ungleichgewicht zwischen Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums und den Anforderungen aus der Umwelt, das dann zu dem Gefühl führt, alltägliche Probleme nicht bzw. nicht ausreichend lösen zu können. Mit der Demoralisierungsskala (Dohrenwend et al., 1980, Link et al., 1980) wird, wie Fichter (1990: 40) anmerkt, das subjektiv empfundene Ungleichgewicht zwischen Bewältigungsmöglichkeit und Anforderungen quantifizierbar und damit auch eine Einschätzung des Distress bzw. der psychischen Belastung.^{viii}

Vergleicht man die Demoralisierungswerte der Jugendhilfejugendlichen (normiert an den Quartilen der Repräsentativerhebung), zeigt sich eine **deutlich höhere psychische Belastung** der Jugendlichen aus der Jugendhilfepopulation (vgl. Tab.: 1). Danach befinden sich fast doppelt so viele der Jugendhilfejugendlichen im vierten Quartil und müssen als deutlich stärker psychisch belastet gelten. Insgesamt sind die jungen Frauen mehr demoralisiert als die jungen Männer.

Tab. 1: Vergleich der Gesamt-Demoralisierungsmittelwerte (normiert an den Quartilen der Repräsentativerhebung, Angaben in %)

	Jugendhilfe		Repräsentativerhebung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
nicht demoralisiert	11,6	16,6	28,0	28,0
wenig demoralisiert	11,6	18,6	22,4	22,0
mehr demoralisiert	32,3	24,1	24,6	27,0
stärker demoralisiert	44,5	40,7	25,0	23,0
Gesamt (N)	155	199	418	362

Psychosomatische Streßsymptome: Psychosomatische Beschwerden stellen eine Gruppe von körperlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar, die nicht durch physische/organische Schädigungen hervorgerufen werden, sich jedoch in ihren chronischen Verlaufsvarianten als organische Erkrankungen verselbständigen und manifestieren können (Holler-Nowitzki, 1994: 23). Nach einem sozialökologischen Gesundheitskonzept können sie als physische Streßreaktionen auf psychosoziale Spannungen aufgefaßt werden, denen wiederum zumeist soziale Konflikte zugrunde liegen. Insgesamt zeigt sich, daß die 12-24jährigen über eine hohe Anzahl von Streßsymptomen berichten. Vergleicht man die beiden Untersuchungsgruppen so fällt dreierlei auf:

- Der **geschlechtsspezifische Unterschied** ist bei beiden Gruppen annähernd gleich groß. Bei beiden Gruppen geben die Frauen 20% mehr Beschwerden als die Männer an.
- Der **Anteil** derer die mindestens eine der genannten Beschwerden häufig haben unterscheidet sich zwischen Jugendlichen aus der Jugendhilfepopulation und der Repräsentativerhebung vor allem bei den **Frauen kaum (JH 64% zu RE: 62%)**. Bei den **Männern** liegen die Werte der Jugendlichen aus der Repräsentativerhebung sogar etwas höher. Hier gaben **48% zu 41% aus der Jugendhilfepopulation** an, mindestens eine der Beschwerden häufig zu haben.
- Betrachtet man jedoch die **Anzahl** durchschnittlich genannter Beschwerden zeigt sich, daß die Jugendlichen aus der Jugendhilfepopulation **mehr unter Beschwerden leiden** (vgl.

Tab.: 2). Dies gilt besonders für die psychovegetativen Beschwerden (ebenso für Frauen wie für Männer).

Tab. 2: Mittelwerte psychosomatischer Beschwerden im Vergleich (aufgeführt sind nur die häufig genannten Beschwerden)

Beschwerdegruppen ^{ix}	Jugendhilfe		Repräsentativerhebung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Vegetative Beschwerden	0.91	0.65	0.56	0.47
Physiologische Beschwerden	0.91	0.37	0.83	0.38
Bereichsspezifische Beschwerden	0.47	0.29	0.51	0.32
Psychosom. Beschwerden insges.	2.29	1.31	1.90	1.20
Gesamt N	192	239	427	365

Insgesamt verweisen diese Ergebnisse auf einen nicht unerheblichen Beschwerdedruck im Körpererleben der Jugendlichen für beide Populationen, vor allem auch was die Frauen anbetrifft. Die Beschwerden werden von den Jugendlichen mit zunehmender Anzahl und Häufigkeit als „oft bzw. immer belastend“ empfunden. Dabei sind, wie erwartet, Frauen wie Männer aus der Jugendhilfepopulation psychosomatisch (gemessen an der Anzahl der häufigen Beschwerden) etwas höher belastet. Diese Ergebnisse bestätigen die Vermutung, daß Jugendliche heute in einem doch erheblichen Maße psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, die sich in zahlreichen, diffusen Körperbeschwerden äußern. Dies steht auch im Einklang mit Ergebnissen anderer Studien (vgl. Kolip et al., 1995b, Jugend und Gesundheit, 1997). Seiffge-Krenke (1995) stellt beispielsweise fest, daß die von den Jugendlichen geäußerten Beschwerden „etwa in der Nähe der Normwerte für erwachsene Psychosomatiker“ (ebd., 177) liegen. Diese Art der gesundheitlichen Beschwerden verweisen auf erhöhte psychosoziale Belastungen der Altersgruppe, die aufgrund der Definition psychosomatischer Beschwerden auf nicht geglückte Verarbeitungsprozesse aktueller Konflikte schließen lassen. *Insgesamt kann man feststellen, daß das Risiko der Gesundheitsgefährdung für die von uns untersuchte Gruppe von Jugendlichen / jungen Erwachsenen aus der Jugendhilfe deutlich höher ist. Fragt man nun nach dem Zusammenhang von Belastungen und ihrem Einfluß auf*

Gesundheit, spielen dabei, wie in Untersuchungen zur Streßforschung thematisiert wurden vor allem die alltäglichen (Dauer-)Stressoren eine besondere Rolle (vgl. beispielsweise Wagner et al., 1988, Compas et al., 1993). Vergleicht man die berichteten alltäglichen Belastungen der Jugendlichen aus der Jugendhilfepopulation mit denen der Repräsentativuntersuchung, so bestätigt sich die allgemeine These des „belastungsreicheren“ Alltags der „institutionsauffälligen“ Jugendlichen. So geben die Jugendhilfejugendlichen in fast allen Lebensbereichen höhere Belastungen an. Vergleicht man die einzelnen Bereiche, so fällt auf, daß das Jugendhilfeklientel sich vor allem im Schulbereich überproportional, beispielsweise durch Leistungsanforderungen und soziale Konflikte mit LehrerInnen und MitschülerInnen belastet fühlt, (71,1% zu 18% bei den Repräsentativjugendlichen), gefolgt von der Wohnumwelt, den familialen und sozialen Bedingungen. Diese deutlichen Unterschiede zwischen den beiden Populationen zeigen sich auch in der Summe der Belastungen über mehrere Lebensbereiche hinweg (Tab. 3). Wesentlich mehr der Jugendhilfejugendlichen sind komplexer belastet.^x

Tab. 3: Belastungen über vier Lebensbereiche: Lern-Erwerbsstatus, Familie, soziale Umwelt, Wohnumwelt

	Jugendhilfe %	Repräsentativerhebung %
in keinem Bereich belastet	12,8	48,3
in einem Bereich belastet	29,8	34,2
in zwei Bereichen belastet	34,9	13,7
in drei Bereichen belastet	15,4	2,9
in vier Bereichen belastet	7,1	0,9
Gesamt	100% (N=312)	100% (N=649)

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Jugendlichen aus der Jugendhilfepopulation deutlich höhere Belastungswerte erreichen. Diese Ergebnisse verweisen auch auf die enorme Bedeutung die diese unter einer entwicklungsbezogenen Perspektive haben. Kommen nun neben den entwicklungsbedingten Belastungen dieser Altersgruppe noch weitere Belastungen aus der alltäglichen Lebenswelt der Jugendlichen hinzu, führt dies zu einer Streß-

akkumulierung. Wie die folgende Tabelle zeigt, steigt die Zahl der psychosomatischen und psychischen Streßsymptome mit der Belastung in den Lebensbereichen.

Tab. 4: Zusammenhang zwischen Belastungen aus den Lebensbereichen und psychische und psychosomatische Streßbelastungen^{xi} (Skala 1-4) (N=226)^{xii}

Belastungen in Lebensbereichen	in keinem	in einem Bereichen	in zwei Bereichen	in drei Bereichen	in vier Bereichen
Mittelwert Streßbelastungen	1,94	2,54	2,48	3,15	3,70

Verunsicherungen und Belastungen in einem Lebensbereich können, wie Pearlin (1989: 167) ausführt, durch die Interdependenz menschlicher Lebenszusammenhänge, fast wie mit einer Art Hebelwirkung Probleme und Störungen in anderen Lebensbereichen hervorrufen. Dieses Verständnis multipler Stressoren ist für das Verständnis des Zusammenwirkens von Streß und Gesundheit besonders wichtig.

4. Zur Bedeutung des Kohärenzsinns für die Gesundheit von (benachteiligten) Jugendlichen

Allerdings gibt es auch Jugendhilfejugendliche, die trotz ähnlicher sozialer Lage und Belastungen in den Lebensbereichen Arbeit, Familie und Schule, deutlich weniger gesundheitliche und psychische Probleme aufweisen. Diese Gruppe der befragten Jugendlichen / jungen Erwachsenen gerät dann in den Blick, wenn man nicht nur nach den Risiken fragt, sondern die Aufmerksamkeit auch auf die, wie Antonovsky (1979, 1987) es vorschlägt, salutogenen Kräfte richtet, auf all jene Widerstandsressourcen, die die Selbsthilfefähigkeiten stärken und die das erfolgreiche Bewältigen von alltäglichen Anforderungen unterstützen. Antonovsky (1979, 1987) betrachtet den Sense of Coherence als Schlüssel in seinem komplexen Modell der Salutogenese, da dieser letztendlich darüber entscheidet, ob und wie ein Mensch fähig ist, die allgemeinen Widerstandsressourcen zum Ausbalancieren von gesundheitsbedrohenden Belastungen einzusetzen. Diese Widerstands-ressourcen (physische, materielle, personale, soziale) stellen zum einen ein Potential, ein Möglichkeitsspektrum für die erfolgreiche

Bewältigung von Belastungen dar und sie vermitteln zum anderen dem Subjekt Erfahrungen, die die Ausbildung eines hohen Kohärenzerlebens ermöglichen. Ein starkes Gefühl der Kohärenz macht im Modell von Antonovsky (1979, 1990), eine erfolgreiche Bewältigung von Belastungen wahrscheinlich, da es zielgerichtet auf die zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen zurückgreift und die Wiederherstellung einer dynamischen Balance bzw. Homöostase ermöglicht. Damit reduziert sich nach dem (Streß-)Verständnis von Antonovsky (1979: 71ff) die durch Stressoren/Belastungen hervorgerufene Spannung und verhindert die Entstehung von (pathogenem) Streß und fördert damit Gesundheit. Dieser Prozeß dient, wie Mussmann et al. (1993: 9) es formulieren, „dem ‘eigentlichen’ Zweck der Salutogenese, nämlich der Selbstorganisation und Selbsterneuerung des gesunden Systems Individuum.“

Ergebnisse zur Höhe des Kohärenzsinn: Der durchschnittliche Gesamtscore des Kohärenzsinn liegt bei den 16-24jährigen Jugendhilfejugendlichen bei 55,1. Die jungen Frauen haben mit 53,2 einen etwas niedrigen SOC als die jungen Männer mit 56,3 (sign. $P < .05$). Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem anderer Studien, haben die Jugendlichen aus der Jugendhilfepopulation einen etwas niedrigeren Kohärenzsinn (vgl. Antonovsky, 1993, Sagy, 1997). Allerdings ist ein direkter Vergleich schwierig, da Alter, Schulbildung und Nationalität^{xiii} nicht direkt vergleichbar sind.

Kohärenzsinn und Gesundheit: Antonovsky geht davon aus, daß die Höhe des Sense of Coherence die gesundheitliche Befindlichkeit beeinflusst. Als Indikatoren für gesundheitliche Belastungen wurden die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und die psychischen bzw. psychosomatischen Streßsymptome genommen, die sich als besonders relevante Belastungen in der Adoleszenz erwiesen haben. Zwischen diesen Gesundheits-Krankheitsindikatoren zeigt sich ein Zusammenhang in der erwarteten Richtung.

- Subjektive Gesundheitseinschätzung: Je besser die Einschätzung des Gesundheitszustandes der jungen Frauen wie auch jungen Männer ist, desto höher ist der Kohärenzsinn.

Tab.5: Subjektive gesundheitliche Einschätzung und Höhe des Kohärenzsinn (N=377)

Einschätzung des Gesundheitszustands	weiblich**			männlich***		
	N	MW	Std.D	N	MW	Std.D
sehr gut/gut	68	57,54	13,56	157	58,86	11,51
zufriedenstellend	52	49,67	11,63	52	51,46	12,61
weniger gut/schlecht	25	48,72	15,23	23	50,00	12,01

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Der gleiche Zusammenhang zeigt sich, wenn man die Jugendlichen fragt, wie sie ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Gleichaltrigen sehen. Jugendliche mit einem höheren Kohärenzsinn schätzen ihn deutlich besser ein.

- SOC und gesundheitliche Belastungen: Auch hier zeigt sich der erwartete Zusammenhang. Je höher der gemessene Sense of Coherence ist, desto weniger psychosomatische Streßsymptome und auch Demoralisierungssymptome nennen die Jugendlichen. Dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen.

Tab. 6: Kohärenzsinn und gesundheitliche Belastungen

Kohärenzsinn (dichotomisiert)	Mittelwert psychosomatische Streßsymptome		Mittelwert „Demoralisierung“ (psychischer Streß)	
	N weiblich** *	N männlich** *	N weiblich** *	N männlich***
niedriger	75 10,82	89 7,8	62 56,12	90 46,80
höherer	60 7,13	118 5,2	54 33,0	10 25,56 0

* p≤.05 **p≤.01 ***p≤.001

Der SOC und die beiden Streßskalen zeigen einen deutlichen Zusammenhang. Der SOC Gesamtscore korreliert mit den psychosomatischen Streßsymptomen mit - 0,47 (p<.001) und dem Demoralisierungsscore mit - 0,68 (p<.001). Wie ist nun dieser deutliche Zusammenhang zu erklären? Geht man von Antonovskys Theorie aus, dann wirkt der Sense of Coherence in Belastungszusammenhängen als generalisierte Bewältigungskompetenz. Er beeinflusst das Spannungsmanagement positiv und führt dann, wie in unserem Beispiel, zu weniger psychosomatischen Streßreaktionen. Denkbar und in einem Querschnittsdesign nicht beantwortbar ist natürlich auch die umgekehrte Möglichkeit, daß hohe psychosomatische Belastungen den SOC schwächen. Bei der Frage des Zusammenhangs mit der Demoralisierung, stellt sich zusätzlich die Frage, ob der hohe Zusammenhang sich nicht dadurch erklärt, daß beide Instrumente etwas ähnliches messen bzw. aufgrund von Gemeinsamkeiten auf der Itemebene sich erklären (vgl. Sagy, 1997: 1777). Um letzteres zu klären, wurden schrittweise jene 4 Items aus der Demoralisierungsskala ausgeschlossen, die die größten inhaltlichen Nähen zu den Items der 13-SOC-Skala aufweisen.^{xiv} Reliabilitätsanalysen ergaben zwischen der ursprünglichen 27 Item umfassenden und der neugebildeten 23 Itemskala nahezu keinen Unterschied (Cronbach's alpha 0,94 zu 0,93). Und auch die Korrelation blieb nahezu unverändert bei 0,6899 zu 0,6816, so daß die Erklärung der hohen Korrelation durch gleiche/ähnliche Items als eher unwahrscheinlich gelten kann.

Plausibler erscheint uns in bezug auf die theoretischen Annahmen der Konstrukte zum einen, daß beide das subjektiv empfundene Ungleichgewicht zwischen Anforderung und Bewältigungsmöglichkeiten vom jeweils anderen Pol her beschreiben, der SOC aber zum anderen stärker handlungsorientierte allgemeine Kompetenzen der Bewältigung mißt,

während die PERI-Skala stärker auf psychische Folgen von Stressoren abhebt. Jedoch bedarf es, wie auch Geyer (1997: 1777) feststellt, noch mehr systematischen Wissens über die Beziehung des SOC zu Gesundheitsmaßen wie beispielsweise der Demoralisierungsskala.

Der Vergleich der Jugendhilfepopulation mit der repräsentativen Gruppe hat auch gezeigt, daß ein wichtiger Erklärungsfaktor für das unterschiedliche Ausmaß an gesundheitlichen Beschwerden in den höheren lebensweltbezogenen Belastungen zu suchen ist. Nach der Theorie des SOC müßte er sich als wichtige intermediäre Variable im Zusammenhang zwischen Grad der Belastung aus den Lebenswelten und psychosomatischen und psychischen Beschwerden erweisen. Auch dieser Zusammenhang läßt sich anhand der Daten bestätigen. Zum einen weisen Jugendhilfejugendlichen die keine Belastungen haben die höchsten SOC Werte auf, jene die in allen Lebensbereichen Belastungen nennen die niedrigsten Werte. Zum anderen senkt aber ein hoher SOC bei jedem Belastungsgrad den Mittelwert der genannten psychosomatischen und psychischen Streßsymptome (vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Zusammenhang zwischen Belastungen aus den Lebensbereichen, Kohärenzsinn und psychische und psychosomatische Streßsymptome^{xv} (N=226).

Kohärenzsinn (Quartile)	Belastungen in den Lebensbereichen				
	in keinem	in einem	in zwei	in drei	in vier
sehr niedrig	-	3,57	3,55	3,92	3,91
niedrig	3,43	2,56	2,52	3,28	3,75
höher	2,00	2,72	2,26	2,5	-
sehr hoch	1,12	1,53	1,83	1,33	-

Was aber kennzeichnet nun Jugendliche mit einem hohen bzw. niedrigen Sense of Coherence? Wie wirken die einzelnen Dimensionen des SOC im Bewältigungshandeln? In welcher Form „hilft“ ein hoher SOC bei adoleszenzspezifischen Entwicklungsprozessen? Diese Fragen sollen im folgenden mit dem Material der qualitativen Interviews anhand von drei Fallanalysen verdeutlicht werden.

5. Fallanalysen von institutionsauffälligen Jugendlichen mit unterschiedlich hohem Kohärenzsinn

Die drei Jugendlichen, die im folgenden exemplarisch vorgestellt werden, sind zwischen 17 und 18 Jahre alt. Sie waren zur Zeit des Interviews stark mit den identitätsbezogenen Fragen "wer bin ich" und "wer möchte ich sein" beschäftigt, die bei ihnen starke Gefühle der Unsicherheit auslösten.^{xvi} Allen gemeinsam ist, daß ihre Biographien einige Brüche aufweisen.

Kati lebt nach der Scheidung der Eltern im letzten Jahr bei der Mutter. Die Beziehung zu den Eltern ist eher gespannt, zur kühlen rationalen Mutter wie auch zum "psychisch krank" etikettierten Vater. Ihre beste Freundin hat sie durch den mit der Scheidung verbundenen Umzug verloren, neue wirkliche Freunde hat sie keine gefunden.

Kati hat diffuse Ängste vor Situationen, die Enttäuschungen bzw. für sie negative Gefühle bedeuten könnten. Sie sagt, man kann sich nie sicher sein, daß man verletzt wird. Damit sie nicht krank wird, muß sie sich aber ihrer Vorstellung nach vor Belastungen schützen. Sie versucht dies zu tun, in dem sie alle Situationen vermeidet, in denen sie enttäuscht werden könnte, und sie wappnet sich gegen Enttäuschungen: Sie schraubt ihre Erwartungn herunter und sie versteckt sich in sozialen Situationen: Sie sagt selten etwas, zeigt anderen wenig Gefühle, zieht sich ganz zurück. Gleichzeitig wächst ihre Selbstkritik, denn sie möchte nicht so sein, wie sie ist. Wenn sie schwierige Situationen nicht verhindern kann, wie die Scheidung der Eltern dann "hadert" sie, wie sie sagt mit ihrem Schicksal. Sie selbst sieht, daß ihre "Sicherungsstrategie" dazu führt, daß sie dadurch auch weniger positive Erfahrungen macht, aber sie schafft es nicht, dieses Muster zu durchbrechen. Auch ihre jetzige Lebenssituation bietet dazu im Moment keine Möglichkeitsräume.

Alex lebt bei seiner Mutter. Die Beziehung zu ihr beschreibt er als eher schlecht. Sie ist sehr verschlossen, es gibt kein Lob und keine Streicheleinheiten. Der Vater, alkoholabhängig und gewalttätig hat die Familie vor 13 Jahren verlassen. Er hat etliche Freunde aus zwei Szenen: Raver und die "Bronx-Gang" wie er sie bezeichnet. Alex fühlt sich durch neue Situationen

schnell verunsichert. Er kann sich, wie er sagt, nur schwer auf neue Situationen einstellen die Erwartungen an ihn, die damit verbunden sind, antizipieren und auch danach handeln. Um sich sicher fühlen zu können, sagt er, braucht er Situationen, die klar strukturiert sind, wie Schule oder Bundeswehr. Der Verlust seines Jobs hat ihn tief getroffen und seine Lebenslust, die, wie er meint, von Erfolgen abhängt, sehr reduziert. Er empfindet seinen Alltag als ziemlich sinnlos und langweilig. Er hat zwar eine neue berufliche Perspektive entwickelt, er will die mittlere Reife bei der Bundeswehr nachmachen, zweifelt aber immer wieder daran, daß er es schafft. Auch seine Clique ändert wenig an seinen Selbstzweifeln. Hier versucht er durch die Anpassung an äußere Gruppennormen, die nicht seine eigenen sind dazuzugehören. Er trägt die "geforderten" teuren Raverklamotten, er macht mit bei Schlägereien gegen andere Gangs, die ihm aber nichts bedeuten, und er geht öfter als es ihm Spaß macht auf Raveparties, tanzt 72 Stunden durch und nimmt Drogen damit er "in" ist und es auch bleibt. Methaphorisch drückt sich diese "Sicherungsstrategie" in seinem Körperbezug aus: er macht Kampfsport damit seine Muskeln alle Schläge (wohl auch die des Lebens) abwehren können, ihn unverwundbar machen.

Kevin war, wie er sagt ein richtiges Muttersöhnchen, er hatte kaum Freunde, er hatte Schulschwierigkeiten und litt unter Angst und psychosomatischen Beschwerden. Die Beziehung zu seiner Mutter ist heute eher negativ, er hofft, daß sie, wie angekündigt, bald auszieht. Die Beziehung zu seinem Vater ist jetzt dagegen von Vertrauen geprägt, auch wenn sie teilweise durch den zu hohen Alkoholkonsum des Vaters getrübt ist.

Kevin hat auch heute noch Angst vor "unklaren Situationen bzw. Anforderungen". Eine solche stellt zur Zeit seine Rolle als Mann für ihn dar. Einerseits sieht er sich als der Starke, als Beschützer der Frau, andererseits spürt er auch seine eigenen Gefühle und Verletzlichkeiten.

Im Unterschied zu Kati und teilweise auch zu Alex versucht Kevin aktive Lösungswege. Einer ist beispielsweise in dem er in einem Phantasyspiel, das er seit Monaten mit seinen Freunden spielt, bewußt die Rolle einer Frau übernommen hat. Die Beziehung zwischen den Freunden ist durch diese Spielregeln festgelegt und erlaubt ihm, im Sinne eines "Probehandelns" ohne "Risiko" neue Erfahrungen zuzulassen und auszuprobieren.

Auch die Beziehung zu seiner ersten Freundin hat ihn verunsichert, da es für das Zusammenleben keine allgemein geteilten Regeln mehr gibt. Seine Zwischenlösung war, daß er sie nach dem von ihm so benannten „keltischen Ritus geheiratet“ und sich damit Regeln für die Gestaltung ihrer Beziehung geschaffen hat. Typisch für Kevin ist auch, daß er den beruflichen Abstieg vom Gymnasium in die Realschule eher positiv sieht. Er hat eine berufliche Perspektive entwickelt, zu der seine jetzige Schulform genau geeignet ist. Außerdem hat er dort in relativ kurzer Zeit auch Freunde und seine Freundin gefunden.

Die drei Beispiele zeigen Adoleszente mit einem unterschiedlich hohen Sense of Coherence. Antonovsky (1987) hat den Kohärenzsinn als eine globale affektiv-kognitive Orientierung definiert, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchgehendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, daß

- 1) die Ereignisse der inneren und äußeren Umwelt strukturierbar, vorhersehbar und erklärbar sind (comprehensibility),
- 2) die Ressourcen verfügbar sind, die man dazu braucht, um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden (manageability) und,
- 3) daß diese Anforderungen dafür Wert gehalten werden, sich anzustrengen und zu engagieren (meaningfulness).

Analysiert man nun die Alltagsstrategien dieser drei Adoleszenten unter den drei Dimensionen, die Antonovsky für den Sense of Coherence angenommen hat, so finden sich diese in den Fallgeschichten relativ genau wieder. Auf die Fallgeschichten bezogen zeigt sich:

Auf der Sinnebene (meaningfulness): Kati und Axel finden in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation eher wenig Sinn. Kati ist von dem, was sie tut, oft gelangweilt, unzufrieden und hat keine Wünsche, Träume an die Zukunft, außer die Hoffnung, daß nach dem Schulabschluß eine geeignete Lösung kommt. Alex hat sich zwar eine neue Perspektive erarbeitet, die er allerdings nicht alleine und bald verwirklichen kann. Er ist abhängig davon, ob die gewählte Perspektive auch von außen (von der Bundeswehr) ermöglicht wird. Seinen gegenwärtigen Alltag findet er „stinklangweilig“ und sinnlos. Kevin dagegen ist überzeugt, daß sein

gegenwärtiges Leben äußerst lebenswert ist und auch seine Zukunftsperspektiven seinem Leben einen Sinn geben. Es ist genau das, was zu ihm paßt und was er tun bzw. wie er sein möchte.

Auf der Ebene der Bewältigung (manageability): Alex befürchtet daß er seine Ziele nicht verwirklichen kann, daß er nicht durchhalten kann bzw. alles anders kommt, als er sich das vorstellt. Er sagt von sich selbst, daß er intelligent genug ist (also hier Ressourcen hat), aber zu dumm ist, diese für seine Ziele zu nutzen. Kati sieht nur ihre Defizite (zu schüchtern, zu wenig eindeutig begabt), nicht ihre Stärken (sie ist intelligent, pflichtbewußt, musisch, künstlerisch begabt). Durch ihre Strategie kann sie kaum Erfahrungen des Gelingens, des Erfolgs machen, da sie sich keine richtigen Ziele steckt bzw. von vornherein ihre Erwartungen minimiert. Kevin dagegen ist überzeugt, daß er die Ziele, die er sich gesteckt hat, auch erreichen kann und er die Energie hat, sich dafür einzusetzen. Er vertraut dabei - und dies unterscheidet ihn von Alex und Kati - auch auf die Hilfe seiner Freunde bzw. seiner Freundin. Hier macht er Erfahrungen, die seine "inneren" (Widerstands-)Ressourcen stärken.

Auf der Ebene der Verstehbarkeit (comprehensibility): Kati und Kevin beide versuchen den Umgang mit Gefühlen, die ihnen Angst machen, sie verletzen könnten zu vermeiden. Kati zieht sich in sich selbst zurück. Sie versucht, alle „unsicheren“ Situationen zu vermeiden, da sie, wie sie meint, Situationen nur schwer einschätzen kann und sie sich nie sicher sein kann, was passieren wird. Auch Alex ist oft von Situationen und deren Bedeutung überrascht. Alex wünscht und arbeitet an einem "Panzer", der ihn unverwundbar macht bzw. versteckt sich hinter Äußerlichkeiten und hat so wenig Chancen, sich selbst in Situationen zu testen und daraus zu lernen. Kevin dagegen hat sich aktiv "Bereiche" mit eigenen Regeln geschaffen. In diesen fühlt er sich „sicher“ und wohl. Er kann darin Erfahrungen machen, die ihm helfen werden, auch andere, neue Situationen besser einschätzen und mit ihnen umgehen zu können.

Tab.7: Höhe des Kohärenzsинns (Mittelwerte) von Kati, Axel, Kevin.

	Kati	Alex	Kevin	Mittelwert t2 (N=51)
Kohärenzsинn gesamt	38	47	78	54,7
Sinnhaftigkeit (meaningfulness)	13	13	28	18,6
Machbarkeit (manageability)	11	15	20	15,9
Verstehbarkeit (comprehensibility)	14	19	30	20,2

Offensichtlich spielen die von Antonovsky angenommenen Dimensionen des Kohärenzsинns in ihrem Zusammenspiel bei der Streßbewältigung eine bedeutende Rolle. Allein die Sinnfrage scheint nicht ausreichend, wie das Beispiel von Alex zeigt, es müssen auch Möglichkeitsräume bzw. das subjektive Gefühl vorhanden sein, diese Perspektiven auch umsetzen zu können und dies auch zu wollen.

6. Fazit

Zusammenfassend möchte ich zwei Ergebnisse hervorheben. Erstens, die Gruppe Jugendlicher, die untersucht wurde, ist im klassischen Sinn weder eine Risiko-, noch eine subkulturelle Gruppe. Diese Jugendlichen können nicht charakterisiert werden durch ein einziges Handicap, wie etwa Armut oder ethnische Minderheit oder durch typische Verhaltensmuster wie Widerstand oder Protest. Ihre Situation ist stattdessen geprägt durch eine besondere Mischung von lebensweltlichen Risikofaktoren (niedrigere Bildung, Scheidungen der Eltern, weniger materielle Ressourcen), die die Bewältigung der in dieser Altersphase anstehenden Entwicklungsaufgaben zusätzlich erschweren. Im Vergleich der Jugendhilfepopulation mit den Jugendlichen der Repräsentativuntersuchung äußerte sich dies in einer größeren gesundheitlichen Belastung. *Insgesamt erwiesen sich dabei für die Adoleszenz, die entwicklungs-dynamisch gesehen durch eine Vielzahl von Veränderungen, Umstrukturierungen und notwendigen Anpassungsprozessen charakterisiert werden kann, die*

psychischen und psychosomatischen Beschwerden als besonders relevant. Diese gesundheitlichen Belastungen "können als Ausdruck der Überbeanspruchung dieser Altersgruppe gewertet werden. Kinder und Jugendliche sind mit zahlreichen Belastungssituationen in Familie, Schule, Freizeit und öffentlichem Leben konfrontiert. Gelingt ihnen die Auseinandersetzung mit diesen Stressoren nicht, dann werden ihre körperlichen und psychischen Kräfte überstrapaziert und es kann zu unproduktiven Verläufen des weiteren Gesundheits- und Persönlichkeitsprozesses kommen." (Kolip et al., 1995a: 15).

Zweitens erwies sich unter einer salutogenen Perspektive der Kohärenzsinn als wichtige generalisierte Bewältigungsressource. Die Ergebnisse zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus (psychosomatische Stresssymptome und psychische Belastung) und der Höhe des Kohärenzsinn. Zur Beantwortung der Frage, inwieweit der Kohärenzsinn, wie Antonovsky annimmt für die Ebene physischer Erkrankungen eine ebenso wichtige Ressource darstellt wie für die psychische Ebene, dazu bedarf es allerdings noch weiterer Klärungen.

Die qualitativen Analysen geben darüber hinaus Anlaß zu vermuten, daß dem Kohärenzsinn unter gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen eine besondere Rolle bei der (Identitäts-) Entwicklung von Jugendlichen bzw. der Bewältigung von Handlungsaufgaben zukommt. Gegenwärtige Lebensverhältnisse westlicher Jugendlicher sind geprägt von gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen und deren ambivalenten Konsequenzen. Der mit diesen Entwicklungen einhergehende Verlust von gesicherten und tradierten Lebensformen bietet immer weniger an Orientierungskraft. Kinder und Jugendliche wachsen in eine Welt hinein, die an Eindeutigkeit und Klarheit verloren hat. Dies bedeutet zwar einerseits die Befreiung von vorgegebenen und zwanghaften Lebensstilangeboten (vgl. Beck, 1986, Beck-Gernsheim, 1994). Für die Bewältigung der in der Adoleszenz anstehenden Handlungsaufgaben und Identitätsfragen, "wer bin ich, wer möchte ich überhaupt sein?", erfordert aber gerade diese Freiheit von den Jugendlichen ein besonderes Maß an Reflexivität, Selbstverantwortung und Eigenaktivität. Sie müssen sich zwischen den verschiedenen Lebensstilangeboten, Wertvorstellungen und Möglichkeiten orientieren, entscheiden und eigenständige Identitätsprojekte entwickeln. Wie Keupp (1993, 1995) bemerkt, machen das Nebeneinander vielfältiger Lebensstile, die

Optionalität beruflicher und schulischer Wege und die gesellschaftlich favorisierten wie auch selbst gewählten hohen und mobilen Leistungsanforderungen bei Jugendlichen ein Bündel an Fähigkeiten und Kompetenzen notwendig. Unter den gegebenen Bedingungen des Aufwachsens sind vor allem Fähigkeiten gefragt, die dem Jugendlichen helfen, Entscheidungen autonom treffen zu können, die Übersicht auch über unübersichtliche Prozesse zu gewinnen, Ambivalenzen auszuhalten und Erfahrungen des Nicht-Gelingens produktiv zu verarbeiten. Hinzu kommen vor allem noch soziale Fähigkeiten des Aushandelns, da aufgrund der Erosion der traditionellen Werte und der gestiegenen Optionalität gerade auch alltägliche Handlungen keineswegs selbstverständlich vorgegeben sind, sondern mit den jeweiligen Anderen erst ausgehandelt werden müssen. Je mehr an Kompetenzen und Ressourcen ein Jugendlicher zu dieser eigenbestimmten Lebensgestalt mitbringt, desto größer sind seine Chancen, auch in Zeiten raschen gesellschaftlichen Wandels die jugendspezifischen Handlungsaufgaben zu bewältigen. Je weniger er über diese Kompetenzen verfügt, desto eher kommt es auch zu Störungen in der Gesundheit. Dem Kohärenzsinn kommt bei der Bewältigung der gestellten Anforderungen unter den gegenwärtigen, veränderten Bedingungen des Aufwachsens eine besondere Rolle zu. In einer Gesellschaft, die für die individuelle Entwicklung nicht ausreichende Sicherheiten zur Verfügung stellt, die Ambivalenz zu einer umfassenden Erfahrung macht, beweist sich der Kohärenzsinn offensichtlich als wesentliche Kompetenz. Der Kohärenzsinn unterstützt die Selbstorganisationsprozesse, er befähigt Jugendliche für sich selbst „Sicherheit“ herzustellen, und Ambivalenzen können somit nicht nur als Problem sondern auch als Herausforderung verstanden werden.

ⁱ Die empirischen Daten entstammen dem Forschungsprojekt: „Gesundheitsrisiken und Gesundheitsbewußtsein von institutionsauffälligen Jugendlichen“ das zwischen 1994 und 1996 im Rahmen des Münchner Public- Health-Forschungsverbundes durchgeführt wurde von: H. Dill, R. Gugutzer, M. Haberlandt, R. Höfer, H. Keupp, R. Seitz und F. Straus.

ⁱⁱ Sie waren entweder in Erziehungsberatung, in Projekten der Schulsozialarbeit beziehungsweise der Berufsbezogenen Jugendhilfe, sie hatten Erziehungsbeistände oder sie wurden von der Jugendgerichtshilfe betreut.

ⁱⁱⁱ Der Fragebogen für die jüngeren (12-15) war etwas kürzer und enthielt bestimmte komplexere Fragebereiche (wie beispielsweise die Fragen zum SOC) nicht.

^{iv} Der Rücklauf betrug 72% und ist für diese Gruppe als gut zu bewerten.

^v Den qualitativen Interviews lag ein thematischer Leitfaden zu den Themenbereichen Alltag, Körperentwicklung, Gesundheitsverhalten sowie zum Gesundheitsbewußtsein zugrunde. Jeder Themenbereich wurde mit einer narrativen Frage eingeleitet, um den Jugendlichen Gelegenheiten zu geben ihre eigenen Schwerpunkte zu setzen. Dies war vor allem notwendig, da wir davon ausgingen, daß das Thema Gesundheit und Krankheit bei den Jugendlichen nicht gleichermaßen präsent und expliziter Gegenstand ihres Alltagsbewußtseins war. Nur wenn wichtige Themen von den Jugendlichen nicht selbst thematisiert wurden, wurden sogenannte „Pflichtfragen“ gestellt.

^{vi} Diese Untersuchung zum „Risikoverhalten Jugendlicher“ wurde ebenfalls im Rahmen des Münchner Forschungsverbunds Public-Health von Infratest München durchgeführt. Die Daten der repräsentativen Erhebung Münchener Jugendlicher (Biogramm) stehen als Public Use File zur Verfügung und dienen als Vergleichsgrundlage für die gesundheitlichen Belastungen der „institutionsauffälligen“ Jugendlichen. Da sich die beiden Populationen bezüglich des Alters und der Geschlechterverteilung unterschieden, wurde zur besseren Vergleichbarkeit eine *Gewichtung der Repräsentativstichprobe* vorgenommen. Im folgenden beziehen sich alle Aussagen in Bezug auf die Repräsentativstichprobe auf **deutsche Jugendliche**, die bezogen auf Alter und Geschlecht der Jugendhilfegruppe angeglichen wurde. Die Vergleichsstichprobe betrug in der Jugendhilfe N=426 und für die Repräsentativerhebung N=805.

^{vii} Die verwendete „Symptom-Checkliste“ wurde von der Bielefelder Jugendstudie übernommen [vgl. 12, 28]. Die Beschwerdeliste wurde aus der 22-Item-Mental Health-Skala, die in der mittlerweile als klassisch zu bezeichnenden Midtown-Manhattan-Studie verwendet wurde, abgeleitet. Sie wurde als Index „psychophysiologischer Symptome“ nach Gurin, Veroff & Feld (1960) modifiziert (vgl. Holler-Nowitzki, 1994: 140).

^{viii} In der Demoralisierung drücken sich zwar nicht im eigentlichen Sinne psychische/psychiatrische Erkrankungen aus, aber der Grad der Demoralisierung ist ein wichtiger Indikator für Distress in der Bevölkerung und ein wesentlicher Faktor für die Nachfrage bzw. den Bedarf an professioneller Hilfe [vgl. Frank, 1973: 278, Link et al., 1980: 117].

^{ix} Diese Beschwerdegruppen wurden mittels einer Faktorenanalyse aus der Beschwerdeliste ermittelt. Die gewählten Oberbegriffe, die auf möglichst viele der jeweiligen Einzelbegriffe zutreffen sind deskriptiv und nicht mit Diagnosen gleichzusetzen. Unter dem Begriff „psychovegetativen Beschwerden“ subsumieren sich beispielsweise Einzelbeschwerden wie : Hitzewallungen, Schweißausbrüche, starkes, Herzklopfen, Zittern der Hände; unter dem Begriff „physiologische Beschwerden“ Einzelbeschwerden wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Schwindelgefühl, Frösteln, Frieren ohne Grund, Schlafstörungen, Erschöpfung-und Ermüdungszustände; unter dem Begriff „bereichsspezifische Beschwerden“ Einzelbeschwerden wie Schulter, Kreuz- bzw. Rückenschmerzen .

^x Nachdem es für den Vergleich keine objektiven Normwerte als Ausgangsmaß geben kann, haben wir die Jugendhilfestudie an der Repräsentativstudie normiert. Als Cut-off Wert wurde hier jeweils der Summenwert der Repräsentativstudie gewählt, der am nächsten zur 75% Marke lag. Als belastet wurde somit jeder/jede gewertet, der/die bei der Repräsentativstudie im obersten Quartil der Belastungen liegt.

^{xi} Hier wurde eine gemeinsame Skala von VPSO und PERI gebildet (1= sehr niedrige psychosomatische und psychische Streßsymptome zu 4= hohe psychosomatische und psychische Streßsymptome)

^{xii} Einbezogen wurden hier nur jene 226 16-24jährigen, für die später (siehe Tab. 6) auch Daten zum Zusammenhang zum SOC vorliegen.

^{xiii} Antonovsky geht zwar davon aus, daß die SOC- Skala ein kulturunspezifisches Instrument ist, systematische Vergleiche liegen aber m.E. nicht vor. Wenn, dann gelten sie nur für westliche Gesellschaften. Ein Vergleich mit der Repräsentativerhebung ist leider nicht möglich, da diese Studie vorwiegend an Risikoprofilen interessiert war und den SOC nicht erhoben hat.

^{xiv} Ausgeschlossen wurde beispielsweise das PERI-Item „Gab es Zeiten, in denen Sie das Gefühl hatten alles sei sinnlos?“ wegen der Nähe zu dem SOC-Item „Wie oft haben Sie das Gefühl, nur sinnlose Dinge zu tun?“

^{xv} Hier wurde eine gemeinsame Skala von VPSO und PERI gebildet (1= sehr niedrige psychosomatische und psychische Streßsymptome zu 4= hohe psychosomatische und psychische Streßsymptome)

^{xvi} Die Interviews wurden ca. ein Jahr nach der schriftlichen Befragung durchgeführt. Die Auswertung erfolgte anhand von Einzelfallstudien und inhaltsanalytisch anhand eines Auswertungsleitfadens.

Literatur:

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey - Bass Inc.
- Antonovsky, A. (1990). Pathways leading to Successful Coping and Health. In M. Rosenbaum (Hrsg.), *Learned Resourcefulness*. New York: Springer Publishing Company, 31-63.
- Antonovsky, A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*. Great Britain: Pergamon Press, 36, 725-733.
- Beck, U. (1986). *Die Risikogesellschaft- Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Beck-Gernsheim, E. (1994). Individualisierungstheorie: Veränderungen des Lebenslaufs in der Moderne. In H. Keupp (Hrsg.), *Zugänge zum Subjekt*. Frankfurt: Suhrkamp, 125-146.
- Compas, B.E., Orosan, P.G., Grant, K.E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349.
- Dohrenwend, B.P., Levav, I., Shrout, P.E. (1980). Screening scales from the Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI). (Unpublished Manuscript)
- Engel, U., Hurrelmann, K. (1993). *Was Jugendliche wagen*. Weinheim, München. Juventa
- Fichter, M.M. (1990). Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. In Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: The John Hopkins Press.
- Geyer, S., (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 33, 1771-1779.
- Gurin, G., Veroff, J., Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.

-
- Holler-Nowitzki, B. (1994). Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Weinheim und München: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1990). Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim und Basel: Beltz
- Jugend- Gesundheit. Schwerpunktbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsreferats der Landeshauptstadt München. (1997). München
- Keupp, H. (1993): Aufrecht gehen lernen in einer Welt riskanter werdender Chancen. Eine Empowermentperspektive für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 140, 52-55.
- Keupp, H. (1995). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Jugendalter - Eine salutogenetische Perspektive. Referat.
- Kolip, P, Hurrelmann, K., Schnabel, P.E. (1995a). Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.E. Schnabel (Hrsg.), Jugend und Gesundheit. Weinheim und München: Juventa, 7-21.
- Kolip, P., Nordlohne, E., Hurrelmann K. (1995b): Der Jugendgesundheitssurvey 1993. In: P. Kolip, K. Hurrelmann & E.Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim- München: Juventa, 25-48.
- Link, B., Dohrenwendt, B.P. (1980). Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States. In: B.P. Dohrenwendt, B. Snell Dohrenwendt, M. Schwartz Gould, B. Link, R. Neugebauer & R. Wunsch-Hitzig (Hrsg.), Mental illness in the United States: Epidemiological estimates. New York: Praeger Publishers.
- Mussmann, C., Kraft, U., Thalmann, K., Muheim, M. (1993). Die Gesundheit gesunder Personen. Eine qualitative Studie. Bericht Nr.2. Technische Hochschule Zürich. Institut für Arbeitspsychologie.
- Noack, H., Bachmann, N. Oliveri, M., Kopp, H.G., Udriș I.(1991). Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Autorisierte Übersetzung auf der Grundlage von Übersetzungen von B. Strub, W. Fischer-Rosenthal, W. Weiss und J. Sigrist. Bern.
- Pearlin, L. (1991). Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: der Streßprozeß. In B.Badura, T. Elkeles, B. Grieger, E. Huber & W. Kammerer (Hrsg.), Zukunftsaufgabe - Gesundheitsförderung. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag, 159-172.
- Rehm, J., Witzke, W., Fichter, M., Eiberger, T., Koloska, R. (1988). Was messen psychiatrische Skalen? Ein empirischer Vergleich. Diagnostica, 34, Heft 3, 227-243.
- Sagy, S. (1997). Effects of personal, family and community characteristics on emotional reactions in a stress situation: The Golan Heights negotiations. (Unpublished manuscript).
- Seiffge-Krenke, I. (1995). Psychische Störungen im Jugendalter. In P.Kolip, K. Hurrelmann & P.E. Schnabel. Jugend und Gesundheit . Weinheim-München: Juventa , 177- 204.
- Wagner, B.M., Compas, B.E., Howell, D.C. (1988). Daily and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. American Journal of Community Psychology, 16, 189-205.