

Moralische Urteilsfähigkeit als eine Determinante für Drogenkonsum bei Jugendlichen

Diplomarbeit
im Fachbereich Psychologie
der Universität Konstanz

vorgelegt von

Beke Lenz

betreut von

Herrn Prof. Dr. Georg Lind
Herrn Prof. Dr. Wilhelm Kempf

Konstanz, im April 2006

**Beke Lenz
St. Stefansplatz 1
78462 Konstanz
Matr.-Nr. 452507**

Meiner Mutter
Margitta Lenz (+2002)

Danksagung

Ich möchte mich ausdrücklich bei meinem Betreuer Prof. Dr. Georg Lind für das Interesse, die Begleitung und die vielen hilfreichen Anregungen und Diskussionen in allen Phasen dieser Arbeit ganz herzlich bedanken. Besonders hinsichtlich methodischer Probleme war auch der Rat von Prof. Dr. Wilhelm Kempf sehr hilfreich und willkommen.

Ganz besonders unterstützend und ermutigend waren die Gespräche mit Dr. Willi Nagl, der mir bei statistischen Fragen jederzeit geduldig zur Seite stand.

Für das Korrekturlesen und nahezu endlose Diskussionen bedanke ich mich ganz besonders auch bei meinem Bruder Gero und bei Jürgen Grote, ohne deren Kritik, Anregungen und Unterstützung ich nicht die nötige Distanz gefunden hätte, die trotz guter Kenntnis der Materie für das Abfassen einer insgesamt hoffentlich lesenswerten Arbeit unumgänglich war.

Monika Spohrs möchte ich an dieser Stelle für ihre Hilfsbereitschaft und Unterstützung während der letzten Jahre bedanken, die mir auch jenseits des Universitätskontextes über so manche Durststrecke hinweggeholfen hat.

Schließlich sei an dieser Stelle auch allen Jugendlichen gedankt, die sich bereit gefunden haben, an dieser Studie teilzunehmen.

INHALTSÜBERBLICK

Inhaltsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis	viii
Abbildungsverzeichnis	x
Abstract	xi
1 Einleitung	1
2 Theorie	3
3 Methode	15
4 Ergebnisse	22
5 Diskussion	50
6 Literaturverzeichnis	56
Anhang	60

INHALTSVERZEICHNIS

Tabellenverzeichnis	viii
Abbildungsverzeichnis	x
Abstract	xi
1 Einleitung	1
2 Theorie	3
2.1 Erklärungsansätze für Drogenkonsum	3
2.1.1 Moralische Einstellung	4
2.1.2 Kompetenztheorie: Konfliktbewältigung	5
2.2 Zwei-Aspekte-Theorie des moralischen Verhaltens	8
2.3 Moralische Urteilsfähigkeit im alltäglichen Leben	10
2.4 Welche Präventionsmaßnahmen ergeben sich aus den Erklärungsansätzen?	11
2.5 Theorien zur moralischen Entwicklung	12
2.6 Fragestellung und Hypothesen	13
3 Methode	15
3.1 Design der Untersuchung	15
3.2 Beschreibung der Stichprobe	15
3.3 Versuchsdurchführung	16
3.4 Die Untersuchungsinstrumente	17
3.4.1 Der MUT von Lind	17
3.4.2 Fragebogen zum Substanzkonsum	18
3.5 Statistische Auswertung	20

4 Ergebnisse	22
4.1 Verteilung des C-Wertes (moralische Urteilsfähigkeit)	22
4.2 Verteilung des Zigarettenkonsums	24
4.2.1 <i>Hypothese 1</i> : Zigarettenkonsum und moralische Urteilsfähigkeit	25
4.2.2 <i>Hypothese 2</i> : Zigarettenkonsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe	27
4.2.3 <i>Hypothese 3</i> : Zigarettenkonsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen	29
4.3 Verteilung des Binge-Drinkings	31
4.3.1 <i>Hypothese 1</i> : Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit	32
4.3.2 <i>Hypothese 2</i> : Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe	32
4.3.3 <i>Hypothese 3</i> : Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen	34
4.4 Verteilung der Rauscherlebnisse	36
4.4.1 <i>Hypothese 1</i> : Rauscherlebnisse und moralische Urteilsfähigkeit	36
4.4.2 <i>Hypothese 2</i> : Rauscherlebnisse und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe	37
4.4.3 <i>Hypothese 3</i> : Rauscherlebnisse und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen	38
4.5 Verteilung des Cannabis-Konsums	39
4.5.1 <i>Hypothese 1</i> : Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit	40
4.5.2 <i>Hypothese 2</i> : Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe	41
4.5.3 <i>Hypothese 3</i> : Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen	42
4.6 Soziale Konflikte aufgrund des Alkohol- oder Drogenkonsums	43
4.7 Die Ergebnisse aus anderer Perspektive: Anteile von Konsumenten	44
4.7.1 Anteile von Binge-Drinking	46
4.7.2 Anteile von Rauscherlebnissen	47
4.7.3 Anteile von Rauchern	48

5	Diskussion	50
5.1	Zentrale Ergebnisse	50
5.2	Methodendiskussion	53
5.3	Implikationen für Theorie und Praxis	54
6	Literaturverzeichnis	56
	Anhang	60

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1a: Verteilung der SchülerInnen nach Schule und Geschlecht – 9. Klasse	15
TABELLE 1b: Verteilung der SchülerInnen nach Schule und Geschlecht – 7. Klasse	16
TABELLE 2a: C-Wert (moralische Urteilsfähigkeit) nach Schulform – 9. Klasse	22
TABELLE 2b: C-Wert (moralische Urteilsfähigkeit) nach Schulform – 7. Klasse	23
TABELLE 3: Rauchertypen in Prozent nach Klassenstufe	24
TABELLE 4: Raucherstatus und moralische Urteilsfähigkeit	26
TABELLE 5: Raucherstatus und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe ...	27
TABELLE 6: Häufigkeiten belastender Lebensereignisse in Abhängigkeit von der Klassenstufe	29
TABELLE 7: Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen und Zigarettenkonsum	29
TABELLE 8: Verteilung von Binge-Drinking im letzten Monat nach Klassenstufe	31
TABELLE 9: Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit	32
TABELLE 10: Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe ...	33
TABELLE 11: Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen und Binge-Drinking	34
TABELLE 12: Rauscherlebnisse und Moralische Urteilsfähigkeit	36
TABELLE 13: Rauscherlebnisse und Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Klassenstufe	37
TABELLE 14: Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen und Trunkenheit	38
TABELLE 15: Cannabis: Konsumententypen nach Klassenstufe	40
TABELLE 16: Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit	41

TABELLE 17: Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Klassenstufe ...	41
TABELLE 18: C-Werte in Abhängigkeit von drogenbedingten Problemen	43
TABELLE 19: C-Werte in Abhängigkeit alkoholbedingter Probleme	44
TABELLE 20: Anteile an Konsumenten in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert	45
TABELLE 21: Anteile an Binge-Drinking in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert	46
TABELLE 22: Anteile an Trunkenheit in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert	47
TABELLE 23: Anteile an Rauchern in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert	48
TABELLE 24: Effektstärken der moralischen Urteilsfähigkeit	51
TABELLE 25: Effektstärken der Belastungen	52

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: C-Wert: Interaktion von Schule und Klasse	23
ABBILDUNG 2: Rauchertypen in Prozent nach Klassenstufe	25
ABBILDUNG 3: Raucherstatus und moralische Urteilsfähigkeit	26
ABBILDUNG 4: Raucherstatus und C-Wert in Abhängigkeit von der Klassenstufe	28
ABBILDUNG 5: Moralische Urteilsfähigkeit nach Belastungen und Raucherstatus	30
ABBILDUNG 6: Moralische Urteilsfähigkeit und Binge-Drinking nach Klassenstufe	33
ABBILDUNG 7: Moralische Urteilsfähigkeit nach Belastungen und Binge-Drinking	35
ABBILDUNG 8: Moralische Urteilsfähigkeit nach Belastungen und Rauscherlebnissen	39
ABBILDUNG 9: Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit vom Cannabis-Konsum	42
ABBILDUNG 10: Anteile von Konsumenten in % in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert	45
ABBILDUNG 11: Anteile von Binge-Drinking in % in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert	47
ABBILDUNG 12: Anteile von Betrunkenheit in % in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert	48
ABBILDUNG 13: Anteile von Rauchern in % in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert	49

Abstract

Vorliegende Studie geht der Frage nach, ob zwischen dem Konsum legaler und illegaler Substanzen und der moralischen Urteilsfähigkeit ein Zusammenhang besteht und ob dieser Zusammenhang in Abhängigkeit vom Alter und kritischen Lebensereignissen variiert. Sie basiert auf einer Untersuchung von 141 Jugendlichen, darunter 67 Siebtklässler und 74 Neuntklässler. Als Messinstrumente kamen der Moralische Urteils-Test (MUT) von Lind (2002) und ein selbst entwickelter Fragebogen zur Erfassung des Substanzkonsums zum Einsatz.

Die Studie zeigt, dass sich zwischen der siebten und neunten Klasse bezüglich des Substanzkonsums wichtige Veränderungen bei Jugendlichen ergeben. Ein klarer Zusammenhang zwischen den beiden genannten Variablen stellt sich den Ergebnissen zufolge erst beim Übergang von der 7. zur 9. Klasse ein und zwar dahingehend, dass moralische Urteilsfähigkeit besonders bei den älteren KonsumentInnen weniger stark ausgeprägt erscheint als bei denen, die keine Substanzen zu sich nehmen. Darüber hinaus scheint auch die Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen und Substanzkonsum durch das Ausmaß moralischer Urteilsfähigkeit beeinflusst zu werden. Jugendliche mit vielen belastenden Lebensereignissen und einer weniger ausgeprägten moralischen Urteilsfähigkeit weisen einen stärkeren Substanzkonsum auf als diejenigen, bei denen die Diskrepanz zwischen Belastung und Problemlösefähigkeit geringer ist. Die Ergebnisse der Studie legen den Schluss nahe, dass gezielte Präventionsmaßnahmen die kognitiven Fähigkeiten Jugendlicher fördern können und sollten.

1 Einleitung

Laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) hat Deutschland im Jahre 2004 mit 1385 Drogentoten den niedrigsten Stand seit 1989 zu verzeichnen. Ein Grund zur Entwarnung?

Wohl kaum, wenn man sich auf der anderen Seite vergegenwärtigt, welche enormen Gesundheitsgefährdungen von legalen Substanzen wie Alkohol und Tabak ausgehen. Täglich sind bundesweit über 300 Todesfälle zu verzeichnen, die auf Nikotinkonsum zurückzuführen sind. Schätzungen gehen davon aus, dass über 42.000 Todesfälle jährlich zu Lasten des Alkoholkonsums gehen. Laut des Drogen- und Suchtberichts 2005 (BZGA) sind 1,6 Mio. Menschen alkoholabhängig, 2,7 Mio. Menschen erfüllen die Kriterien für Alkoholmissbrauch und weitere 4,9 Mio. Menschen weisen ein riskantes Konsumverhalten auf. Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich Schätzungen zufolge (RKI, 2002) auf etwa 20 Mrd. Euro pro Jahr.

Lange Zeit war das Augenmerk der Medien auf illegale Substanzen gerichtet. Vermutlich eigneten sie sich mit ihrem exotischen Image besser zur Befriedigung medialer Sensationslust. Erst in den letzten Jahren gewinnt das Thema Alkohol – insbesondere der Bereich „Jugend und Alkohol“ – an Beachtung. Studien (Robins, 1983; Bonomo, 2004) konnten zeigen, dass riskante Trinkgewohnheiten in der Jugend in Kombination mit anderen riskanten Verhaltensweisen (z.B. Rauchen, antisoziales Verhalten) Vorhersagen hinsichtlich einer späteren Substanzabhängigkeit erlauben.

Der Europäischen Schülerstudie ESPAD (2003) zufolge waren bis zum Alter von 14 Jahren bereits 50% der befragten SchülerInnen mindestens einmal betrunken und bis zum Alter von 16 Jahren hatten 80% mindestens ein Rauscherlebnis (Kraus u.a. 2003). Ein Vergleich mit früheren Untersuchungen (Kolip, 1997) zeigt, dass hinsichtlich der Rauscherlebnisse, insbesondere bei den Mädchen, ein Zuwachs zu beobachten ist. Ebenso nehmen die Fälle von Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen deutlich zu. Selbst wenn Statistiken mit Vorsicht zu interpretieren sind, ist doch unbestritten, dass Alkoholismus und Alkoholmissbrauch ein gravierendes gesellschaftliches Problem darstellen und dass diesbezüglich enormer Handlungsbedarf besteht. Dem Jugendalter kommt hinsichtlich des Konsumverhaltens eine besondere Bedeutung zu, da in der Adoleszenz der Umgang mit legalen wie auch illegalen Drogen erlernt wird. Dies ist somit auch die Phase, in der spätestens mit Hilfe von Präventivmaßnahmen gezielt der Entstehung von gesundheitsschädlichem Verhalten vorgebeugt werden sollte. Die Planung und Umsetzung von Präventionsprogrammen erfordert jedoch Kenntnisse über die Ursachen von Substanzkonsum.

Neben Ansätzen, die mögliche Einflussfaktoren in sozialen Beziehungen sehen (z.B. Eltern und peers), gibt es solche, die eher im Individuum verankerte Aspekte betonen. Letzter Ansatz hat den Vorteil, dass die Zielgruppe direkt von Präventionsmaßnahmen angesprochen würde anstatt über den Umweg über Familie oder Freundeskreis zu wirken. Ziel von Präventionsprogrammen könnte sein, das *Wissen* über die Risiken von Drogenkonsum zu verbessern, die *Einstellung* gegenüber Drogen zu verändern oder aber das (Konsum-) *Verhalten* zu beeinflussen. Bisherige Präventivmassnahmen reichen von reinen Aufklärung- bzw. Abschreckungskampagnen (z.B. „sag nein zu Drogen, sag ja zum Leben“, „keine Macht den Drogen“) über eher fragwürdig erscheinende „Gelöbnisse, nie im Leben Drogen zu konsumieren“ („Drug-Free Marshals Program“ der Scientology Church) bis hin zu Formen des Ablehnungstrainings, das Jugendliche befähigen soll, dem Druck Gleichaltriger standzuhalten.

Mit ihrer Metaanalyse zu schulbezogenen Präventionsprogrammen konnten Tobler et al. (2000) belegen, dass interaktive Maßnahmen, die u.a. auch Rollenspiele und Diskussionen beinhalten, den reinen Aufklärungskampagnen deutlich überlegen sind. Als besonders effektiv gelten Lebenskompetenzprogramme (Botvin, 2000), die Jugendliche zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit ihren Alltagsproblemen befähigen sollen. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung von sozialen und kognitiven Fertigkeiten während suchtspezifische Kenntnisse über Drogen dabei nur eine untergeordnete Rolle einnehmen.

Die vorliegende Arbeit, die ebenfalls den Kompetenzaspekt in den Mittelpunkt der Untersuchung stellt, möchte die Frage klären, ob Substanzkonsum eine Form inadäquaten Bewältigungsverhaltens darstellt, das aus einem Mangel an Problemlösefähigkeiten resultieren kann. Zudem soll untersucht werden, ob die Beziehung zwischen Kompetenz und Konsum abhängig vom Alter und belastenden Lebensereignissen variiert. Die *Moralische Urteilsfähigkeit* stellt nach Kohlberg eine generelle Form von Problemlösefähigkeit dar (Lind, 2003). Sollten die Ergebnisse der vorliegenden Studie ergeben, dass bei jugendlichen Konsumenten die moralische Urteilsfähigkeit weniger gut entwickelt ist als bei ihren abstinenten Altersgenossen, würde dies für Drogenpräventionsprogramme implizieren, gezielt Problemlösefähigkeiten zu fördern.

2 Theorie

Vorab werden verschiedene Erklärungsansätze zur Ätiologie des Drogenkonsums dargestellt (Kap. 2.1). Anschließend erfolgt eine Gegenüberstellung zweier Ansätze zum Drogenkonsum, von denen einer den Einstellungsaspekt (Kap. 2.1.1) und der andere den Kompetenzaspekt (Kap. 2.1.2) betont. Nach einer allgemeinen Einführung in das Konzept der Coping-Theorie wird dann der Versuch unternommen die Hauptaspekte des Coping-Modells auf das Thema Drogenkonsum zu übertragen.

Im Anschluss daran wird anhand des „Zwei-Aspekte-Modells“ moralischen Verhaltens“ erläutert (Kap. 2.2), inwiefern Einstellung und Kognition miteinander in Beziehung stehen und welche Bedeutung der moralischen Urteilsfähigkeit im alltäglichen Zusammenleben zukommt (Kap. 2.3).

Schließlich wird erörtert, welche Präventionsmaßnahmen sich aus den beiden Erklärungsansätzen ergeben würden (Kap. 2.4) und welche Rolle die „Bildungstheorie der moralischen Entwicklung“ in diesem Kontext spielt (Kap. 2.5).

2.1 Erklärungsansätze für Drogenkonsum

Eine Vielzahl von Theorien beschäftigt sich mit möglichen Ursachen für Substanzkonsum bzw. Drogenabhängigkeit. Sie lassen sich je nach Schwerpunkt unterteilen in

- a) psychologische,
- b) sozialpsychologische,
- c) soziologische und
- d) physiologische, genetische und biochemische Theorien.

Die Menge an möglichen Einflussfaktoren ist immens. Das Phänomen Drogenkonsum ist zu komplex als dass es sich auf zwei oder drei Variablen reduzieren ließe. Am überzeugendsten erscheint ein multifaktorieller Ansatz, der versucht, möglichst viele potentielle Einflussfaktoren zu integrieren (Huba et al., 1983; Jessor & Jessor, 1983). Ihn empirisch adäquat umzusetzen ist allerdings eine recht kosten- und zeitintensive Angelegenheit.

In vorliegender Arbeit werden zwei Erklärungsansätze gegenübergestellt. Der erste betrachtet Substanzkonsum unter dem Aspekt der moralischen Einstellung. Der zweite, auf den sich diese Studie stützt, sieht im Substanzkonsum eine Form inadäquaten

Bewältigungsverhaltens, das aus einem Mangel an Problemlösefertigkeiten resultieren kann. Im Folgenden werden die Hauptaspekte der beiden Ansätze erläutert.

2.1.1 Moralische Einstellung

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts gingen Wissenschaftler der Frage nach, ob zwischen Moral und abweichendem Verhalten ein Zusammenhang besteht. Anfangs konzentrierten sich die Forscher auf delinquentes Verhalten wie beispielsweise Diebstahl. Es lag der Verdacht nahe, dass zwischen sogenanntem unmoralischem Verhalten und Moral eine Beziehung bestünde dahingehend, dass delinquent gewordene Personen über eine weniger reife moralische Gesinnung verfügen. Eine ähnliche Beziehung wurde zwischen Moral und Drogenkonsum vermutet. Die bisher vorliegenden Studien zu Substanzkonsum und Moral sind rar und kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen. (Bush & Alterman, 1981; Haan, 1973; Norem-Hebeisen, 1984; De Fronzo, 1993; Levenson, 1990; Berkowitz et al., 1991; Berkowitz et al., 1998)

Nachdem sich entgegen der Erwartung eine Beziehung zwischen moralischer Einstellung und Substanzkonsum nicht nachweisen ließ, kam die Vermutung auf, dass nicht alle Menschen Drogenkonsum zwangsläufig unter moralischen Gesichtspunkten bewerten, sondern es vielmehr für eine persönliche Angelegenheit halten. So wurde in verschiedenen Studien (Kuther, 1997; Kuther, 2000) der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum, Moralischer Einstellung und Domänenzuschreibung (Turiel, 1983) untersucht. Die jugendlichen Versuchsteilnehmer mussten hierbei angeben, ob sie Drogenkonsum als eine *persönliche*, *konventionelle* oder *moralische* Angelegenheit betrachten. Zudem wurde das Konsumverhalten der Versuchsteilnehmer sowie deren moralische Einstellung mit dem „Defining Issue Test“¹ (DIT) von Rest (1979) erfasst. Es zeigte sich, dass Jugendliche, die verstärkt Drogen konsumieren, dies eher für ihre persönliche Angelegenheit halten. Umgekehrt finden sich unter den Jugendlichen, die Drogenkonsum unter moralischen Gesichtspunkten betrachten, weniger Konsumenten.

Zudem legen die Ergebnisse nahe, dass der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und moralischer Einstellung kein direkter ist, sondern durch die Domänenzuschreibung vermittelt wird. Moralische Einstellung soll demnach nur dann

¹ Der DIT ist ein Instrument zur Erfassung der moralischen Einstellung, welches auf der Grundlage der sechs Entwicklungsstufen von Kohlberg basiert. Dem Proband werden verschiedene moralische Dilemmata vorgestellt sowie jeweils eine Lösung des Problems. Anschließend erhält der Proband 12 Aussagen bezüglich der Lösung, die er nach ihrer Wichtigkeit zu bewerten hat. Der P-Wert besagt, wie konsistent eine Person postkonventionelle moralische Argumente präferiert, d.h. der P-Wert bildet den Einstellungsaspekt moralischen Verhaltens ab.

in Beziehung zum Konsumverhalten stehen, wenn die Person Substanzkonsum für eine moralische Angelegenheit hält. In anderen Worten, Jugendliche, die Drogenkonsum unter moralischen Gesichtspunkten betrachten und zusätzlich moralische Argumente höherer Stufen bevorzugen konsumieren weniger Drogen. Bei Jugendlichen, die Drogenkonsum als ihre persönliche Angelegenheit betrachten, ließ sich dagegen kein Zusammenhang zwischen moralischer Einstellung und Substanzkonsum nachweisen.

Welche Implikationen diese Ergebnisse für die Praxis haben wird weiter unten diskutiert. Zunächst erfolgt die Darstellung eines Erklärungsansatzes, der Substanzkonsum als eine mögliche Form von Konfliktbewältigung betrachtet, die aus einem Mangel an Kompetenzen resultieren kann.

2.1.2 Kompetenztheorie: Konfliktbewältigung

Der zweite Ansatz betrachtet Drogenkonsum als eine Form von Coping-Verhalten, das aus einem Mangel an Problemlösefertigkeiten resultieren kann. Bevor die *Coping-Theorie des Drogenkonsums* näher erörtert wird, erfolgt eine kurze Darstellung der Coping-Theorie und deren Kernelementen.

Kernelemente des Coping-Ansatzes

In vorliegender Arbeit wird der Begriff „Bewältigung“ als Synonym für den Begriff „Coping“ verwendet, obwohl der englische Begriff mehr umfasst als der deutsche. Der Begriff „Bewältigung“ impliziert erfolgreiche Bewältigung, was mit dem wissenschaftlichen Coping-Begriff nicht ausgedrückt wird. Der Begriff „Coping“ wird von Lazarus (1984, S.141) definiert als „[...] constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ Dies gilt unabhängig davon wie erfolgreich dieser Bewältigungsversuch verläuft.

Coping-Ressourcen beinhalten sowohl diejenigen Aspekte des Selbst (z.B. Problemlösefähigkeiten, interpersonelle Fähigkeiten, Selbstwert) als auch der sozialen Umwelt (z.B. unterstützende soziale Netzwerke), welche eine erfolgreiche Anpassung an stressige Lebenssituationen erleichtern (Compas, 1987).

Eine wichtige Unterscheidung betrifft verschiedene Formen von Coping-Verhalten. Bei der *problem-fokussierten Bewältigung* wird versucht auf den Stressor direkt einzuwirken. Dies kann u.a. durch Problemlöse-Strategien erfolgen. Beim *emotions-fokussierten Bewältigen* dagegen besteht das Ziel darin, den affektiven Zustand zu

regulieren, der durch den Stressor ausgelöst wurde. Dies kann u.a. erreicht werden, indem man den Stressor meidet, sich ablenkt oder die Situation neu interpretiert. Bei beiden Bewältigungsversuchen geht es letztlich um *Affektregulation*. Bei problemfokussierten Bemühungen erfolgt dies indirekt, bei emotions-fokussierten dagegen direkt (Lazarus, 1980).

Studien konnten zeigen, dass Personen mehr *problem-fokussiertes* Coping in Situationen benutzen, die sie als veränderbar einschätzen und *emotions-fokussiertes* Coping eher in Situationen benutzen, die sie für nicht kontrollierbar halten (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, Lazarus et al., 1986). Zudem stehen *Problemlöse-Strategien* in Beziehung zu besserer Anpassung, *emotions-fokussierte Bewältigung* dagegen in Beziehung zu sozialen, affektiven und verhaltensmäßigen Problemen (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988; Windle & Windle, 1996) sowie zu Alkohol- und Drogenkonsum (Cooper, Russell & George, 1988, Labouvie, 1986a).

Bei der *emotionalen Selbstregulation* sind wiederum *reaktives* und *aktives* Coping zu unterscheiden. *Reaktives Coping* erfolgt als Reaktion auf unangenehme Erlebnisse und beinhaltet das Regulieren negativer Emotionen. *Aktives Coping* dagegen beinhaltet Handlungen, die darauf abzielen Situationen herbeizuführen, die mit positiven Gefühlen assoziiert sind oder aber den direkten Versuch, einen angenehmen emotionalen Zustand zu erzeugen (Labouvie, 1986b). Im Folgenden wird erörtert, wie sich die Coping-Theorie auf das Thema Drogenkonsum übertragen lässt.

Substanzkonsum als Coping-Strategie

Menschen verlassen sich oft auf die Wirkung von Drogen, um ihren affektiven Zustand zu kontrollieren. Entweder um negative Emotionen zu lindern oder aber um positive zu verstärken oder herbeizuführen (Labouvie, 1983). Diese doppelte Funktion von Drogenkonsum macht ihn als Bewältigungsstrategie vermutlich besonders attraktiv - nicht nur für Jugendliche. Es erfordert wenig Mühe, die Wirkung tritt prompt ein und gibt dem Individuum ein Gefühl von Kontrolle, welches speziell in der Adoleszenz von Bedeutung ist.

Die Adoleszenz, die sich als Übergangsphase von der Kindheit zum Erwachsenenalter verstehen lässt, stellt an den Jugendlichen erhebliche Anforderungen. Neben den biologischen Veränderungen sehen sich Jugendliche zusätzlich mit kognitiven und sozialen Herausforderungen konfrontiert (Havighurst, 1972). Die Umwelt stellt an den Jugendlichen mehr Erwartungen als an ein Kind. Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, die Übernahme von Pflichten und die erfolgreiche Integration in die Gesellschaft sind nur einige davon. Eine weitere

Entwicklungsaufgabe stellt die Identitätsfindung dar (Erikson, 1974). Oft ist diese Phase von Unsicherheit und Angst begleitet. Sollte der Jugendliche das Gefühl haben, dass seine eigenen *Ressourcen* für eine erfolgreiche Bewältigung nicht ausreichen, kann sich bei dem Betroffenen schnell ein Gefühl von Unkontrollierbarkeit einstellen.

Wie bereits erwähnt, neigen Menschen in Situationen, die sie als nicht kontrollierbar wahrnehmen, verstärkt zu *emotions-fokussierter* Bewältigung. Substanzkonsum kann eine Form emotionsfokussierter Bewältigung darstellen. Hierbei wird nicht versucht, auf den Stressor direkt einzuwirken, d.h. gezielt das ursächliche Problem zu beheben, sondern den affektiven Zustand, der durch den Stressor ausgelöst wird, zu regulieren. Studien konnten zeigen, dass problemfokussierte Bewältigung in Beziehung steht zu weniger Alkoholkonsum und weniger alkoholbedingten Problemen (Windle & Windle, 1996).

Drogenkonsum lässt sich als *reaktive* wie auch als *aktive* Bewältigungsstrategie einsetzen, wenn auch speziell der Substanzkonsum als *reaktive Coping-Strategie* ein Problemverhalten im Sinne Jessor's darstellt (Labouvie, 1986b). Substanzkonsum, der als Reaktion auf eine Problemsituation erfolgt, stellt eine *emotions-fokussierte reaktive Bewältigungsstrategie* dar, die in erster Linie dazu dient, den emotionalen Distress zu bewältigen, der durch die Situation ausgelöst wird, ohne jedoch die Ursache für den Stress zu beseitigen (Labouvie, 1987).

Substanzkonsum als *aktive Bewältigungsstrategie* und die damit verbundenen Risiken sollten jedoch nicht unterschätzt werden. Konsumiert ein Jugendlicher beispielsweise in geselliger Runde mit seinen Freunden regelmäßig Alkohol, könnte die Assoziation entstehen, dass zu einem lustigen Abend Alkohol gehört bzw. dass er mit der richtigen „Dosis“ noch unterhaltsamer wird. Sollte ein Jugendlicher Alkohol konsumieren, um einen emotional angenehmen Zustand zu erzeugen, würde dies als *emotions-fokussiertes, aktives Coping* bezeichnet werden. Im Extremfall kommt er eines Tages zu dem Kehrschluss, dass Alkoholkonsum ebenso gut negative Erlebnisse erträglicher machen kann.

Diverse Studien konnten den stressreduzierenden Effekt von Alkohol, Nikotin und anderen Substanzen belegen (Shiffman, 1985; Timmer et al., 1985). Zudem scheint ein positiver Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und Substanzkonsum zu bestehen (Johnson & Pandina, 2000, Wills et al., 1992) sowie ein negativer Zusammenhang zwischen kognitiven Fähigkeiten und Substanzkonsum (Platt, 1973; Scheier, 1997).

Zusammenfassend betrachtet lässt sich sagen, dass der erste Ansatz Substanzkonsum „[...] as a matter of right and wrong“ (Berkowitz, 1991) betrachtet, d.h.

als eine Frage der „richtigen“ *Einstellung*. Der zweite hingegen sieht die Ursache für übermäßigen Substanzkonsum in einem Mangel an kognitiven *Fähigkeiten*, die Voraussetzung für problem-fokussierte Bewältigungsstrategien sind.

Lange Zeit wurde angenommen, dass moralisches Verhalten in erster Linie eine Frage der richtigen Gesinnung sei. Hierbei wurde übersehen, dass Moral neben dem *affektivem* Aspekt, (d.h. der Einstellung) zusätzlich einen *kognitiven* Aspekt beinhaltet (d.h. die Kompetenz betreffend). Wie sich diese beiden Aspekte *Einstellung* und *Kompetenz* aus den o.g. Erklärungsansätzen miteinander verbinden lassen, wird im Folgendem an der *Zwei-Aspekte-Theorie des moralischen Verhaltens* erörtert.

2.2 Zwei-Aspekte-Theorie des moralischen Verhaltens

Jedes menschliche Verhalten beinhaltet sowohl einen *affektiven* wie auch *kognitiven* Aspekt. Beide Aspekte sind nach Piaget (1973) untrennbar, jedoch unterscheidbar. Ebenso lässt sich bei moralischem Verhalten der affektive vom kognitiven Aspekt unterscheiden.

Der *affektive*, bzw. inhaltliche Aspekt der Moral bezieht sich hierbei auf moralische Ideale und Werthaltungen, an denen ein Individuum sich orientiert. Sie reichen von ganz einfachen Gefühlen bis hin zu moralischen Motiven und Gerechtigkeitsvorstellungen (Boesch, 1984). Der affektive Aspekt wird definiert als „[...] *die im Verhalten sich zeigende, gefühlsmäßige Bindung an moralische Maximen, Regeln, oder Prinzipien.*“ Er ist eine *unerlässliche*, jedoch *nicht hinreichende* Bedingung für moralisches Verhalten.

Der *kognitive* Aspekt ist nach Kohlberg die Gesamtheit der „[...] Beziehungen zwischen Ideen und Inhalten im Denken eines Individuums“ (1977, S.9). Er ist definiert als das „[...] beobachtbare Muster des Denkens“, das sich in der Struktur des moralischen Argumentierens manifestiert. Ein adäquates moralisches Urteil erfüllt die Kriterien der Universalität, innerer Konsistenz und Unparteilichkeit (Kohlberg, 1977). Der *kognitive*, bzw. kognitiv-strukturelle Aspekt bezieht sich auf die Fähigkeit, eigene Ideale konsistent und differenziert anzuwenden.

Im Gegensatz zum *Komponenten-Modell*² betrachtet das *Aspekte-Modell* *Affekt und Kognition als zwei Aspekte ein und desselben Verhaltens, welche wie*

² Das Komponenten-Modell betrachtet Affekt und Kognition als zwei *getrennte* Komponenten, die durch inhaltlich verschiedene Verhaltensklassen repräsentiert werden. Affekt und Kognition werden nicht wie beim Aspekte-Modell als Inhalt und Struktur ein und desselben Verhalten betrachtet, sondern als dinglich trennbare Komponenten.

Komponenten voneinander unterscheidbar, aber nicht wie diese trennbar sind (Lind, 1993, S 37). Die Psychologie hat lange Zeit übersehen, dass sich ein Verhalten nicht in verschiedene Komponenten zerlegen lässt. Ebenso wenig, wie sich ein roter Ball in seine Farbe, Form und Elastizität zerlegen lässt (Lind, 1993).

Dies führte zu dem Irrglauben, dass es sich bei Moral lediglich um eine Frage der Einstellung und Werthaltung handele, also um eine rein affektive Angelegenheit. Der *Fähigkeitsaspekt* der Moralität geriet hierüber praktisch in Vergessenheit. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass sich Moralerziehung weitgehend darauf beschränkte, moralische Werte und Normen zu vermitteln, bzw. im ungünstigsten Fall zu indoktrinieren. Dabei konnte Levy-Suhl bereits 1912 durch seine Untersuchung zu straffälligen und nicht-straffälligen Jugendlichen belegen, dass sich die beiden Gruppen nicht hinsichtlich ihrer Präferenz für universelle moralische Prinzipien unterscheiden - ergo, dass man nicht von Einstellungen auf Verhalten schließen kann.

Im *Komponenten-Modell*, das nach wie vor seine Anhänger hat (Rest, 1984), wird moralisches Verhalten in der Regel als konformes Verhalten mit äußeren Normen definiert (Lind, 1993). Dementsprechend erfasst der „*Defining Issue Test*“ (DIT) von Rest die *Präferenz von Personen für Argumente einer bestimmten Stufe* - somit also den *affektiven* Aspekt moralischen Urteils.

Lind dagegen, ein Vertreter des Zwei-Aspekte-Modells, bezieht sich, wenn er von moralischer *Urteilsfähigkeit* spricht, ausschließlich auf den kognitiven Aspekt. Allein die Präferenz für Argumente höherer Stufen ist nicht Ausdruck einer Fähigkeit sondern spiegelt lediglich eine bestimmte Einstellung wieder (Lind, 2003). Dies wird von Studien untermauert, die zeigen konnten, dass sich das durch den DIT erfasste Urteilsverhalten durch gezielte Instruktion in jede beliebige Richtung verändern lässt (Emler, 1983)³. Wenn der DIT tatsächlich den Anspruch erhebt, eine Fähigkeit zu erfassen, dann sollte es nicht möglich sein, diese zu simulieren.

Was nun genau unter moralischer Urteilsfähigkeit zu verstehen ist und welche Rolle sie in alltäglichen zwischenmenschlichen Situationen spielt, wird im folgenden Abschnitt erklärt.

³ Emler und Kollegen (1983), Vertreter des *sozialisierungstheoretischen* Ansatzes, sagten voraus, dass jeder Mensch durch gezielte Instruktion sein moralisches Urteilsverhalten in jede beliebige Richtung verändern könne. Die *kognitive Entwicklungstheorie* dagegen vertritt den Standpunkt, dass sehr wohl moralische Einstellungen simuliert werden können, nicht jedoch die moralische *Urteilsfähigkeit*. In einer Studie bat er konservative und links eingestellte Studenten, das Urteilsverhalten (erfasst mit dem DIT von Rest) der anderen Gruppe zu simulieren. In einem Vortest zeigte sich, dass konservative Studenten konventionell-moralischen Argumenten (Stufe 4), eher zustimmten als linke und die konservativen einen niedrigeren P-Wert hatten als die links eingestellten. Wie vermutet waren beide Gruppen in der Lage sowohl die Stufen-Präferenz als auch den P-Wert der anderen Gruppe zu simulieren.

2.3 Moralische Urteilsfähigkeit im alltäglichen Leben

Jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens mit Situationen konfrontiert, in denen die eigenen Wertvorstellungen und Interessen mit denen anderer in Konflikt geraten. Besonders schwierig wird es, wenn hierbei verschiedene *moralische Prinzipien* aufeinander stoßen. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Tim und Mark, zwei sehr gute Freunde, schreiben eine Mathearbeit. Für Mark hängt von dieser Note ab, ob er in die nächste Klasse versetzt wird. Tim dagegen hatte in der Schule nie Probleme. Er ist sich ziemlich sicher, dass Mark die Klausur ohne seine Hilfe nicht bestehen wird. Wie soll er sich verhalten? Soll er sich für die Freundschaft entscheiden und seinen Freund abschreiben lassen? Oder soll er sich besser ehrlich verhalten? Wie er sich auch entscheidet, er wird in jedem Fall ein moralisches Prinzip verletzen müssen.

Dies ist ein typisches Beispiel eines *moralischen Dilemmas*, das uns im Grunde tagtäglich in ähnlicher Form begegnen kann; sei es nun in der Schule, im Beruf, der Familie oder anderen sozialen Beziehungen.

Zur Lösung solcher Konflikte bedarf es neben der Achtung moralischer Prinzipien auch der Fähigkeit, in Bezug auf die *eigenen* moralischen Ideale *konsistent* und in Bezug auf die jeweilige Situation angemessen (*differenziert*) zu urteilen und zu handeln (Lind, 2003). Diese Definition von *moralischer Urteilsfähigkeit* stellt eine Präzisierung der Definition Kohlberg's (1964, S.425) dar, der sie bestimmt als „(...)das Vermögen, moralische Entscheidungen und Urteile zu treffen, die moralisch sind (also auf moralischen Prinzipien gründen) und in Übereinstimmung mit diesen Urteilen zu handeln.“ Hervorzuheben ist, dass Kohlberg unter moralischem Verhalten nicht solches versteht, das konform mit sozialen Normen und Werten ist und sich somit lediglich an Regeln orientiert, die einem von der Gesellschaft auferlegt werden. Moralisch fortgeschritten sei vielmehr ein Verhalten, das auf *moralischen Prinzipien* gründet, spezifischer gesagt auf dem *Prinzip der Gerechtigkeit*.

Da Dilemmata häufig die Ursache *interpersoneller Konflikte* sind, genügt es nicht, allein im „stillen Kämmerlein“ nach einer Lösung des Problems zu suchen. Geraten verschiedene Interessen miteinander in Konflikt, erfordert dies von den beteiligten Parteien *moralische Diskursfähigkeit*. Dies umschreibt Lind (2003, S. 19) als „(...) die Fähigkeit, sich in der Auseinandersetzung mit anderen Personen und anderen Meinungen an moralischen Prinzipien zu orientieren. Nur wenn die moralische Fähigkeit auch die Fähigkeit umfasst, in schwierigen sozialen Konfliktsituationen Probleme vernunftgeleitet zu lösen, ist sie eine Alternative zur Gewalt- und Machtanwendung bei der „Lösung“ von Konflikten.“

Wie oben dargestellt, hängt moralisches Verhalten somit nicht nur von einer angemessenen moralische Gesinnung bzw. Einstellung ab sondern darüber hinaus von der Fähigkeit, eigene Ideale im Alltag differenziert und konsistent anzuwenden. Nach Lind (1993, S 48) meint „[...] konsistentes moralisches Verhalten nicht nur konsistentes Verhalten auf *ein* bestimmtes Prinzip hin (das wäre rigides Verhalten), sondern Verhalten, das alle in einer Situation relevanten Prinzipien zu berücksichtigen und integrieren versucht“, was wiederum die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme erfordert sowie Reflexionsfähigkeit.

Wie bereits erwähnt, stellt die Adoleszenz eine Transitionsphase von der Kindheit zum Erwachsenenstatus dar. Der Jugendliche sitzt quasi, bezüglich seiner Rechte und Pflichten, zwischen zwei Stühlen. Auf der einen Seite möchte er von Gleichaltrigen akzeptiert werden und sich seine Freiräume schaffen, auf der anderen Seite gilt es, die Erwartungen der Eltern nicht zu enttäuschen. Einen ähnlichen Zwiespalt erleben auch die Eltern, die ihr Kind in seinem Autonomiebestreben einerseits unterstützen möchten, sich andererseits jedoch darüber bewusst sind, dass die Fähigkeit zur Eigenverantwortung auf Seiten des Kindes schon rein rechtlich betrachtet nicht gegeben ist. Speziell in so asymmetrischen Beziehungen wie der Eltern-Kind-Beziehung erfordert ein Aushandeln der Interessen Diskursfähigkeit und Perspektivenübernahme.

Kohlberg zufolge reflektieren die Stufen moralischer Urteilsfähigkeit verschiedene Kompetenzen hinsichtlich einer generellen Problemlösefähigkeit. Übertragen auf die *Coping-Theorie* stellt sie somit eine persönliche *Ressource* dar, die, wenn ausreichend entwickelt, die problem-fokussierte Bewältigung erleichtert. Umgekehrt dürfte anzunehmen sein, dass Personen mit einer wenig fortgeschrittenen moralischen Urteilsfähigkeit eher emotions-fokussierte Bewältigungsstrategien wählen.

2.4 Welche Präventionsmaßnahmen ergeben sich aus den Erklärungsansätzen?

Erklärungsansätze, die die Ursache für Substanzkonsum als im Individuum verankert betrachten, lassen sich wie oben gezeigt zwei Kategorien zuordnen - Ansätze, die den Einstellungsaspekt hervorheben und Ansätze, die den Kompetenzaspekt betonen.

Nach dem ersten Erklärungsansatz, der Drogenkonsum unter dem Aspekt der *moralischen Einstellung* betrachtet, implizieren die Ergebnisse der Studien (s. Abschnitt 2.1.1), dass jegliche Präventionsprogramme den Jugendlichen die moralischen Aspekte ihres Verhaltens vor Augen führen müsste, sprich ihr *moralisches Bewusstsein* schulen müsste, und zwar dahingehend, dass es sich bei

Substanzkonsum sehr wohl um eine moralische Angelegenheit handelt, deren Auswirkungen eben nicht allein persönlicher Natur sind, sondern letztlich die Gesellschaft als Ganzes tangieren. Präventionsmaßnahmen würden in diesem Fall den affektiven Aspekt des moralischen Urteilens ins Zentrum rücken, d.h. den Versuch implizieren, eine Einstellungsänderung bei den Jugendlichen herbeizuführen.

Der zweite Erklärungsansatz stellt den *Kompetenzaspekt* in den Mittelpunkt seiner Untersuchung. Sollten die Ergebnisse vorliegender Studie nahe legen, dass mangelnde kognitive Fähigkeiten Substanzkonsum begünstigen, würde dies für Drogenpräventionsprogramme implizieren, gezielt Problemlösefähigkeiten zu fördern. Im konkreten Fall würde dies bedeuten, die moralische Urteilsfähigkeit, sowie die Diskursfähigkeit Jugendlicher gezielt durch spezielle Bildungsmaßnahmen zu fördern. Im Zentrum der Präventionsprogramme stünde somit der kognitive Aspekt moralischen Verhaltens.

Zu der Frage, wie sich denn Moral entwickelt und ob sie wie auch andere Fähigkeiten gelehrt werden kann, gibt es verschiedene Ansätze, die im Folgenden kurz skizziert werden.

2.5 Theorien zur Moralischen Entwicklung

Bevor die Bildungstheorie der Moralentwicklung dargestellt wird, auf die sich vorliegende Studie stützt, erfolgt zum besseren Verständnis eine kurze Abhandlung verschiedener Ansätze zur moralischen Entwicklung.

Nach der *Reifungstheorie* kommt der Mensch als moralisch gutes Wesen auf die Welt. Moral ist das Ergebnis natürlicher Reifung. Die Gesellschaft hingegen verkörpert die Wurzel des Bösen, die durch ihre Zwänge der Moralentwicklung im Wege steht (Lind, 1993). Dieser Theorie nach wäre jeder Versuch, die moralische Entwicklung zu fördern, zum Scheitern verurteilt.

Nach der *Sozialisierungstheorie* und der sozialen Lerntheorie stehen gesellschaftliche Normen und Werte im Mittelpunkt, die es gilt, dem Individuum durch Zwang und Autorität einsichtig zu machen (Durkheim, 1984). Kognitive Fähigkeiten werden hier nicht thematisiert. Programme könnten lediglich Einfluss auf die moralische *Einstellung* haben.

Die *kognitive Entwicklungstheorie der Moralentwicklung* von Kohlberg beinhaltet Aspekte beider o.g. Theorien. Sie betont sowohl die Entwicklung kognitiver Strukturen, „die eher das Resultat von Vorgängen der *Interaktion* zwischen der Struktur des Organismus und der Struktur der Umwelt als das direkte Resultat der Reifung“ seien

(Kohlberg, 1984, S. 8) als auch eine *invariante Sequenz* der Stufen der Moralentwicklung. Äußere Einflüsse könnten die Entwicklung verlangsamen oder beschleunigen, jedoch nicht die Abfolge der Stufen umkehren. Dieser Theorie nach ist der Mensch nicht von Geburt an gut, sondern wird dies im Laufe seiner moralisch-kognitiven Entwicklung. Da die Nicht-Regression ein elementarer Bestandteil dieser Theorie ist, lässt sich der Ansatz Kohlbergs auch der Reifungstheorie zuordnen (Lind, 1993).

Die Frage, inwieweit Moral denn lehrbar sei, beschäftigte schon Sokrates. Er vertrat den Standpunkt, dass Moral, wenn sie denn eine Tugend sei, ebenso wie eine Fähigkeit erlernt werden könne. Wenn es sich bei Moral lediglich um eine Frage der Werthaltung handeln sollte, ließe sich Moral nicht lehren, sondern allenfalls „eintrichtern“ (Lind, 2003, S.35).

Die *Bildungstheorie der Moralentwicklung*, auf die sich die vorliegende Studie beruft, geht davon aus, dass Bildungsmaßnahmen von entscheidender Bedeutung für die Moralentwicklung sind. Diese werden am ehesten von Schulen und Hochschulen bereitgestellt. Moralische Urteilsfähigkeit sei somit weder Ergebnis eines natürlichen Reifungsprozesses noch eines sozialen Anpassungsdruckes (Lind, 1993). Die Theorie postuliert, dass bei Wegfall von Bildungsmaßnahmen mit einer Regression der moralischen Urteilsfähigkeit zu rechnen sei. Die Daten der EMNID-Studie (1990) bestätigen die Annahmen der Bildungstheorie.

2.6 Fragestellung und Hypothesen

Das *Stress-Coping-Modell* definiert übermäßigen Substanzkonsum als eine *Funktion aus Stress (life stress) und Ressourcen* (Wills & Shiffman, 1985). Die Adoleszenz als Transitionsphase stellt an die Jugendlichen erhebliche Anforderungen. Neben biologischen, kognitiven und sozialen Veränderungen (Havighurst, 1972) ist die Identitätsfindung eine weitere Herausforderung (Erikson, 1974). Oft ist diese Phase von Unsicherheit und Angst begleitet. Ein Gefühl von Unkontrollierbarkeit kann sich einstellen, wenn die Ressourcen des Jugendlichen nicht ausreichen. Die *moralische Urteilsfähigkeit*, als eine generelle Form der Problemlösefähigkeit stellt eine Ressource für *problem-fokussiertes Coping* dar.

Wenn es an Fähigkeiten mangelt, die für eine problem-fokussierte Bewältigung notwendig sind, ist es wahrscheinlich, dass Menschen emotions-fokussierte Strategien wählen. Wie oben bereits dargestellt lässt sich übermäßiger Substanzkonsum als eine Form *emotions-fokussierten Copings* begreifen.

Aus dem Coping-Model lassen sich eine Reihe von Vorhersagen ableiten, die in dieser Untersuchung empirisch auf ihre Richtigkeit hin geprüft werden sollen. Es wird vermutet, dass Jugendliche mit geringer moralischer Urteilsfähigkeit vermehrt zu Zigaretten, Alkohol und Marihuana greifen (s. Hypothese 1).

Die Gründe für einen experimentellen Umgang mit Drogen unterscheiden sich vermutlich von denen für ein extremeres Konsumverhalten (Chassin et al. 1985). Die Ergebnisse diverser Studien lassen vermuten, dass in der frühen Jugend (in vorliegender Studie durch die 7. Klasse repräsentiert) Neugier und soziale Motive im Vordergrund stehen (Brook & Brook, 1988; Graham et al., 1991), in der späteren Jugend (hier durch die 9. Klasse repräsentiert) hingegen das Motiv Konfliktbewältigung (Colder & Chassin, 1993; Labouvie, 1986; Wills, 1986; Murray and Perry, 1985).

Wie Studien belegen, konnten besteht ein Zusammenhang zwischen verstärktem Substanzkonsum und kritischen Lebensereignissen (Johnson & Pandina, 2000; Wills, 1992; Wills, 1996; Baer, 1987). Es wird vermutet, dass die Beziehung zwischen Substanzkonsum und kritischen Lebensereignissen durch die moralische Urteilsfähigkeit moderiert wird (s. Hypothese 3).

Konkret wird vorhergesagt:

Hypothese 1:

Jugendliche mit geringer moralischer Urteilsfähigkeit neigen eher zu verstärktem Substanzkonsum als Jugendliche mit einer höheren moralischen Urteilsfähigkeit, d.h. es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum.

Hypothese 2:

Der Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Drogenkonsum ist bei der 9. Klasse stärker als bei der 7. Klasse, d.h. Substanzkonsum steht bei den Jüngeren in keinem Zusammenhang mit der moralischen Urteilsfähigkeit..

Hypothese 3:

Jugendliche mit vielen belastenden Lebensereignissen und einer zusätzlich schwachen moralischen Urteilsfähigkeit weisen einen stärkeren Substanzkonsum auf als Jugendliche mit ebenso vielen kritischen Lebensereignissen und einer fortgeschritteneren moralischen Urteilsfähigkeit.

3 Methode

3.1 Design der Untersuchung

Wie in der Fragestellung bereits präzisiert, soll anhand der erhobenen Daten untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Moralischer Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum gibt. Bereits in der Kindheit wird man mit dem Konsum legaler Suchstoffe konfrontiert. Spätestens in der Adoleszenz stehen die meisten Jugendlichen vor der Entscheidung oder besser vor der Aufgabe, einen angemessenen bzw. gesunden Umgang mit diversen Substanzen zu erlernen. Studien zeigen, dass die Mehrheit der Jugendlichen irgendwann zumindest mal eine Zigarette probiert oder das erste Glas Alkohol konsumiert hat (HBSC-Studie, siehe WHO 2003; ESPAD-Studie, siehe Kraus et.al. 2004). Beschränkt sich das Konsumverhalten auf ein Probierverhalten, wäre es wohl kaum angebracht von pathologisch auffälligem Verhalten zu sprechen. Ein gewisses Experimentieren gilt als Teil einer normativen Entwicklung (Hurrelmann, 1991). Was genau aber unterscheidet die Experimentierer von den Jugendlichen, die regelmäßig Substanzen konsumieren? Die vorliegende Studie möchte dieser Frage anhand eines Vergleiches zwischen 7.Klässlern und 9.Klässlern nachgehen. Die Wahl fiel auf die Altersklasse der 13- und 15-jährigen, da dies einen Vergleich erlaubt zwischen einem ersten Probierkonsum und einem schon regelmäßigen Konsum. Um eine möglichst große Varianz bezüglich Bildung und Herkunft zu erhalten wurden SchülerInnen einer Hauptschulen, einer Realschule und eines Gymnasiums befragt.

3.2 Beschreibung der Stichprobe

An der Studie nahmen insgesamt 141 SchülerInnen teil, von denen 60 die Hauptschule, 29 die Realschule und 52 das Gymnasium besuchten. Die Jungs waren mit 73 (51,8%) Schülern vertreten, die Mädchen mit 67 (47,5%) Schülerinnen.

Tabelle 1a: Verteilung nach Schule, Geschlecht und Alter - 9. Klasse

	Hauptschule		Realschule		Gymnasium			
	Anzahl	Alter	Anzahl	Alter	Anzahl	Alter		
m	14	16,2	M	17	15,6	m	9	15,1
w	9	15,7	W	12	15,3	w	13	15,2
N	23	15,9	N	29	15,4	N	22	15,1
% Klasse	31,1%		%	39,2%		%	29,7%	

Die neunte Klasse war durch 74 SchülerInnen einer Hauptschule, einer Realschule und eines Gymnasiums vertreten. Das Durchschnittsalter betrug in dieser Klasse zum Untersuchungszeitpunkt 15,5 Jahre (SD=0,65). Die genaue Verteilung nach Schule, Alter und Geschlecht sind Tabelle 1a zu entnehmen.

Die 67 SchülerInnen der siebten Klasse waren durch eine Hauptschule und ein Gymnasium vertreten. Hier betrug das Durchschnittsalter 13,3 Jahre (SD=0,64). Die genauen Häufigkeitsangaben nach Schule, Alter und Geschlecht sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1b: Häufigkeiten nach Schule, Geschlecht und Alter – 7.Klasse

	Hauptschule		Gymnasium		
	Anzahl	Alter	Anzahl	Alter	
m	18	13,7	m	16	13,2
w	19	13,4	w	14	12,9
N	37	13,6	N	30	13,1
% Klasse	55,2%		44,8%		

3.3 Versuchsdurchführung

Nachdem vom zuständigen Oberschulamt die Erlaubnis für die Durchführung der Studie einging, wurde bei verschiedenen Schulen angefragt, ob sie dazu bereit wären, sich an der Durchführung der Studie zu beteiligen. Eine Hauptschule, eine Realschule und ein Gymnasium gaben uns ihr Einverständnis, unter Gewährleistung ihrer Anonymität. Da der Fragebogen zur Erfassung des Drogenkonsums in der vorliegenden Version noch nicht zum Einsatz kam, wurde er in einem Vorversuch mit 23 Schülern/innen einer 6. Realschulklasse getestet, um mögliche Verständnisprobleme aufzudecken.

Die moralische Urteilsfähigkeit wurde mit dem MUT von Lind erfasst. Er wurde bis auf ein paar wenige Ausnahmen in der Originalversion eingesetzt. Das Layout wurde der Übersichtlichkeit halber großzügiger gestaltet und Fremdwörter wie etwa „dementieren“ durch „abstreiten“ und „hinreichend“ durch „ausreichend“ ersetzt. Auch der MUT wurde in einem Vortest mit verschiedenen SchülerInnen auf seine Verständlichkeit hin getestet.

Aufgrund der Minderjährigkeit der SchülerInnen wurde um die Einverständniserklärung der Eltern (siehe Anhang) gebeten. Alle SchülerInnen wurden

in einem Zeitraum von über zwei Wochen kurz vor den Sommerferien klassenweise befragt. Die Befragungen fanden jeweils morgens in einer Schulstunde statt. Zu Beginn wurde den SchülerInnen die Titelseite des Fragebogens (siehe Anhang) vorgelesen. Dieser besagt, dass das Ziel der Studie zum einen sei, herauszufinden, wie Jugendliche soziale Konflikte und deren Lösungen bewerten, zum anderen wie sie über Drogenkonsum denken. Die TeilnehmerInnen wurden auf die Freiwilligkeit und Anonymität ihrer Teilnahme hingewiesen so wie auf die Möglichkeit, bei Verständnisproblemen, jederzeit Fragen stellen zu können. Zusätzlich wurde ihnen genau erklärt, wie sie die Fragen zu beantworten haben. Aufgrund eines hohen Ausländeranteils in der Hauptschule, und damit einhergehenden sprachlichen Problemen, wurden in den beiden Hauptschulklassen die Fragen von mir einzeln vorgelesen. Ebenso wurde in der siebten Klasse des Gymnasiums verfahren. In der 9. Klasse der Realschule und des Gymnasiums wurde der Fragebogen von den SchülerInnen alleine bearbeitet. In der ersten Hälfte der Schulstunde wurde der MUT beantwortet, da dieser wesentlich anspruchsvoller als der Drogenfragebogen ist und eine mögliche Ermüdung in der zweiten Hälfte der Schulstunde die Ergebnisse womöglich beeinträchtigt hätte.

3.4 Die Untersuchungsinstrumente

3.4.1 Der MUT von Lind

Der moralische Urteilstest (MUT) von Lind (siehe Anhang) hat das Design eines experimentellen Fragebogens. Wie bereits erwähnt ist es mit ihm möglich, den *affektiven* und den *kognitiven* Aspekt moralischen Urteilsverhaltens simultan zu erfassen und diese beiden Aspekte getrennt voneinander auszuwerten. Der affektiv-inhaltliche Aspekt steht für die affektive Bindung an moralische Prinzipien, der kognitiv-strukturelle für die Fähigkeit einer Person, ihre moralischen Prinzipien in einem konkreten Urteil zur Anwendung zu bringen. Der Test besteht aus zwei moralischen Dilemmata. Im so genannten *Arbeiterdilemma* geht es um einen Gesetzesbruch, den Angestellte einer Firma begehen, um Beweise für ein illegales Abhören seitens der Firmenleitung beweisen zu können. In dem zweiten, dem Sterbehilfe-Dilemma, geht es um einen Arzt, der vor der Entscheidung steht einer sterbenskranken Frau den Wunsch nach Sterbehilfe zu erfüllen. Im Gegensatz zum MJI (von Kohlberg), bei dem die Probanden zu einem gegebenen Dilemma selbst Lösungen generieren müssen, ist beim MUT eine Lösung bereits vorgegeben. Der Befragte hat auf einer siebenstufigen Skala („War das Verhalten der Arbeiter/des Arztes richtig oder falsch?“) anzugeben, wie er zu der Lösung des Konfliktes steht. Anschließend werden jeweils sechs

Argumente genannt, die *für* das besagte Verhalten der Arbeiter/des Arztes sprechen, sowie sechs Argumente, die *gegen* das Verhalten sprechen. Der Befragte ist aufgefordert die Argumente nach ihrer Akzeptabilität auf einer neunstufigen Skala von „-4“ (völlig unakzeptabel) bis „+4“ (völlig akzeptabel) zu bewerten. Die jeweils sechs Pro- und Contra-Argumente, mit unterschiedlicher *moralischer Qualität*, orientieren sich an dem 6-Stufenschema von Kohlberg⁴. Aus den 24 Einzelurteilen einer Person ergibt sich ein spezifisches *Urteilmuster*, welches strukturell analysiert wird. Dieses Urteilmuster wird daraufhin untersucht, inwieweit sich eine Person ausschließlich daran orientiert, ob die Argumente ihre *eigene* Meinung *unterstützen* oder *widersprechen* oder ob sie sich an der *Qualität* der Argumente orientiert. Der Testwert des MUT heißt C-Wert (C wie engl. „*competence*“). Er steht für den Fähigkeitsaspekt, d.h. den kognitiv-strukturellen Aspekt moralischen Urteilens. Eine Person, die bspw. alle Argumente, die der eigenen Position widersprechen kategorisch ablehnt und solche, die der eigenen entsprechen unterschiedslos akzeptiert erhält einen C-Wert von Null. Den höchstmöglichen C-Wert von 100 erhält eine Person, die sich ausschließlich an der Qualität der Argumente orientiert, sprich auch Argumente, die der eigenen Meinung widersprechen, differenziert und konsistent bewertet. Theoretisch kann auch eine Person, die sich konsistent an einer niedrigeren Stufe orientiert einen hohen C-Wert erhalten. Studien zufolge besteht jedoch ein enger Zusammenhang zwischen der moralischen Urteilsfähigkeit (C-Wert) und der Bevorzugung von Argumenten der Stufe 5 und 6, d.h. postkonventionellen Prinzipien (Lind, 2003).

3.4.2 Fragebogen zum Substanzkonsum

Bei der Erstellung des Fragebogens zum Substanzkonsum (siehe Anhang) dienten die Fragebögen zweier internationaler Studien als Vorlage. Zum einen der der ESPAD-Studie (siehe Kraus u.a. 2004), die Substanzkonsum europäischer SchülerInnen untersuchte, zum anderen der der HBSC-Studie der WHO (2003), die SchülerInnen zu ihrem Gesundheitsverhalten im Allgemeinen befragte. In Absprache mit den Urhebern wurden einige Fragen direkt übernommen, andere gekürzt oder inhaltlich geändert. Neben Fragen zum Substanzkonsum (Zigaretten, Alkohol und Cannabis) beinhaltet der

⁴ Kohlberg unterscheidet drei Ebenen der moralischen Argumentation, auf jeder Ebene wiederum zwei Stufen: Auf der *präkonventionellen* Ebene orientiert man sich an Bestrafung und Gehorsam (Stufe 1) und instrumentell-relativistischen Werten (d.h. Vorteile zu erlangen, auch wenn dadurch gelegentlich Nachteile entstehen, Stufe 2), auf der *konventionellen* Ebene steht das Motiv im Vordergrund, Missbilligung durch andere zu vermeiden oder Anerkennung zu erlangen (Stufe 3) und die Orientierung an Gesetzen und Ordnungen der Gesellschaft (Stufe 4), auf der *postkonventionellen* Ebene die Orientierung am demokratisch zustande gekommenen sozialen Vertrag, z.B. Achtung des Mehrheitsprinzips (Stufe 5) und die Orientierung an universellen ethischen Prinzipien (Stufe 6). (Lind, 2003)

Fragebogen u.a. Angaben zur Person, zur Schule, den Eltern, Freunden und belastenden Lebensereignissen.

Für den Zigarettenkonsum wurde sowohl die *Lebensprävalenz* wie auch die *30-Tagesprävalenz* erfasst. Für Alkohol- und Cannabis-Konsum wurde nach der Lebensprävalenz, der Jahres- und der 30-Tagesprävalenz gefragt. Dies war für vorliegende Studie von besonderer Relevanz, um zwischen den Abstinenzlern, den Probierern und den stärkeren Konsumenten unterscheiden zu können. Hierfür wurden die SchülerInnen nach Häufigkeit sowie nach Menge des Konsums gefragt.

Die Kategorisierung des Rauchverhaltens erfolgte nach folgendem Schema:

- Nie-Raucher: Person, die noch nie in ihrem Leben geraucht hat
- Ex-Raucher: Person, die mindestens 20 Zigaretten in ihrem Leben geraucht hat, aber keine einzige in den letzten 30 Tagen.
- Probierer: Person, die zwischen 1 und 19 Zigaretten ihrem Leben geraucht hat und im letzten Monat keine bzw. weniger als eine pro Woche.
- Schwacher Raucher: Person, die zwischen „mindestens eine pro Woche“ bis „1-5 Zigaretten pro Tag“ raucht ODER Person, die mehr als 40 im Leben und im letzten Monat weniger als eine pro Woche geraucht hat.
- Starker Raucher: Person, die im Leben mehr als 40 und im letzten Monat „6-10 Zigaretten pro Tag“ oder mehr geraucht hat.

Bei der Erfassung des Alkoholkonsums wurde nicht zwischen verschiedenen Alkoholika differenziert. Dies hätte den Umfang des ohnehin schon komplexen Fragebogen gesprengt. Stattdessen wurde ganz allgemein nach *alkoholischen Getränken* gefragt.

Um ein riskantes von einem weniger riskanten Konsumverhalten abgrenzen zu können wurden folgende items hinzugezogen, die als Indikatoren für extremeren Konsum gelten:

- Wie oft hast Du im letzten Monat 5 Gläser Alkohol oder mehr hintereinander getrunken? (in Fachkreisen wird dies auch „Binge-drinking“ genannt, von engl. *binge* = Saufgelage)
- Wie oft warst Du in Deinem Leben/ im letzten Jahr/ im letzten Monat betrunken?
- Hattest Du jemals aufgrund Deines Alkohol- oder Drogenkonsum Probleme mit Eltern, Freunden, Lehrern, Schule oder Polizei?

Zu jeder der drei Substanzen (Nikotin, Alkohol und Cannabis) wurden Konsumentengruppen gebildet und jede der drei Hypothesen daraufhin geprüft.

Die belastenden Lebensereignisse umfassten insgesamt elf Situationen wie etwa Scheidung der Eltern, Arbeitslosigkeit der Eltern, schulische Überforderung. Die SchülerInnen sollten angeben, ob sie die genannte Situation erlebt haben und wenn „ja“, auf einer 4-stufigen Skala („nicht belastend“ bis „sehr belastend“) ankreuzen, wie belastend sie diese empfanden. Für jede/n SchülerIn wurde ein Summenscore gebildet. In diesen flossen alle Ereignisse mit ein, die als ziemlich („3“ auf der Skala) oder sehr belastend („4“ auf der Skala) erlebt wurden. Die SchülerInnen wurden hinsichtlich der Anzahl belastender Lebensereignisse folgendermaßen gruppiert: Personen, die mit bis zu zwei Ereignissen wenig *belastet* sind und Personen, die mit mehr als zwei Lebensereignissen *stark belastet* sind.

3.5 Statistische Auswertung

Alle Verfahren wurden mit Modulen des Statistikprogramms JMP in der Version 5.0.1 gerechnet. Für den C-Wert wurde Intervallskalenniveau angenommen. Die Prüfung auf Normalverteilung war hoch signifikant ($W=0,879$; $p=.0000$), d.h. die Verteilung des C-Wertes wich signifikant von einer Normalverteilung ab. Aufgrund der linkschiefen Verteilung und einiger Ausreißer im oberen Bereich lag es nahe, zur statistischen Analyse auf nicht-parametrische Verfahren zurück zu greifen. Im Ergebnis-Teil werden sowohl die Mittelwerte als auch die Mediane angegeben. Die Skalen des Drogenfragebogens wurden als ordinal-skaliert angesehen.

Mittelwertsunterschiede zwischen den verschiedenen Konsumentengruppen hinsichtlich des C-Wertes wurden, wenn es sich um den Vergleich zweier Gruppen handelte, mit dem Wilcoxon Rangsummentest berechnet. Bei einem Vergleich von mehr als zwei Gruppen mit dem Kruskal-Wallis-Test. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass anhand dieser Verfahren nicht die arithmetischen Mittel, sondern die *Mittelwerte der Rangsummen* verglichen werden. Es werden die üblichen Signifikanzniveaus von $\alpha \leq 0,05$ (signifikant), $\alpha \leq 0,01$ (sehr signifikant) und $\alpha \leq 0,001$ (hoch signifikant) verwendet.

Da die statistische Signifikanz einer Mittelwertdifferenz lediglich bedeutet, dass die Stichprobe nicht aus einer Grundgesamtheit mit einer Mittelwertdifferenz von Null stammt und zudem die Signifikanz mit steigender Stichprobengröße zunimmt, wurden zusätzlich Effektstärken berechnet. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem C-

Wert und den ordinal-skalierten Daten des Drogenfragebogens wurde mit der Rangkorrelation nach Spearman (r_s) berechnet.

Bei dem Vergleich von Häufigkeiten (s. Kap. 4.7) wurde der χ^2 -Test durchgeführt. Die Berechnung der dazugehörigen Effektstärken erfolgte hier jedoch mit den Rohdaten des C-Wertes, der Anzahl an Belastungen und des Konsums. Für die Interpretation von Effektstärken gibt es keine eindeutigen Richtlinien. Für fragebogengestützte Untersuchungen sind im allgemeinen niedrigere Effektstärken zu erwarten als für experimentelle Studien.

Im Mittelpunkt der Arbeit geht es erstens um die Frage, ob die moralische Urteilsfähigkeit in der Gruppe der *stark belasteten* Jugendlichen einen Einfluss auf den Substanzkonsum hat. Zweitens wird geprüft, ob kritische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer *weniger ausgeprägten moralischen Urteilsfähigkeit* in Beziehung zum Substanzkonsum stehen. Es interessiert jeweils nur der Einfluss einer Variable innerhalb jeder Teilgruppe. Aus diesem Grund wurde auf die Berechnung von Interaktionseffekten zwischen Belastungen und moralischer Urteilsfähigkeit bewusst verzichtet.

Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass sich die vorliegende Studie bei der Interpretation der Ergebnisse an den Effektstärken und absoluten Differenzen orientiert, da diese aus o.g. Gründen bezüglich einer Bewertung der praktischen Relevanz aussagekräftiger sind als bloße Signifikanztests.

4 Ergebnisse

4.1 Verteilung des C-Wertes (moralische Urteilsfähigkeit)

Bevor die Überprüfung der Hypothesen erfolgt, wird zuvor die Verteilung des C-Wertes vorgestellt. Dies geschieht getrennt nach Klassenstufe und Schulform, um mögliche Unterschiede in Mittelwerten und Varianzen aufzuzeigen.

Für eine Schülerin der 9. Realschule-Klasse sowie eine 7.-Klässlerin aus der Hauptschule konnte der C-Wert aufgrund fehlender Antworten im MUT nicht berechnet werden. Wie bereits erwähnt, wird aufgrund der linksschiefen Verteilung des C-Wertes und einiger Ausreißer mit parameterfreien Verfahren gerechnet. In den Tabellen werden sowohl Mittelwerte als auch Mediane angegeben, in den Grafiken wird der Übersichtlichkeit halber nur der Mittelwert abgebildet.

Tabelle 2a: C-Wert (Moralische Urteilsfähigkeit) nach Schulform – 9. Klasse

	9.Klasse				Signifikanz-Test	Effektstärke
	N	M	Md	SD		
Hauptschule	23	11,3	10,6	5,9	Chi ² =20,025 Df=2 p<.001	r _s =0,4971 p<.001
Realschule	28	22,9	23,3	12,4		
Gymnasium	22	30,4	26,2	20,5		
gesamt	73	21,5	17,8	15,8		

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Nach der Bildungstheorie sollte die moralische Urteilsfähigkeit nicht nur mit der Klassenstufe zusammenhängen, sondern – in unserem Bildungssystem – auch mit der Schulart. Tatsächlich bestätigen die Ergebnisse dieser Studie diese Annahme. Wie der Tabelle 2a zu entnehmen ist, haben unter den 9.-Klässlern die Gymnasiasten den mit 30,4 durchschnittlich höchsten C-Wert, gefolgt von den Realschülern mit 22,9. Die Hauptschüler haben mit einem Mittelwert von 11,3 den Niedrigsten. Der Mittelwertvergleich erfolgte mit dem parameterfreien Kruskal-Wallis Test. Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen sind statistisch hoch signifikant ($\chi^2=20,0251$; $df=2$; $p=.0001$). Zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und der Schulform besteht mit $r_s=0,4971$ ein hoch signifikanter, positiver Zusammenhang ($p=.0001$).

Allerdings zeigt sich dieser Effekt nur innerhalb der 9. Klasse. SchülerInnen der 7. Hauptschulklasse unterscheiden sich mit einem Mittelwert von 18,1 statistisch gesehen nicht von SchülerInnen des Gymnasiums, die einen mittleren C-Wert von 17,3

erreichen ($z = -0,34127$; $p = .7329$). Entsprechend gering ($r_s = -0,0431$; $p = .7310$) fällt in dieser Klassenstufe das Zusammenhangsmaß zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Schulform aus

Tabelle 2b: C-Wert (Moralische Urteilsfähigkeit) nach Schulform – 7. Klasse

	7.Klasse				Signifikanz-Test	Effektstärke
	N	M	Md	SD		
Hauptschule	36	18,1	14,8	11,7	$z = -0,34127$ ns	$r_s = -0,0431$ ns
Gymnasium	30	17,3	15,3	11,9		
gesamt	66	17,7	14,8	11,7		

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Sowohl die 7.-Klässler der Hauptschule als auch die des Gymnasiums haben im Schnitt einen höheren C-Wert als die 9.-Klässler der Hauptschule, welche auf einen Mittelwert von 11,3 kommen.

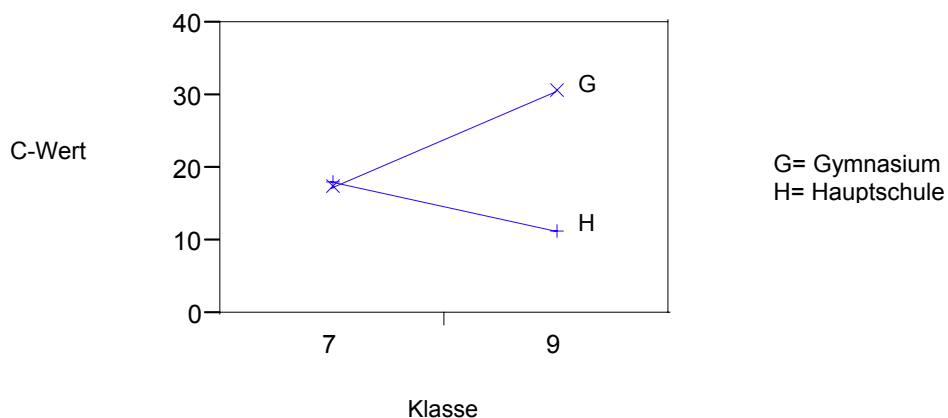


Abb. 1: Interaktion Schule x Klasse ($p = .0002$)

Es liegt eine deutliche Interaktion zwischen Schule und Klassenstufe vor (verg. Abb. 1). Während der durchschnittliche C-Wert im Gymnasium von der 7. Klasse zur 9. Klasse signifikant ansteigt ($z = 2,50969$; $p = .0121$), nimmt er in der Hauptschule dagegen signifikant ab ($z = -2,16811$; $p = .0302$). Die Berechnung des Interaktionseffekts erfolgte nur mit den Daten der Hauptschule und des Gymnasiums, da die Realschule nur mit einer 9. Klasse vertreten war.

Im Folgenden soll untersucht werden, ob zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum ein Zusammenhang besteht und ob dieser abhängig vom Alter der Jugendlichen und belastenden Lebensereignissen variiert. Die Überprüfung der drei

Hypothesen erfolgt für jede der drei Substanzen separat. Zuerst wird sie bezüglich des Zigarettenkonsums untersucht, dann bezüglich des Alkoholkonsums und zuletzt auf Cannabis. Anschließend wird der Frage nachgegangen, ob sich SchülerInnen, die bereits wegen ihres Alkohol- bzw. Drogenkonsums Probleme hatten, in ihrer Urteilsfähigkeit von anderen SchülerInnen unterscheiden.

4.2 Verteilung des Zigarettenkonsums

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der verschiedenen Rauchertypen, die auf Grundlage der im Methodenteil dargestellten Kategorisierung (Kap. 3.4.2) erfolgte.

Tabelle 3: Rauchertypen in Prozent nach Klassenstufe

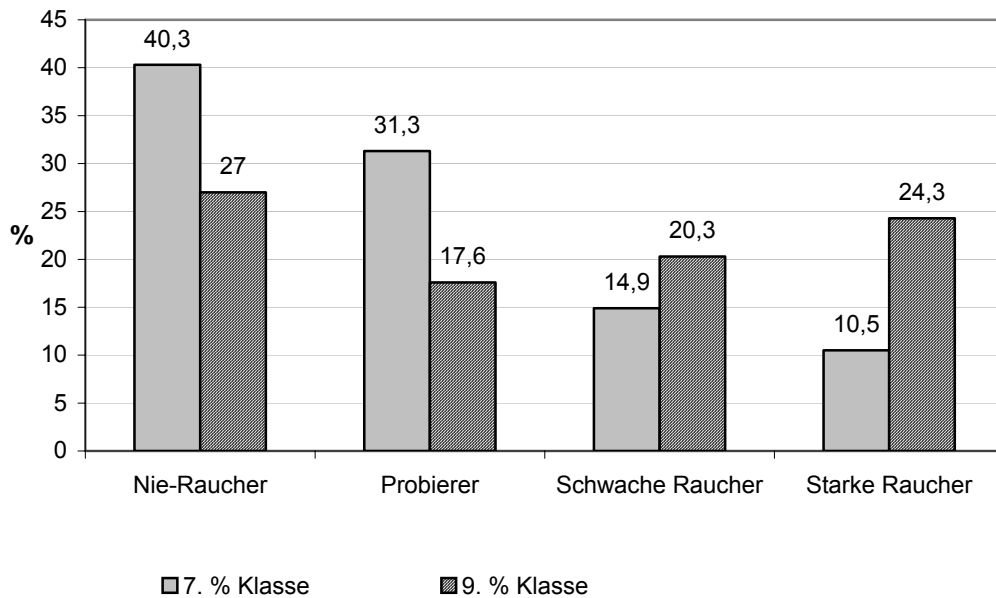
Klasse	%	Nie-Raucher	Ex-Raucher	Probierer	Schwach	Stark
7.	% Klasse	40,3	3	31,3	14,9	10,5
9.	% Klasse	27,0	10,8	17,6	20,3	24,3
Gesamt	%	33,3	7,1	24,2	17,7	17,7
	Anzahl	47	10	34	25	25

33,3% der Befragten geben an, noch nie in ihrem Leben eine Zigarette geraucht zu haben. Von der 7.Klasse gehören zu dieser Gruppe 40,3%, bei den 9.-Klässlern 27%. Ein geringer Anteil von 7,1% ist den Ex-Rauchern zuzuordnen. 24,2% aller SchülerInnen zeigen ein Probierverhalten. Bei der 7.Klasse sind dies 31,3% der SchülerInnen, bei der 9. mit 17,6% deutlich weniger. Dies ist vermutlich damit zu erklären, dass ein gewisser Anteil der 9.-Klässler bereits vom Probierverhalten zum regelmäßigen Konsum übergegangen ist.

35,4% aller SchülerInnen rauchen regelmäßig Zigaretten. Genau die Hälfte davon, d.h. 17,7% aller Schüler gehören zu den schwachen Rauchern, weitere 17,7% aller Schüler gehören zur Kategorie der starken Raucher. Bei den jüngeren Schülern sind 14,9% schwache Raucher, bei den älteren 20,3%. Der Anteil der starken Raucher unter den 7.Klässlern ist mit 10,5% deutlich geringer als in der 9. Klasse, bei denen der Anteil starker Raucher 24,3% aller SchülerInnen beträgt.

Hinsichtlich der Schulzugehörigkeit zeigen sich deutliche Unterschiede (siehe Tab. 26a u. 26b im Anhang) im Rauchverhalten. Bei den 7.-Klässlern des Gymnasiums ist genau ein Drittel der SchülerInnen den Probierern zuzuordnen, die übrigen 67% den Nie-Rauchern. Von den 7.-Klässlern der Hauptschule gehören dagegen nur 19% zu den Nie-Rauchern und knapp die Hälfte (46%) zu den schwachen oder starken Rauchern.

Abb. 2: Rauchertypen in % nach Klassenstufe



Bei der 9.Klasse sieht der Vergleich zwischen Gymnasium und Hauptschule ähnlich aus. Nur 13% der Hauptschüler haben noch nie eine Zigarette geraucht, bei den Gymnasiasten liegt der Anteil bei knapp 60%. Der Anteil der Probierer ist mit etwa 13% bei beiden Schulen identisch.

Lediglich 5 SchülerInnen vom Gymnasium, d.h. 23% von ihnen gehören zu den Rauchern, einer davon zu den starken. In der Hauptschule dagegen zählen 61% zu den Rauchern, fast die Hälfte aller HauptschülerInnen (48%) raucht stark.

Die Realschule nimmt bei einem Schulvergleich eine Mittelstellung ein. 14% von ihnen haben noch nie geraucht, 24% zeigen ein Probierverhalten und knapp die Hälfte (48%) gehört zu den regelmäßigen Rauchern. 27% aller RealschülerInnen rauchen schwach, die restlichen 21% zählen zu den starken Rauchern.

4.2.1 Hypothese 1: Zigarettenkonsum und moralische Urteilsfähigkeit

Im Folgenden wird untersucht, ob Jugendliche mit einer geringen moralischen Urteilsfähigkeit eher Zigaretten konsumieren als Jugendliche mit einer besseren Urteilsfähigkeit. Tabelle 4 stellt die Anteile der Rauchertypen dar sowie die dazugehörigen Mittelwerte und Mediane des C-Wertes (moralische Urteilsfähigkeit).

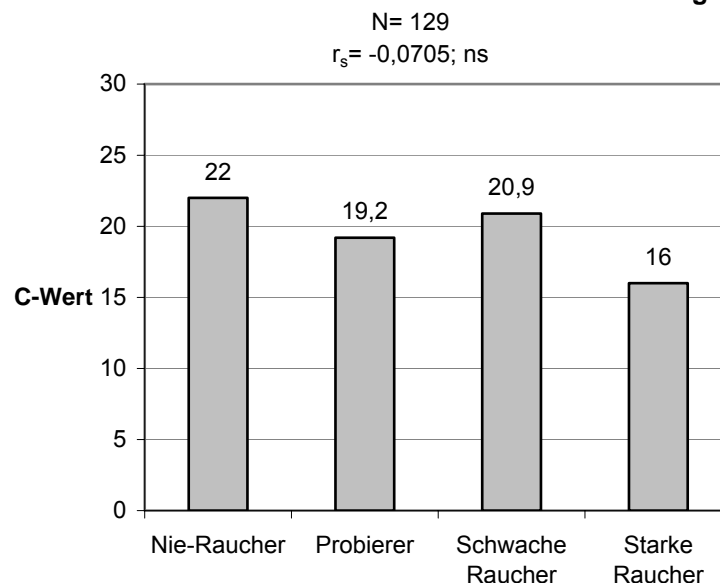
Tabelle 4: Raucherstatus und moralische Urteilsfähigkeit

Raucher-Status	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
Nie-Raucher	47	22,0	17,0	16,9	$\chi^2=2,3899$ df=3 ns	$r_s = -0,0705$ ns
Probierer	34	19,2	14,5	14,5		
Schwache Raucher	23	20,9	17,5	11,7		
Starke Raucher	25	16,0	14,7	9,9		
Gesamt	129					

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Ein Vergleich zwischen den verschiedenen Rauchertypen zeigt, dass die Nie-Raucher mit einem Mittelwert von 22 den höchsten C-Wert haben. Die starken Raucher dagegen mit 16 den niedrigsten. Dieser Befund stützt augenscheinlich die Hypothese, dass der Zigarettenkonsum mit sinkender moralischer Urteilsfähigkeit zunimmt.

Abb. 3: Raucherstatus und moralische Urteilsfähigkeit



Die statistische Überprüfung der Hypothese erfolgte mithilfe des Kruskal-Wallis Tests. Nicht berücksichtigt wurden hierbei die Ex-Raucher, da sie in der Rangordnung der Konsumenten nicht eindeutig eingeordnet werden können. Der Kruskal-Wallis Test liefert kein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2=2,3899$; df=3; $p=.4955$) d.h. der Zusammenhang kann hier statistisch nicht abgesichert werden. Die sechs Punkte-Differenz ist dennoch so hoch, dass von einem deutlichen Zusammenhang ausgegangen werden kann.

Die Effektstärke wurde mit der Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Der Test erbrachte keine statistisch bedeutsame Effektstärke ($r_s = -0.0705$; $p = .4271$). Jedoch ist zu erkennen, dass tendenziell ein negativer Zusammenhang zwischen der moralischen Urteilsfähigkeit und Zigarettenkonsum besteht, d.h. mit steigendem C-Wert wird der Zigarettenkonsum geringer. Statistisch betrachtet wird die Hypothese 1 nicht gestützt.

4.2.2 Hypothese 2: Zigarettenkonsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe

Ein Grund, warum in der Gesamtgruppe zwischen Zigarettenkonsum und moralischer Urteilsfähigkeit ein geringerer Zusammenhang besteht als vermutet wurde, könnte darin liegen, dass die Beziehung zwischen diesen beiden Variablen in der Gruppe der Jüngeren noch nicht vorhanden ist. Um diese Frage zu klären, wird die oben durchgeführte Analyse nochmals für beide Klassenstufen separat durchgeführt. Die C-Werte der verschiedenen Rauchertypen nach Klassenstufe sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Raucherstatus und moralische Urteilsfähigkeit nach Klassenstufe

Klasse	Raucherstatus	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
7	nie geraucht	27	17,6	16,0	12,4	$\chi^2 = 1,0332$ df=3 Ns	$r_s = 0,0818$ ns
	Probierer	21	15,5	13,4	9,5		
	Schwach	9	20,7	14,7	14,2		
	Stark	7	21,2	19,3	13,9		
9	nie geraucht	20	27,9	25,8	20,4	$\chi^2 = 6,9285$ df=3 Ns	$r_s = -0,2962$ p<.05
	Probierer	13	25,1	20,2	df=3		
	Schwach	14	21,1	17,6	Ns		
	Stark	18	14,0	12,9	7,4		

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Die Hypothese, dass sich der Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum erst beim Übergang von der 7. zur 9. Klasse herausbildet, lässt sich für den Zigarettenkonsum deutlich bestätigen (siehe Tab. 5 und Abb. 4). Der Zusammenhang, der in der 7. Klasse noch nicht zu bestehen scheint, ist in der 9. Klasse markant ausgeprägt.

Die Mittelwerte der 7.-Klässler weisen keinen linearen Zusammenhang auf. So haben die Probierer mit einem Mittelwert von 15,5 den niedrigsten C-Wert, gefolgt von den Nie-Rauchern mit 17,6. Die Raucher haben mit 20,7 bzw. 21,2 die höchsten C-Werte. Wie von Hypothese 2 postuliert, ist eine systematische Beziehung in dieser

Klassenstufe nicht erkennbar. Entsprechend liefert der Kruskal-Wallis Test kein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2=1,0332$; $df=3$; $p=7932$), d.h. die Mittelwerte der Rauchertypen unterscheiden sich innerhalb der siebten Klasse nicht voneinander. Entsprechend gering fällt auch die Effektstärke aus ($r_s=0,0818$; $p=.5203$).

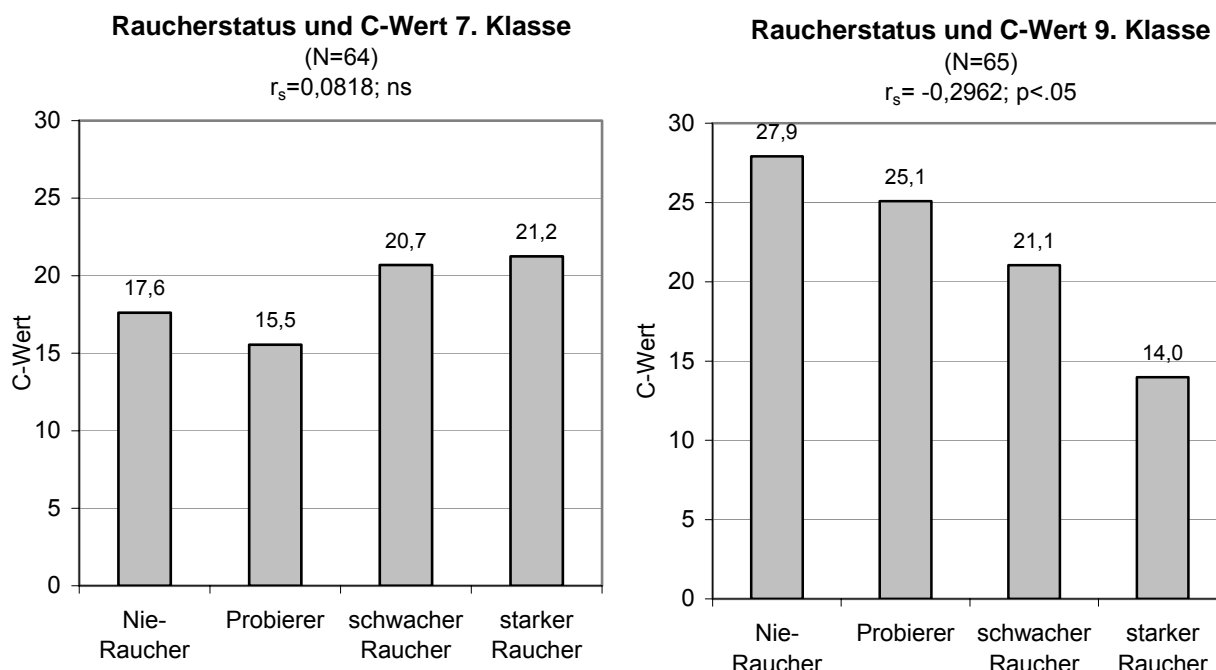


Abb. 4: Raucherstatus und C-Wert in Abhängigkeit von der Klassenstufe

In der 9. Klasse hingegen ist mit steigendem Zigarettenkonsum ein konstant sinkender C-Wert zu beobachten. Die Nie-Raucher haben hier mit einem Mittelwert von 27,9 den höchsten C-Wert, es folgen die Probierer mit 25,1 und die schwachen Raucher mit einem Mittelwert von 21,1. Mit einem durchschnittlichen C-Wert von 14,0 liegen die starken Raucher knapp 14 Punkte unter den Nie-Rauchern. Obwohl die Unterschiede zwischen den Rauchertypen statistisch gesehen nicht signifikant sind ($\chi^2=6,9285$; $df=3$; $p=.0742$), zeichnet sich hier deutlich ein linearer Trend, d.h. ein negativer Zusammenhang zwischen C-Wert und Zigarettenkonsum, ab.

Der Test auf Effektstärke zeigt, dass innerhalb der 9. Klasse zwischen dem C-Wert und dem Zigarettenkonsum ein signifikant negativer Zusammenhang besteht ($r_s=-0.2962$; $p=.0166$), d.h., dass mit steigendem C-Wert der Zigarettenkonsum abnimmt.

4.2.3 Hypothese 3: Zigarettenkonsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen

Die dritte Hypothese postuliert, dass Jugendliche, die viele Belastungen im Leben erfahren haben und zusätzlich über eine geringe moralische Urteilsfähigkeit verfügen eher zum Zigarettenkonsum tendieren als Jugendliche, bei denen eine geringere Kluft zwischen Belastungen und Urteilsfähigkeit besteht.

Zunächst soll gezeigt werden, wie sich die von den SchülerInnen genannten Belastungen verteilen. Die Jugendlichen werden für die Hypothesenüberprüfung in eine wenig und eine stark belastete Gruppe geteilt. Wenig belastet sind SchülerInnen mit 0 bis 2 Belastungen, stark belastet sind SchülerInnen mit mehr als zwei Belastungen.

Tabelle 6: Häufigkeiten belastender Lebensereignisse in Abhängigkeit von der Klassenstufe

		Anzahl Belastungen							
		0	1	2	3	4	5	6	7
7. Klasse	%Klasse	26,9	26,9	19,4	11,9	6,0	6,0	1,5	1,5
9. Klasse	% Klasse	27,0	24,3	14,9	12,2	10,8	6,8	4,1	0
% gesamt		27,0	25,5	17,0	12,1	8,5	6,4	2,8	0,7
Anzahl Schüler		38	36	24	17	12	9	4	1

Wie bei der Überprüfung von Hypothese 2 gezeigt werden konnte, scheint erst in der späteren Jugend ein Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Zigarettenkonsum zu bestehen. Es wäre daher naheliegend, Hypothese 3 nur für die 9. Klasse zu überprüfen. Aufgrund zu geringer Zellenbelegung war dies jedoch nicht möglich. Die Überprüfung auf Mittelwertunterschiede erfolgt daher mit den Daten beider Klassenstufen.

Da nicht alle Zellen der Rauchertypen ausreichend belegt waren, wurden die schwachen und starken Raucher zu der Gruppe der Raucher zusammengefasst. Im linken Teil von Abbildung 5 sind die C-Werte und das Rauchverhalten der SchülerInnen zu sehen, die bisher keine bzw. wenige Belastungen erfahren haben.

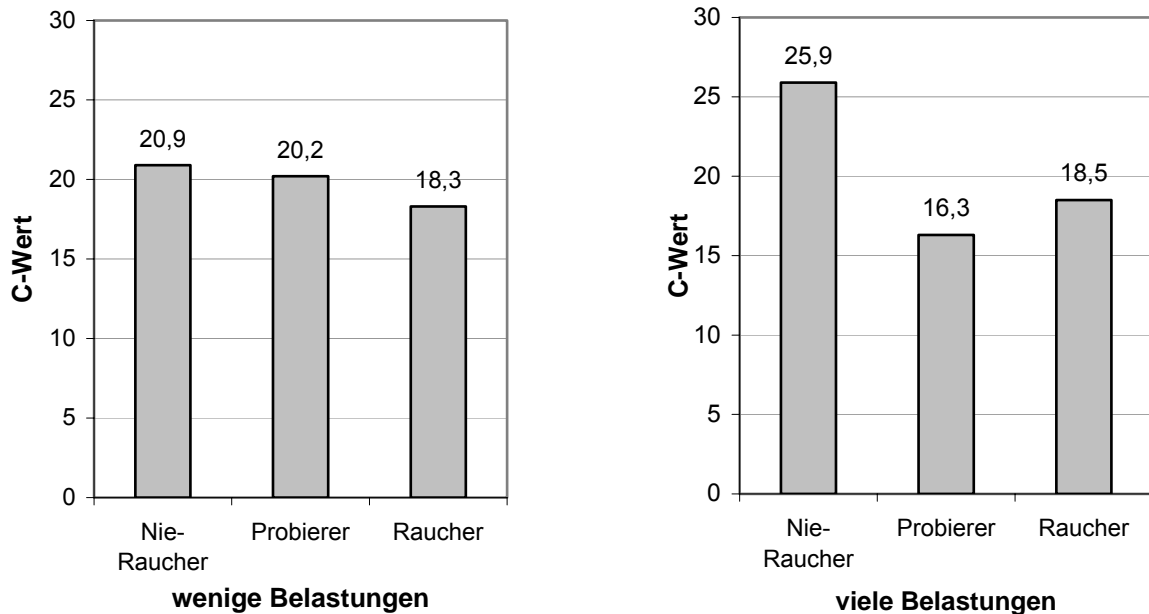
Tabelle 7: Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen und Zigarettenkonsum

Belastungen	Raucher-Typ	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
Wenige	Nie-Raucher	37	20,9	16,0	16,8	$\chi^2=0,0224$ df=2 ns	$r_s= -0,0248$ Ns
	Probierer	25	20,2	13,4	16,1		
	Raucher	32	18,3	16,4	10,8		
Viele	Nie-Raucher	10	25,9	23,8	17,6	$\chi^2=1,8099$ df=2 ns	$r_s= -0,1507$ Ns
	Probierer	9	16,3	20,1	9,1		
	Raucher	16	18,5	16,5	11,8		

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Den höchsten Mittelwert mit 20,9 hat die Gruppe der Nie-Raucher. Die Probierer und die Raucher unterscheiden sich mit einem Mittelwert von 20,2 bzw. 18,3 davon nur geringfügig.

Abb. 5: Moralische Urteilsfähigkeit nach Belastungen und Raucherstatus
Alle SchülerInnen (N=139)



Größere Differenzen zwischen den Raucher-Gruppen sind bei den stark belasteten Jugendlichen zu erkennen. SchülerInnen, die viele Belastungen erlebt haben und noch nie eine Zigarette geraucht haben, erreichen einen Mittelwert von 25,9. SchülerInnen, die ein Probierverhalten zeigen erreichen einen Mittelwert von 16,3. Die Gruppe der Raucher liegt mit einem Mittelwert von 18,5 über sieben Punkte unter der Gruppe der Jugendlichen, die noch nie in ihrem Leben geraucht haben.

Auch wenn auch hier der Zusammenhang statistisch nicht abgesichert werden kann ($\chi^2=1,8099$; $df=2$; $p=.4046$), unterstützen die Ergebnisse die Hypothese, dass eine starke Diskrepanz zwischen Belastungen und Urteilsfähigkeit mit verstärktem Zigarettenkonsum einhergeht.

Zusätzlich wurde für die SchülerInnen mit vielen belastenden Ereignissen das Zusammenhangsmaß zwischen Zigarettenkonsum und C-Wert berechnet. Die Rangkorrelation ergibt, dass zwischen dem C-Wert und dem Rauchverhalten ein nicht-signifikanter negativer Zusammenhang besteht, d.h., dass bei Jugendlichen mit vielen

Belastungen mit steigender moralischer Urteilsfähigkeit der Zigarettenkonsum abnimmt ($r_s = -0,1507$; $p = .3874$). In der Gruppe der wenig belasteten Jugendlichen zeichnet sich dagegen mit $r_s = -0,0248$ ($p = .8125$) kein derartiger Zusammenhang ab.

Die Berechnung der Effektstärke nur für die 9. Klasse, zeigt allerdings, dass der Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Zigarettenkonsum entgegen der Erwartung ausschließlich in der Gruppe der *wenig belasteten* Jugendlichen zu finden ist ($r_s = -0,3134$; $p < .05$), d.h. hier wird mit geringer werdender Urteilsfähigkeit mehr geraucht. Innerhalb der *stark belasteten* Gruppe macht sich kein derartiger Effekt bemerkbar ($r_s = -0,1105$; ns).

4.3 Verteilung des Binge-Drinkings

Im folgenden Kapitel werden die drei Hypothesen am Binge-Drinking der SchülerInnen überprüft. Um einen Eindruck vom Konsumverhalten der Jugendlichen zu bekommen wird zuvor die Verteilung des Binge-Drinkings dargestellt.

Aufgrund inkonsistenter und widersprüchlicher Angaben im Alkoholteil des Fragebogens konnten die Daten von zwei Jungen der 7. Hauptschulklasse nicht berücksichtigt werden. Zwei weitere SchülerInnen machten zum Binge-Drinking keine Angaben. In die Berechnungen gehen daher nur Daten von 135 SchülerInnen ein.

Von den 137 SchülerInnen, von denen Angaben vorliegen (siehe Tab. 8) haben während des letzten Monats 63% kein einziges Mal Binge-Drinking praktiziert. Bei den 7-Klässlern waren es 84% und bei den 9-Klässlern 45%. 14% aller 7.-Klässler geben an, ein- bis zweimal entsprechend viel getrunken zu haben, während es bei der 9. Klasse 25% aller SchülerInnen sind. Ein Junge aus der 7. Klasse gibt an, im letzten Monat sechs- bis neunmal Binge-Drinking praktiziert zu haben. 22% der 9.Klässler haben drei- bis fünfmal soviel Alkohol getrunken, die restlichen 8% der älteren Schüler geben an, sechsmal oder öfter entsprechend getrunken zu haben.

Tabelle 8.: Verteilung von Binge-Drinking im letzten Monat nach Klassenstufe

Klasse		Nie	1-2 mal	3-5 mal	6-9 mal	10 mal oder öfter	N % gesamt
7	N	54	9	0	1	0	64
	% Klasse	84,4	14,1	0,00	1,5	0,00	46,72
9	N	33	18	16	4	2	73
	% Klasse	45,2	24,7	21,9	5,5	2,7	53,28
	Gesamt	87	27	16	5	2	137
	%	63,4	19,7	11,7	3,7	1,5	

Da einige Zellen bei den 7.-Klässlern nicht belegt waren, wurden die SchülerInnen in zwei Gruppen geteilt, SchülerInnen, die angaben, nie Binge-Drinking praktiziert zu haben und SchülerInnen, die innerhalb des letzten Monats mindestens einmal Binge-Drinking praktiziert haben. Der Chi²-Test zeigt, dass sich die zwei Klassenstufen (n=137) hinsichtlich ihres Konsums signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=22,575$; df=1; p.0001; r=0,406), d.h. von den älteren SchülerInnen trinken deutlich mehr große Mengen von Alkohol.

4.3.1 Hypothese 1: Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit

Diejenigen 87 SchülerInnen, die kein einziges Mal Binge-Drinking praktiziert haben, haben einen durchschnittlichen C-Wert von 20,3 (siehe Tab. 9). Die übrigen 48 SchülerInnen, die mindestens einmal im letzten Monat fünf Gläser oder mehr hintereinander getrunken haben unterscheiden sich mit einem Mittelwert von 18,8 nicht signifikant von der ersten Gruppe (z=0,00230; p=.9982). Die Ergebnisse stützen somit nicht die Hypothese, die besagt, dass Jugendliche mit einem niedrigeren C-Wert eher zu verstärktem Konsum tendieren.

Tabelle 9: Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit

Binge-Drinking	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
Nein	87	20,3	16,0	15,5	z=0,00230	r _s = 0,0093
Ja	48	18,9	17,5	11,9	ns	ns

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Die Effektstärke wurde nicht anhand der Gruppierung „Binge-Ja“ und „Binge-nein“ berechnet, sondern mit den Rohdaten, die weiter oben beschrieben sind. Die Korrelation zwischen dem C-Wert und Binge-Drinking ist mit r_s=0,0093 (p=.9150) statistisch nicht signifikant, d.h. es besteht kein Zusammenhang zwischen Binge-Drinking und moralischer Urteilsfähigkeit.

4.3.2 Hypothese 2: Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe

Ein Grund für die geringe Effektstärke könnte darin liegen, dass sich, wie beim Zigarettenkonsum, ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und moralischer Urteilsfähigkeit erst im späteren Jugendalter herausbildet. Um diese Vermutung zu überprüfen wird dieselbe Analyse für beide Klassenstufen separat durchgeführt.

Tabelle 10: Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe

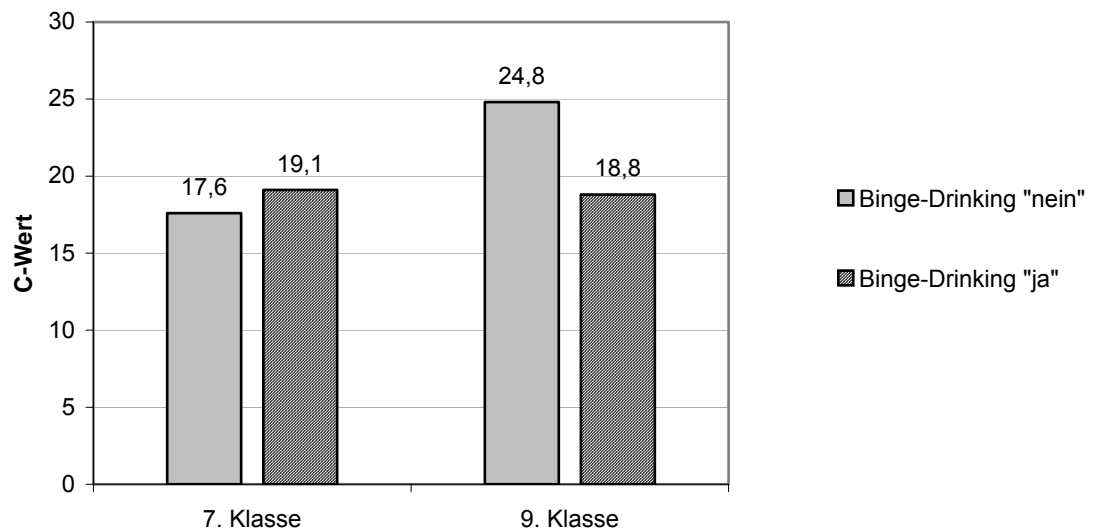
Klasse	Binge-Drinking	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
7	Nein	54	17,6	14,4	12,0	$z=0,38302$	$r_s= 0,0519$
	Ja	9	19,1	18,2	12,5	ns	ns
9	Nein	33	24,8	22,8	19,2	$z=1,03975$	$r_s= -0,0955$
	Ja	39	18,8	17,5	12,0	ns	ns

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Von den 7.-Klässlern hat die Gruppe, die im letzten Monat nie Binge-Drinking praktiziert hat einen durchschnittlichen C-Wert von 17,6. Die SchülerInnen, die Binge-Drinking praktiziert haben erreichen einen etwas höheren Wert von durchschnittlich 19,1. Ein Zusammenhang zwischen der Urteilsfähigkeit und Binge-Drinking ist innerhalb der 7. Klasse nicht erkennbar. Der Wilcoxon Rangsummentest ergibt, dass sich die beiden Gruppen statistisch nicht voneinander unterscheiden ($z=0.38302$; $p=.7017$).

Erwartungsgemäß fällt die Rangkorrelation zwischen C-Wert und Binge-Drinking mit $r_s=0,0519$ ($p=.6863$) sehr schwach aus, d.h. bei den jüngeren SchülerInnen ist kein Zusammenhang erkennbar.

Abb. 6: Moralische Urteilsfähigkeit und Binge-Drinking nach Klassenstufe



Wie Abb. 6 verdeutlicht stützen die Ergebnisse Hypothese 2. SchülerInnen der 9. Klasse, die im letzten Monat kein Binge-Drinking praktiziert haben erreichen einen mittleren C-Wert von 24,8, die Gruppe derer, die mindestens einmal im letzten Monat Binge-Drinking praktiziert hat, liegt mit durchschnittlich 18,8 deutlich darunter. Wie

auch beim Zigarettenkonsum scheint sich erst beim Übergang von der 7. zur 9. Klasse ein negativer Zusammenhang zwischen Urteilsfähigkeit und Alkoholkonsum herauszubilden.

Die Korrelation zwischen C-Wert und Anzahl Binge-Drinking erweist sich als negativ, d.h. mit zunehmender Urteilsfähigkeit wird bei den älteren SchülerInnen weniger oft große Mengen Alkohol getrunken. Statistisch gesehen ist der Zusammenhang jedoch nicht signifikant ($r_s = -0,0955$; $p = .4247$). Die sechs Punkte Differenz sind dennoch so hoch, dass von einem deutlichen Zusammenhang ausgegangen werden kann.

4.3.3 Hypothese 3: Binge-Drinking und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen

Im Folgenden soll untersucht werden, ob der Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Binge-Drinking in Abhängigkeit von belastenden Lebensereignissen variiert. Aufgrund der Vermutung, dass sich ein Zusammenhang zwischen Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum erst in der späteren Jugend herausbildet, erfolgt die Überprüfung der Hypothese nur für die 9.Klasse.

Tabelle 11: Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen und Binge-Drinking – 9. Klasse

Belastungen	Binge-Drinking	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
Keine/wenig	Nein	22	21,7	12,1	20,9	$z = -0,73554$	$r_s = 0,0813$
	Ja	25	20,4	17,5	13,2	ns	ns
Viele	Nein	11	31,0	27,5	14,3	$z = 2,81936$	$r_s = -0,3987$
	Ja	14	16,0	16,5	9,1	$p < .01$	$p < .05$

N= Anzahl

M = Mittelwert

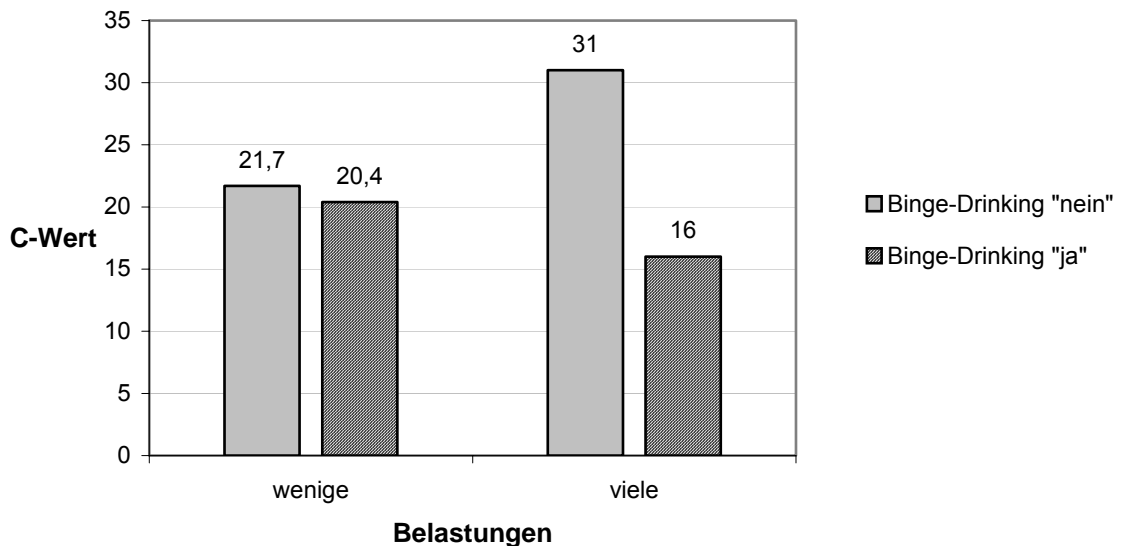
Md = Median

SD = Standardabweichung

Die Gruppe der Jugendlichen mit keinen bzw. wenigen Belastungen, die innerhalb der letzten 30 Tage nie Binge-Drinking praktiziert hat erreicht im Durchschnitt einen C-Wert von 21,7 (siehe Tab. 11) und unterscheidet sich damit nicht deutlich von den wenig belasteten Jugendlichen, die im letzten Monat Binge-Drinking praktiziert haben. Letztere Gruppe hat einen durchschnittlichen C-Wert von 20,4. Eine systematische Beziehung zwischen M.U. und Alkoholkonsum ist innerhalb dieser Gruppe nicht erkennbar. Der Wilcoxon Test zeigt, dass die Gruppe der Konsumenten einen etwas höheren Rangmittelwert erzielt als die nicht konsumierende Gruppe. Statistisch gesehen unterscheiden sich die beiden Gruppen jedoch nicht voneinander ($z = -0,73554$; $p = .4620$). Der Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und

Binge-Drinking fällt innerhalb dieser Gruppe mit $r_s=0,0813$ gering und statistisch nicht signifikant aus ($p=.5870$).

Abb. 7: Moralische Urteilsfähigkeit nach Belastungen und Binge-Drinking
9. Klasse (N=72)



Wie Abb. 7 verdeutlicht unterstützen die Ergebnisse die Hypothese, dass stark belastete Jugendliche mit einer geringeren moralischen Urteilsfähigkeit eher zu extremen Alkoholkonsum tendieren. SchülerInnen der 9. Klasse, die von vielen Belastungen berichten und im letzten Monat nie Binge-Drinking praktiziert haben, erreichen einen durchschnittlichen C-Wert von 31,0. Die Gruppe der stark belasteten SchülerInnen, die mindestens einmal im letzten Monat Binge-Drinking praktiziert hat liegt mit einem Mittelwert von 16,0 ganze 15 Punkte darunter.

Die statistische Überprüfung liefert ein sehr signifikantes Ergebnis ($z=2,81936$; $p=.0048$), d.h. stark belastete Jugendliche, die binnen des letzten Monats große Mengen Alkohol hintereinander getrunken haben, verfügen über eine weniger gute M.U. als Jugendliche mit ähnlich vielen Belastungen, die keinen extremen Alkoholkonsum betrieben haben.

Die Berechnung der Effektstärke zeigt deutlich, dass in der Gruppe der stark belasteten Jugendlichen mit geringer werdender M.U. signifikant öfter Binge-Drinking praktiziert wird ($r_s= -0,3987$; $p=.0484$).

4.4 Verteilung der Rauscherlebnisse

72,3% der 7-Klässler geben an, noch nie *in ihrem Leben* betrunken gewesen zu sein. 12,3% der 7.Klasse waren ein- bis zweimal betrunken, 15,4% von ihnen geben an, mehr als zweimal betrunken gewesen zu sein, keiner von ihnen jedoch zwanzigmal oder öfter.

Von der 9. Klasse geben 37,8% an, noch nie betrunken gewesen zu sein. 16,2 % aller 9.Klässler waren ein- bis zweimal in ihrem Leben betrunken. Der mit 46% größte Anteil war bereits mehr als zweimal betrunken. 12,2% aller älteren Jugendlichen waren bisher 20 mal oder öfter betrunken.

In den *letzten 30 Tagen* vor der Fragebogenerhebung waren 9,2% der 7.-Klässler mindestens einmal betrunken. Bei der 9. Klasse berichten 37,8% von mindestens einem Rauscherlebnis innerhalb des letzten Monats. Der Chi²-Test ergibt, dass signifikant mehr 9.-Klässler als 7.-Klässler von Trunkenheit berichten ($\chi^2=15,326$; $df=1$; $p=.0001$; $r=0,33$).

Führt man sich die Aussagen zum Binge-Drinking vor Augen, fällt die scheinbare Diskrepanz auf zwischen dem berichteten Binge-Drinking und der berichteten Trunkenheit. Von den jüngeren SchülerInnen praktizierten in den letzten 30 Tagen 16,7% Binge-Drinking, bei der 9.Klasse waren es 54,8%, dennoch berichten nur 9,2% bzw. 37,8% der Jugendlichen von Trunkenheit. Diese Diskrepanz lässt vermuten, dass viele Jugendliche entweder die Wirkung des Alkohols unterschätzen oder aber ihre eigene Alkoholtoleranz/Verträglichkeit überschätzen.

4.4.1 Hypothese 1: Rauscherlebnisse und moralische Urteilsfähigkeit

Von je einem Mädchen der 7. und 9. Klasse, die beide von Trunkenheit berichten, liegen keine C-Werte vor. In die statistischen Berechnungen fließen daher nur die Daten von 137 SchülerInnen ein.

Über alle SchülerInnen hinweg erreicht die Gruppe mit Rauscherlebnissen einen durchschnittlichen C-Wert von 19,3 und unterscheidet sich damit nicht von den SchülerInnen ohne Rauscherlebnisse, die einen Mittelwert von 19,9 haben.

Tabelle 12: Rauscherlebnisse und moralische Urteilsfähigkeit – 7. Klasse und 9. Klasse

Betrunken	Anzahl	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
Nein	105	19,9	15,6	15,2	$z= 0,68423$	$r_s=0,0669$
Ja	32	19,3	18,2	10,2	ns	ns

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Der Wilcoxon Test ergibt, dass sich die beiden Gruppen statistisch nicht voneinander unterscheiden ($z=0,68423$; $p=.4938$). Die Berechnung der Effektstärke fällt mit $r_s=0,0669$ sehr gering und statistisch nicht signifikant aus ($p=.4372$) d.h. ein Zusammenhang kann hier statistisch nicht abgesichert werden.

4.4.2 Hypothese 2: Rauscherlebnisse und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe

Wie schon bei den vorangegangenen Analysen könnte ein Grund für die geringe Effektstärke darin liegen, dass sich ein Zusammenhang zwischen der Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum erst in der späteren Jugend zeigt. Daher erfolgt dieselbe Analyse nochmals separat für beide Klassenstufen.

Tabelle 13: Rauscherlebnisse und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe

Klasse	betrunken	Anzahl	Mittelwert	Median	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
7	Nein	59	17,4	14,6	11,7		
	Ja	5	21,6	19,3	15,3		
9	Nein	46	23,1	17,1	18,5	$z= -0,10855$	$r_s=0,0071$
	Ja	27	18,9	17,8	9,3	ns	Ns

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Die Ergebnisse getrennt nach Klassenstufe sind Tab. 13 zu entnehmen. Die statistische Überprüfung von Hypothese 2 ist für die jüngeren SchülerInnen aufgrund zu geringer Zellenbelegung nicht möglich.

Die 9.Klässler, die von Trunkenheit im letzten Monat berichten erreichen im Schnitt einen C-Wert von 18,9 und liegen damit etwa 4 Punkte unter der Gruppe ohne Rauscherlebnisse, die auf einen durchschnittlichen C-Wert von 23,1 kommt. Die statistische Überprüfung liefert ein nicht signifikantes Ergebnis ($z= -0,10855$; $p=.9136$) d.h. Jugendliche, die von Rauscherlebnissen berichten unterscheiden sich in ihrer Urteilsfähigkeit statistisch nicht signifikant von Jugendlichen ohne Rauscherlebnisse.

Die Effektstärke ist mit $r_s=0.0071$ ($p=.9525$) nicht besonders ausgeprägt, d.h., dass innerhalb der 9. Klasse ein Zusammenhang zwischen der Urteilsfähigkeit und der „Anzahl von Rauscherlebnissen im letzten Monat“ statistisch nicht abgesichert werden kann. Ein Grund dafür, dass die Effektstärke weitaus geringer ausfällt als vermutet, könnte darin liegen, dass einige Jugendliche dazu tendieren, die Wirkung des Alkohols, bzw. ihre Verträglichkeit falsch einzuschätzen.

4.4.3 Hypothese 3: Rauscherlebnisse und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen

Als nächstes soll der Frage nachgegangen werden, ob die Beziehung zwischen Alkoholkonsum und moralischer Urteilsfähigkeit durch belastende Lebensereignisse moderiert wird. Es wird angenommen, dass stark belastete Jugendliche mit einer weniger ausgeprägten Urteilsfähigkeit eher zu extremen Konsum neigen als Gleichaltrige, bei denen die Kluft zwischen Belastungen und Urteilsfähigkeit kleiner ist.

Tab. 14: Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen und Trunkenheit – 9. Klasse

Belastungen	Betrunken	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
keine-wenig	Nein	32	21,6	12,1	19,6	z= 0,86388	r _s =0,1276
	Ja	16	19,7	18,1	10,0	ns	ns
Viele	Nein	14	26,5	25,5	15,9	z= -1,50548	r _s = -0,3129
	Ja	11	17,7	17,8	8,6	ns	ns

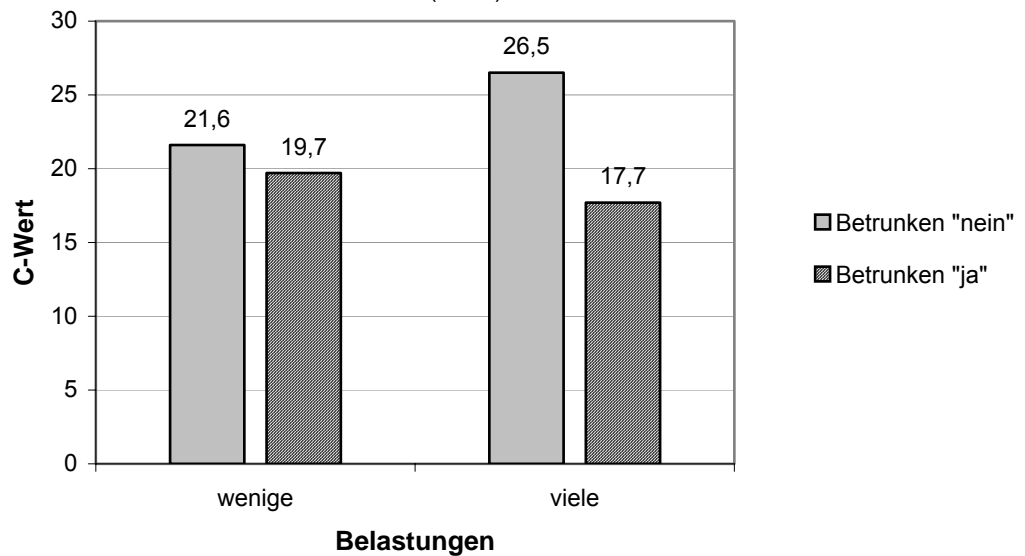
N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Wie Tab. 14 und Abb. 8 zu entnehmen ist, sind die Unterschiede in der Moralischen Urteilsfähigkeit innerhalb der *wenig belasteten* Gruppe weitaus geringer als innerhalb der Gruppe mit *vielen Belastungen*. Bei den wenig belasteten Jugendliche erreichen diejenigen, die im letzten Monat nie betrunken waren im Schnitt einen C-Wert von 21,6 und die Gruppe derer, die von Betrunkenheit berichten einen von 19,7. Der Vergleich auf Mittelwertunterschiede ergibt, dass sich die beiden Gruppen statistisch nicht signifikant voneinander unterscheiden ($z=0,86388$; $p=.3877$).

Der Test auf Effektstärke zeigt, dass bei den wenig belasteten Jugendlichen zwischen Urteilsfähigkeit und Betrunkenheit mit $r_s= 0,1276$ ein schwach positiver Zusammenhang besteht ($p=.3874$), d.h., dass mit steigender M.U. eher von Trunkenheit berichtet wird. Bei den Jugendlichen mit *vielen Belastungen* verhält es sich umgekehrt. Hier haben Jugendliche ohne Rauscherlebnisse mit 26,5 einen um fast neun Punkte höheren Mittelwert als Jugendliche mit Rauscherlebnissen. Letztere Gruppe kommt auf einen Mittelwert von 17,7. Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass bei der Gruppe der stark belasteten Jugendlichen mit sinkender moralischer Urteilsfähigkeit eher von Rauschzuständen berichtet wird.

Abb. 8: Moralische Urteilsfähigkeit nach Belastungen und Rauscherlebnissen

9. Klasse (N=73)



Obwohl die statistische Überprüfung kein signifikantes Ergebnis liefert ($z=-1,50548$; $p=.1322$) ist bei einer Differenz von neun Punkten von einem starken Zusammenhang auszugehen. Der Test auf Effektstärke zeigt, dass in dieser Gruppe mit $r_s=-0,3129$ ein negativer Zusammenhang vorliegt, d.h. bei stark belasteten Jugendlichen wird mit geringer werdender Urteilsfähigkeit öfter von Trunkenheit berichtet. Statistisch kann der Zusammenhang jedoch nicht abgesichert werden ($p=0.1278$).

Die Korrelation zwischen „Anzahl Belastungen“ und „Anzahl Rauscherlebnisse“ über alle 9-Klässler hinweg ergibt, dass mit $r_s=0,2475$ ein signifikant positiver Zusammenhang besteht, d.h. mit steigender Anzahl von Belastungen wird in der 9. Klasse vermehrt von Trunkenheit berichtet. ($p=.0335$).

4.5 Verteilung des Cannabis-Konsums

Bevor die drei Hypothesen am Cannabis-Konsum der SchülerInnen überprüft werden erfolgt die Verteilung des Cannabis-Konsums. Von den 141 SchülerInnen (siehe Tab. 27 im Anhang) geben 76% an, noch nie in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben. Von denen der 7. Klassenstufe sind dies 91% aller SchülerInnen, von denen der 9. Klasse 62%.

6% der 7.Klasse und 8% der 9.Klasse haben zumindest ein bis zweimal Cannabis probiert. Nur zwei SchülerInnen der 7.Klasse geben an, mehr als fünfmal Cannabis konsumiert zu haben. 30% der 9. Klasse geben an in ihrem Leben mehr als zweimal

Cannabis konsumiert zu haben, 10 SchülerInnen der 9. Klasse (14%) haben 20 mal oder öfter Cannabis konsumiert, 7 von ihnen 40 mal oder öfter.

Von den insgesamt 34 SchülerInnen, die mindestens einmal in ihrem Leben gekifft haben, geben 21 an, im letzten Monat kein Cannabis konsumiert zu haben, die übrigen 13 SchülerInnen, d.h. 38% der Cannabiserfahrenen zählen zu den aktuellen Konsumenten, von denen der größte Teil angibt, mindestens 3 mal im letzten Monat gekifft zu haben. Personen, die in ihrem Leben bereits Cannabis konsumiert haben, im letzten Monat jedoch nicht, gehören zu der Kategorie der Probierer. SchülerInnen, die im letzten Monat Cannabis konsumiert haben, zählen zu den Konsumenten.

Die genaue Verteilung der Konsumententypen nach Klassenstufe ist Tabelle 15 zu entnehmen.

Tabelle 15: Cannabis: Konsumententypen nach Klassenstufe

Klasse	N		Nie	Probierer	Konsument
7	67	% Klasse	91,0%	6%	3%
9	74	% Klasse	62,2%	23,0%	14,9%
Gesamt	141	% gesamt Anzahl	75,9% 107	14,9% 21	9,2% 13

Ein Vergleich zwischen den Klassen ergibt, dass in der 9.Klasse signifikant mehr Probierer und Konsumenten sind als in der 7.Klasse ($\chi^2 = 16,073$; $df=2$; $p=.0003$; $r=0,338$).

4.5.1 Hypothese 1: Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit

Im Folgenden wird die Hypothese 1 geprüft, die besagt, dass Jugendliche mit geringer moralischer Urteilsfähigkeit eher zu Cannabis-Konsum tendieren. Von einem der Konsumenten lag kein C-Wert vor. Der Tabelle 16 sind die Mittelwerte und Mediane der verschiedenen Konsumenten-Gruppen zu entnehmen. Den im Schnitt höchsten C-Wert mit 24,2 erreichen Jugendliche, die irgendwann in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, aktuell jedoch nicht zu den Konsumenten gehören. SchülerInnen, die noch nie Cannabis probiert haben erreichen einen durchschnittlichen C-Wert von 19,4. Den niedrigsten C-Wert mit durchschnittlich 15,0 haben die Cannabis-Konsumenten.

Tabelle 16: Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit

Cannabis	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
Nie	106	19,4	16,3	14,0	$\chi^2=3,6409$	$r_s= 0,0477$
Probierer	21	24,2	17,8	16,3	df=2	ns
Konsument	12	15,0	11,7	8,2	ns	

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Der Kruskal-Wallis Test zeigt, dass sich die Mittelwerte zwischen den drei Gruppen statistisch nicht signifikant unterscheiden ($\chi^2 = 3,6409$; $df=2$; $p=.1620$).

Die Berechnung der Effektstärke zeigt, dass sich ein schwacher positiver, wenn auch nicht signifikanter Zusammenhang zwischen der Urteilsfähigkeit und Cannabis-Konsum andeutet ($r_s= 0,0477$; $p=.5772$).

4.5.2 Hypothese 2: Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe

Wie bereits zuvor erfolgt dieselbe Analyse nochmals separat für beide Klassenstufen. Tabelle 17 zeigt die Verteilung der Konsumentengruppen getrennt nach der Klassenstufe. Die Daten der 7. Klasse sind aufgrund zu geringer Zellenbelegung nicht interpretierbar.

Wie Tab. 17 verdeutlicht, führt ein nach Klassenstufe getrennter Vergleich der Konsumtypen zu ähnlichen Ergebnissen wie die Vergleiche zum Nikotin- und Alkoholkonsum.

Tabelle 17: Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von der Klassenstufe

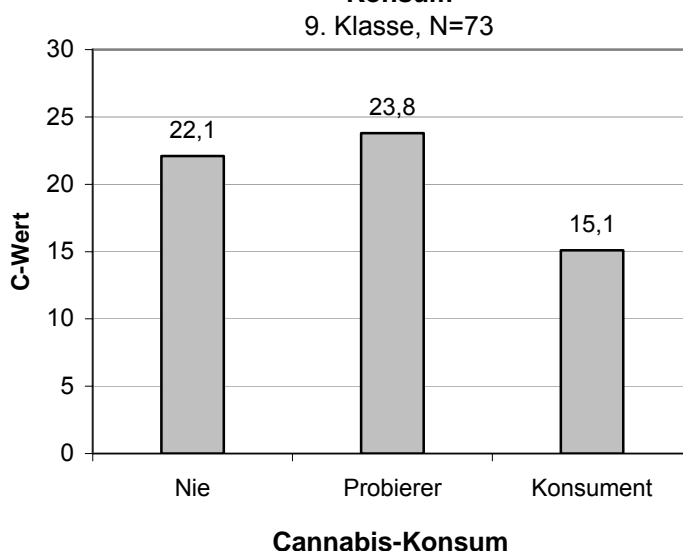
Klasse	Cannabis	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
7	Nie	60	17,3	14,6	11,5		
	Probierer	4	26,1	25,3	15,3		
	Konsument	2	14,2	14,2	7,3		
9	Nie	46	22,1	19,2	16,4	$\chi^2=2,2231$	$r_s= -0,1583$
	Probierer	17	23,8	17,8	16,9	df=2	ns
	Konsument	10	15,1	11,7	8,7	ns	

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

In der 9.Klasse erreichen SchülerInnen, die nie Cannabis konsumiert haben einen durchschnittlichen C-Wert von 22,1, die Probierer liegen mit einem Mittelwert von 23,8

geringfügig darüber. Den mit Abstand niedrigsten C-Wert von 15,1 erreicht die Gruppe der Cannabis-Konsumenten. Sie liegt damit 7 Punkte unter den Jugendlichen, die keinerlei Cannabis-Erfahrung haben.

Abb. 9: Moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit vom Cannabis-Konsum



Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass innerhalb der neunten Klasse mit steigender moralischer Urteilsfähigkeit weniger Cannabis konsumiert wird. Der Kruskal-Wallis Test liefert kein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 2,2231$; $df=2$; $p=.3290$), d.h. statistisch gesehen unterscheiden sich die drei Gruppen nicht hinsichtlich ihrer moralischen Urteilsfähigkeit.

Die Berechnung der Effektstärke ergibt, dass innerhalb der 9. Klasse zwischen Urteilsfähigkeit und Cannabis-Konsum eine negative Beziehung besteht ($r_s = -0,1583$), d.h., dass mit geringerer Urteilsfähigkeit häufiger Cannabis konsumiert wird. Statistisch gesehen kann dieser Zusammenhang mit $p=.1811$ jedoch nicht abgesichert werden. Dennoch erweist er sich bei einer Differenz von 7 Punkten als relativ deutlich.

4.5.3 Hypothese 3: Cannabis-Konsum und moralische Urteilsfähigkeit in Abhängigkeit von Belastungen

Aufgrund der geringen Anzahl von Cannabis-Konsumenten ist eine Überprüfung von Hypothese 3 leider nicht möglich. Es kann lediglich die Korrelation zwischen belastenden Lebensereignissen und Cannabis-Konsum berechnet werden. Die Rangkorrelation über alle Schüler hinweg ergibt, dass ein signifikant positiver

Zusammenhang besteht, d.h., dass mit steigender Anzahl belastender Lebensereignisse der Cannabiskonsum zunimmt ($r_s=0.1880$; $p=.0256$).

Die Berechnung des Zusammenhangsmaß nur für die 9. Klasse liefert mit $r=0,1928$ ein ähnliches Ergebnis, das jedoch mit $p=.0999$ statistisch nicht abgesichert werden kann.

4.6 Soziale Konflikte auf Grund von Alkohol- oder Drogenkonsum

Als nächstes soll untersucht werden, ob Jugendliche, die aufgrund ihres Alkohol- oder Drogenkonsums bereits Probleme in einem oder mehreren sozialen Kontexten hatten (Eltern, Freunde, Schule, Lehrer, Polizei) eine weniger ausgeprägte Urteilsfähigkeit haben als Jugendliche, die nicht von derartigen Problemen berichten. Zuvor werden die Häufigkeiten der drogen- und alkoholbedingten Probleme dargestellt.

17,0% aller SchülerInnen geben an, mindestens in einem sozialen Kontext wegen ihres Alkohol- oder Drogenkonsums Probleme gehabt zu haben. Bei der 7. Klasse sind dies 6,0% aller SchülerInnen, bei der 9.Klasse 27,0%. Die statistische Überprüfung zeigt, dass bei den älteren Jugendlichen, signifikant häufiger von derartigen Problemen berichtet wird ($\chi^2 = 11,039$; $p=.0009$; $r=.3889$).

12 SchülerInnen hatten bisher wegen ihres Alkoholkonsums Schwierigkeiten, 8 SchülerInnen geben an, wegen Drogen Schwierigkeiten bekommen zu haben und 4 SchülerInnen hatten sowohl wegen ihres Alkohol- als auch ihres Drogenkonsums Probleme in sozialen Kontexten. Für die 7.Klasse konnten aufgrund zu geringer Zellenbelegung keine statistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Tabelle 18: C-Werte in Abhängigkeit von drogenbedingten Problemen – 9. Klasse

Probleme wegen Drogen	Anzahl	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
Nein	62	22,6	18,7	16,2	$z = -1,47260$	$r_s = -0,1772$
Ja	11	15,8	11,5	12,0	ns	ns

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

Jugendliche der 9. Klasse, die wegen ihres Drogenkonsums Schwierigkeiten hatten, erreichen einen durchschnittlichen C-Wert von 15,8 und liegen damit deutlich unter den Jugendlichen, die nie solche Schwierigkeiten erlebt haben. Letztere Gruppe erreicht einen Mittelwert von 22,6. Die statistische Überprüfung liefert kein signifikantes Ergebnis ($z = -1,47260$; $p=.1409$). Eine Differenz von über 7 Punkten ist dennoch so hoch, dass von einem deutlichen Zusammenhang ausgegangen werden kann.

Für die Berechnung des Zusammenhangs-Maß wurde der C-Wert mit der Anzahl drogenbedingter Probleme korreliert. Es zeigt sich, dass mit $r_s = -0,1772$ eine negative Beziehung zwischen Drogen-bedingten Problemen und moralischer Urteilsfähigkeit besteht. Statistisch kann der Zusammenhang jedoch nicht abgesichert werden ($p = .1336$).

Tabelle 19: C-Werte in Abhängigkeit alkoholbedingter Probleme – 9. Klasse

Probleme wegen Alkohol	N	M	Md	SD	Signifikanz-Test	Effektstärke
Nein	61	22,1	18,7	16,5	$z = -0,57303$	$r_s = -0,0672$
Ja	12	18,5	17,1	11,9	ns	ns

N= Anzahl M = Mittelwert Md = Median SD = Standardabweichung

SchülerInnen, die wegen ihres Alkoholkonsums Probleme hatten, erreichen einen mittleren C-Wert von 18,5, die Gruppe derer ohne solche Probleme hat einen Mittelwert von 22,1 (siehe Tab.19). Die Unterschiede in der Urteilsfähigkeit sind hinsichtlich alkoholbedingter Probleme augenscheinlich geringer als hinsichtlich drogenbedingter Probleme, was durch die statistische Überprüfung bestätigt wird ($z = -0,57303$; $p = .5666$). Der Zusammenhang zwischen Urteilsfähigkeit und Anzahl alkoholbedingter Probleme fällt mit $r_s = -0,0672$ sehr gering und statistisch nicht signifikant aus ($p = .5719$).

4.7. Die Ergebnisse aus einer anderen Perspektive: Anteile von Konsumenten

Die bisherigen Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass sich ein Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum erst beim Übergang von der 7. zur 9. Klasse manifestiert und dass dieser in Abhängigkeit von kritischen Lebensereignissen variiert.

Als nächstes soll darüber hinaus geprüft werden, ob unter den älteren Jugendlichen mit einer weniger ausgeprägten moralischen Urteilsfähigkeit und einem hohen Belastungsfaktor der *Anteil an starken Konsumenten* tatsächlich höher ist als unter denjenigen mit ebenso vielen Belastungen, aber einer besseren moralischen Urteilsfähigkeit. Hierfür wurden die Konsumenten der verschiedenen Substanzen zu einer Metagruppe an Konsumenten zusammengefasst. SchülerInnen mit einem C-Wert ≤ 20 gehören zu der Gruppe mit einer weniger guten Urteilsfähigkeit, diejenigen mit einem C-Wert > 20 bilden die Gruppe derer mit einer reiferen Urteilsfähigkeit. Die Überprüfung erfolgt separat für die wenig und stark belasteten Jugendlichen.

Tabelle 20: Anteile an Konsumenten in Abhängigkeit von Belastungen und dem C-Wert

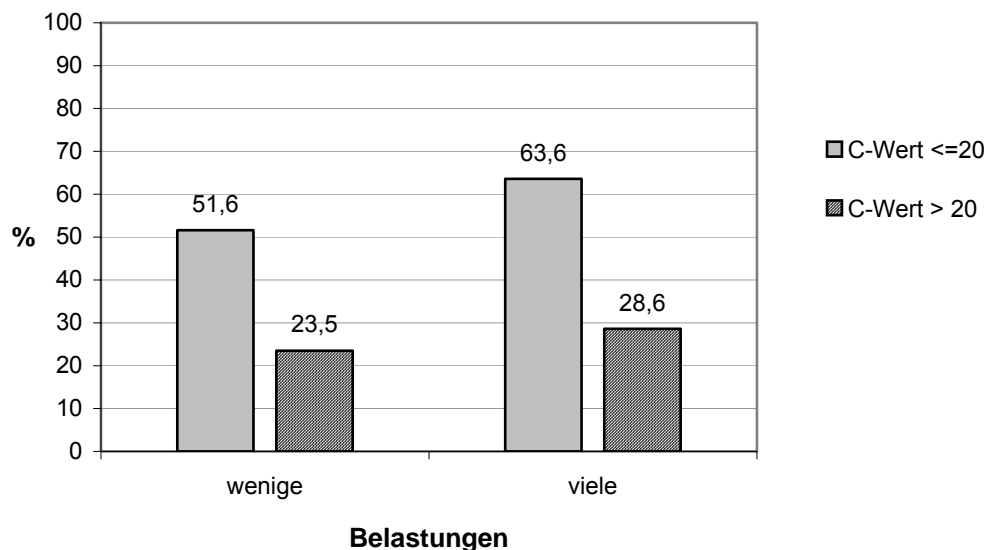
Belastungen	Moralische Urteilsfähigkeit	Anteil an Konsumenten in %	Signifikanz-Test	Effektstärke
Wenige N=48	C-Wert <=20	51,6	$\chi^2=3,563$ df=1 p=.0591	$r_s = -0,2623$ ns
	C-Wert > 20	23,5		
Viele N=25	C-Wert <=20	63,6	$\chi^2=3,074$ df=1 p=.0796	$r_s = -0,3129$ ns
	C-Wert > 20	28,6		

Wie Tab. 20 und Abbildung 10 zu entnehmen ist, sind 51,6% der wenig belasteten Jugendlichen mit niedrigem C-Wert den Konsumenten zuzuordnen. Bei wenig belasteten Jugendlichen mit höherem C-Wert (> 20) gehören dagegen nur 23,5% zu den Konsumenten. Die Effektstärke beträgt innerhalb dieser Gruppe $r_s = -0,2623$.

Ein ähnlicher Trend zeichnet sich bei den SchülerInnen mit vielen Belastungen ab. 63,6% der Jugendlichen mit einem niedrigen C-Wert zählen hier zu den Konsumenten. Von den stark belasteten Jugendlichen mit einer besseren Urteilsfähigkeit gehören dagegen nur 28,6% zu den Konsumenten.

Abb. 10: Anteile von Konsumenten in % in Abhängigkeit von Belastungen und moralischer Urteilsfähigkeit

9. Klasse



Wie Abbildung 10 verdeutlicht scheint die moralische Urteilsfähigkeit einen stärkeren Einfluss auszuüben als die Anzahl der Belastungen. Unabhängig von den Belastungen ist der Anteil der Konsumenten mit einem niedrigen C-Wert etwa doppelt

so hoch wie bei den Jugendlichen mit einem hohen C-Wert. Der Anteil an Konsumenten ist bei stark belasteten Jugendlichen etwas größer als bei den Jugendlichen mit wenigen Belastungen, unabhängig von der Höhe des C-Wertes. Allerdings zeichnet sich der Einfluss der Belastungen bei Weitem nicht so deutlich ab wie der Einfluss der moralischen Urteilsfähigkeit. Die Effektstärke der moralischen Urteilsfähigkeit ist mit $r_s = -0,3129$ etwas höher als bei den Jugendlichen mit wenig Belastungen.

Ein Grund dafür, dass der Einfluss der Belastungen geringer ausfällt als erwartet, könnte darin liegen, dass die verschiedenen Substanzen aufgrund ihrer pharmakologischen Wirkung verschiedene Zwecke erfüllen. Um diese Hypothese zu prüfen wird die gleich Analyse nochmals getrennt für Binge-Drinking, Betrunkenheit und den Zigarettenkonsum durchgeführt.

4.7.1 Anteile von Binge-Drinking in Abhängigkeit von Belastungen und moralischer Urteilsfähigkeit

Von den wenig belasteten Jugendlichen mit einem niedrigen C-Wert haben 53,3% im letzten Monat vor der Befragung mindestens einmal Binge-Drinking praktiziert. Bei den Jugendlichen mit wenig Belastungen und einem hohen C-Wert ist der Anteil der Binge-Drinker mit 52,9% fast identisch. Die Urteilsfähigkeit scheint innerhalb der wenig belasteten Gruppe keinen Einfluss auf den Konsum zu haben. Dementsprechend gering fällt mit $r_s = 0,0978$ die Effektstärke aus.

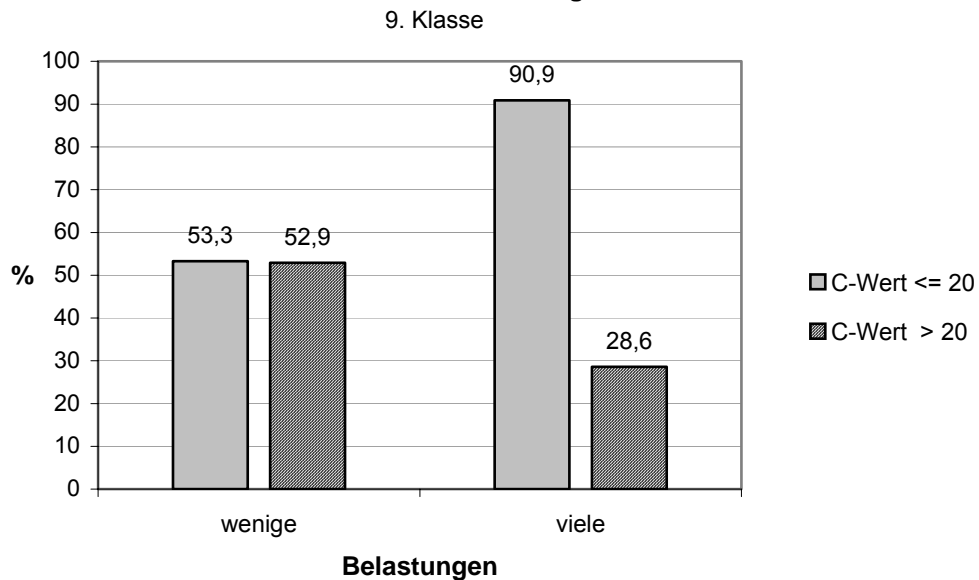
Tabelle 21: Anteile an Binge-Drinking in Abhängigkeit von Belastungen und C-Wert

Belastungen	Moralische Urteilsfähigkeit	Anteil an Binge-Drinkern in %	Signifikanz-Test	Effektstärke
Wenige N=47	C-Wert ≤ 20	53,3	$\chi^2=0,001$ df=1 p=.9793	$r_s=0,0978$ ns
	C-Wert > 20	52,9		
Viele N=25	C-Wert ≤ 20	90,9	$\chi^2=9,715$ df=1 p=.0018	$r_s = -0,5811$ p<.01
	C-Wert > 20	28,6		

Bei der Gruppe der stark belasteten Jugendlichen liegt der Anteil der Binge-Drinker bei Personen mit einem niedrigen C-Wert mit 90,9% deutlich höher als bei den ebenfalls stark belasteten SchülerInnen, die einen C-Wert von über 20 haben. Hier liegt der Anteil der Binge-Drinker bei nur 28,6%. Innerhalb der stark belasteten Gruppe

differenziert die moralische Urteilsfähigkeit die Konsumenten von den Nicht-Konsumenten, was durch eine Effektstärke von $r_s = -0,5811$ bekräftigt wird.

Abb. 11: Anteile von Binge-Drinking in % in Abhängigkeit von Belastungen und moralischer Urteilsfähigkeit



4.7.2 Anteile von Rauscherlebnissen in Abhängigkeit von Belastungen und moralischer Urteilsfähigkeit

Von den wenig belasteten Jugendlichen mit einem niedrigen C-Wert berichten 32,3% von Rauschzuständen, von denen mit einem hohen C-Wert ist der Anteil mit 35,3% geringfügig höher. Wie auch beim Binge-Drinking scheint die moralische Urteilsfähigkeit bei Jugendlichen mit wenigen Belastungen nicht in Beziehung zu Raucherlebnissen zu stehen, was eine Effektstärke von $r_s = 0,1276$ untermauert.

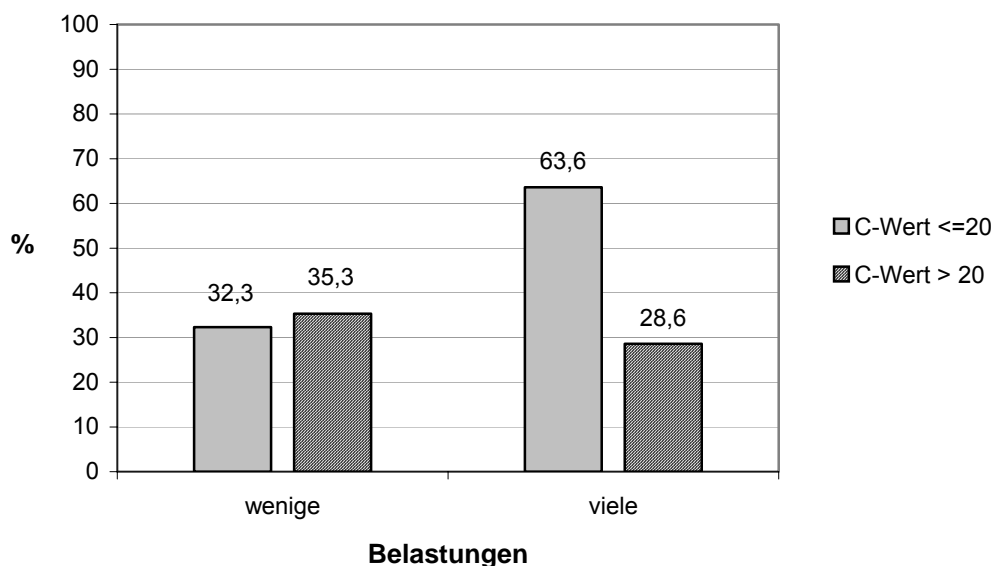
Tabelle 22: Anteile an Trunkenheit in Abhängigkeit von Belastungen und C-Wert

Belastungen	Moralische Urteilsfähigkeit	Anteil an Rauschzuständen in %	Signifikanz-Test	Effektstärke
keine-wenig N=48	C-Wert <=20	32,3	$\chi^2=0,046$ df=1 p=.8310	$r_s=0,1276$ ns
	C-Wert > 20	35,3		
Viele N=25	C-Wert <=20	63,6	$\chi^2=3,074$ df=1 p=.0796	$r_s= -0,3129$ ns
	C-Wert > 20	28,6		

Bei den Jugendlichen mit vielen Belastungen dagegen scheint die Urteilsfähigkeit stärker zwischen den SchülerInnen zu differenzieren. Von der Gruppe derer mit einem niedrigen C-Wert berichten 63,6% von Trunkenheit, von den Jugendlichen mit einer

besseren Urteilsfähigkeit liegt der Anteil bei nur 28,6%. Die Effektstärke beträgt innerhalb der stark belasteten Gruppe $r_s = -0,3129$.

Abb. 12: Anteile von Betrunkenheit in % in Abhängigkeit von Belastungen und moralischer Urteilsfähigkeit



4.7.3 Anteile von Rauchern in Abhängigkeit von Belastungen und moralischer Urteilsfähigkeit

Bei der Überprüfung der Hypothese hinsichtlich des Zigarettenkonsums zeichnet sich ein ganz ähnliches Bild ab, wie schon bei der Analyse zu der Metagruppe an Konsumenten (Kap. 4.7). Von den wenig belasteten Jugendlichen mit einem niedrigen C-Wert gehören 54,8% zu den Rauchern, bei den Jugendlichen mit einem C-Wert über 20 liegt der Anteil bei nur 23,5%. Die Effektstärke innerhalb dieser Gruppe liegt bei $r_s = -0,3134$.

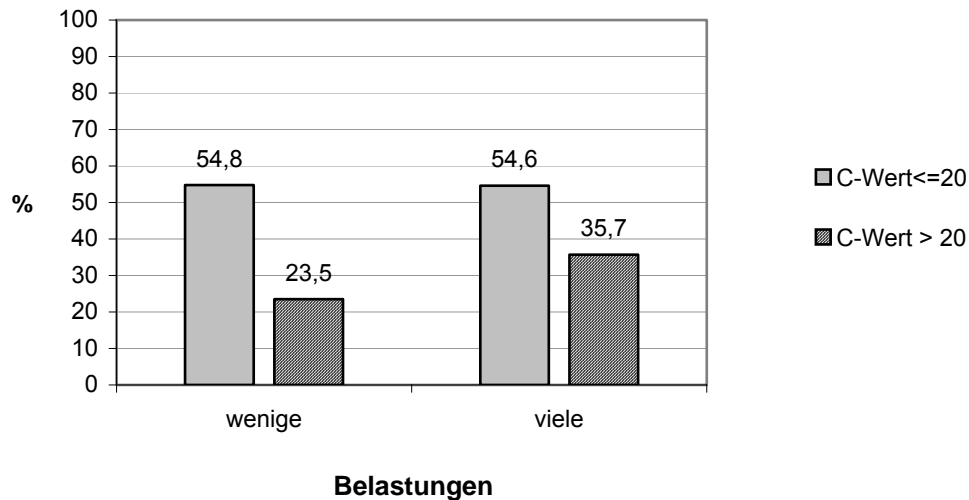
Tabelle 23: Anteil Raucher in Abhängigkeit von Belastungen und C-Wert

Belastungen	Moralische Urteilsfähigkeit	Anteil an Rauchern in %	Signifikanz-Test	Effektstärke
keine-wenig N=48	C-Wert <=20	54,8	$\chi^2=4,373$ df=1 p=.0365	$r_s = -0,3134$ P<.05
	C-Wert > 20	23,5		
Viele N=25	C-Wert <=20	54,6	$\chi^2=0,887$ df=1 p=.3464	$r_s = -0,1105$ ns
	C-Wert > 20	35,7		

Innerhalb der Gruppe mit vielen Belastungen sind von den Jugendlichen mit einem niedrigen C-Wert 54,6% den Rauchern zuzuordnen. Von den stark belasteten

SchülerInnen mit einer besseren Urteilsfähigkeit rauchen 35,7%. Die Effektstärke der Urteilsfähigkeit fällt in dieser Gruppe mit $r_s = -0,1105$ geringer aus als bei den wenig belasteten Jugendlichen.

Abb. 13: Anteile von Rauchern in % in Abhängigkeit von Belastungen und moralischer Urteilsfähigkeit
9. Klasse



Wie Abb.13 verdeutlicht, differenziert die moralische Urteilsfähigkeit besser zwischen Rauchern und Nicht-Rauchern als die Anzahl belastender Lebensereignisse. Unabhängig von den Belastungen gehören etwa 55% der Jugendlichen mit einem niedrigen C-Wert zu den Rauchern. Bei der Gruppe mit einem C-Wert über 20 scheint der Belastungsfaktor einen stärkeren Effekt zu haben. Hier liegt der Anteil der Raucher bei den stark belasteten Jugendlichen mit 35,7% etwa 12% über dem der wenig belasteten Gruppe.

5 Diskussion

Die zentrale Frage dieser Studie war, ob Substanzkonsum durch mangelnde moralische Urteilsfähigkeit des Konsumenten einerseits und durch kritische Lebensereignisse andererseits – oder durch eine Kombination dieser beiden Faktoren bedingt wird.

Die Interpretation der Ergebnisse stützt sich auf die Berechnung von Effektstärkemaße und absolute Differenzen, da diese hinsichtlich einer Bewertung der praktischen Relevanz aussagekräftiger sind als bloße Signifikanztests.

5.1 Zentrale Ergebnisse

Die Haupthypothese sagt voraus, dass Jugendliche mit einer weniger ausgeprägten moralischen Urteilsfähigkeit eher zu Substanzkonsum neigen als Jugendliche mit einer höheren moralischen Urteilsfähigkeit. Das heißt, es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum.

Im Großen und Ganzen bestätigen die Ergebnisse dieser Untersuchung diese zentrale Hypothese, auch wenn sie genauer spezifiziert werden muss. Ein Probierverhalten, das für die frühe Adoleszenz typisch ist, scheint nicht mit der Urteilsfähigkeit in Beziehung zu stehen. Vermutlich spielen hier eher Neugierde oder das Aufbegehren gegen elterliche Normen eine Rolle. Die postulierten Zusammenhänge zeigen sich dagegen deutlich bei SchülerInnen der 9. Klasse.

Bei älteren Jugendlichen, die bspw. Binge-Drinking praktizieren, müssen andere Faktoren berücksichtigt werden. Diese Art extremen Konsums ist offenbar durch eine Kombination aus mangelnder Urteilsfähigkeit und übermäßigem Lebensstress bedingt. Es scheint so, dass dieser Konsumententyp, da er Stresssituationen nicht aus sich heraus bewältigen kann, zu Substanzen greifen muss, um sie wenigstens etwas erträglicher zu machen.

Die sehr niedrigen Effektstärken bei den SchülerInnen der 7. Klasse bestätigen die Interpretation, dass die Urteilsfähigkeit nicht in Beziehung zu einem ersten Probierverhalten steht (vgl. Tab. 24).

Innerhalb der 9. Klasse beträgt die Effektstärke über alle Substanzen hinweg $r_s = -0,2815$. Wie Tab. 24 zu entnehmen ist unterscheiden sich die Effektstärken jedoch in Abhängigkeit von der Substanz, was bei der Planung von Interventionsmaßnahmen möglicherweise berücksichtigt werden sollte.

Der mit $r_s = -0,2962$ stärkste Zusammenhang besteht zwischen Zigarettenkonsum und Urteilsfähigkeit.

Tabelle 24: Effektstärken der Moralischen Urteilsfähigkeit

	Alle SchülerInnen	7. Klasse	9. Klasse	9. Klasse Wenig belastet	9. Klasse Stark belastet
Alle Substanzen	-0,1243 ns	-0,0696 ns	-0,2815*	-0,2623 ns	-0,3129 ns
Zigaretten	-0,0705 ns	0,0818 ns	-0,2962*	-0,3134*	-0,1105 ns
Binge-Drinking	0,0093 ns	0,0519 ns	-0,0955 ns	0,0978 ns	-0,5811**
Betrunkenheit	0,0669 ns	-	0,0071 ns	0,1276 ns	-0,3129 ns
Cannabis	0,0477 ns	-	-0,1583 ns	-	-

* $p < .05$ ** $p < .01$ ns = nicht signifikant

Mit Blick auf den Alkoholkonsums tritt der Zusammenhang nicht so deutlich zutage, jedoch legen die *absoluten Differenzen* in der durchschnittlichen Urteilsfähigkeit der verschiedenen Konsumententypen nahe, dass Jugendliche, die extremen Substanzkonsum betreiben, über eine weniger ausgeprägte Urteilsfähigkeit verfügen als die Nicht-Konsumenten (siehe Kap. 4). Jugendliche, die von Binge-Drinking berichten liegen 6 Punkte unter den Nicht-Konsumenten. Hinsichtlich der Rauscherlebnisse zeichnet sich mit über 5 Punkten Differenz ein ähnlicher Trend ab. Noch deutlicher unterscheiden sich Cannabis-Konsumenten mit einem mittleren C-Wert von 15 von denen, die nie im Leben Cannabis konsumiert haben ($M=22$).

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die geschilderten Unterschiede in den Effektstärken der Urteilsfähigkeit nicht nur auf die verschiedenen Substanzentypen zurückzuführen sind, sondern auch auf den Belastungsfaktor.

Hypothese 3 postuliert, dass Jugendliche mit einem hohen Belastungsfaktor und einer gleichzeitig schlecht entwickelten Problemlösefähigkeit eher zu verstärktem Substanzkonsum tendieren als stark belastete Jugendliche mit einer besseren Problemlösefähigkeit.

Hinsichtlich des Zigarettenkonsums jedoch bestätigt sich die Hypothese nicht. Hier zeigt sich, dass sich entgegen der Erwartung der vermutete Zusammenhang ausschließlich in der Gruppe der weniger belasteten Jugendlichen nachweisen lässt ($r_s = -0,3134$), d.h. mit geringer werdender Urteilsfähigkeit wird entsprechend mehr geraucht. Innerhalb der stark belasteten Gruppe jedoch macht sich kein derartiger Effekt bemerkbar. Dies legt den Schluss nahe, dass Jugendliche rauchen, um mit den gewöhnlichen Widrigkeiten der Adoleszenz fertig zu werden. Vermutet werden kann

etwa, dass ein Jugendlicher raucht, weil er sich Zugang zu einer Clique verschaffen möchte oder Unsicherheit kaschieren will.

Deutlich bestätigt hingegen wird die Hypothese hinsichtlich des Trinkverhaltens der 9.-Klässler. Eine Effektstärke von $r_s = -0,5811$ beim Binge-Drinking macht deutlich, welche Relevanz der moralischen Urteilsfähigkeit in der Gruppe stark belasteter Jugendlicher zukommt. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass diejenigen innerhalb derselben Gruppe, die über eine geringere Problemlösefähigkeit verfügen, Alkohol eher zur Problembewältigung einsetzen als Zigaretten.

Wie aus Tab. 25 ersichtlich decken sich die *Effektstärken der Belastungen* mit dieser Vermutung. Jugendliche mit weniger ausgeprägter Urteilsfähigkeit neigen mit zunehmender Zahl von Belastungen deutlich stärker zu extremem Alkoholkonsum, jedoch nicht zu verstärktem Zigarettenkonsum. Dieser Sachverhalt lässt sich mit der Tatsache erklären, dass sich Alkohol wegen seiner betäubenden Wirkung eher dazu anbietet, unerträgliche bzw. unlösbar erscheinende Situationen erträglicher zu machen. Im Gegensatz zur nur kurzfristigen Wirkung des Nikotins „verspricht“ Alkohol offensichtlich ein auf längere Dauer gestelltes „Vergessen“.

Tabelle 25: Effektstärken der Belastungen – 9. Klasse

	alle	C-Wert ≤ 20	C-Wert > 20
Alle Substanzen	0,1460 ns	0,2456 ns	0,1592 ns
Zigaretten	0,1844 ns	0,1098 ns	0,4095*
Binge-Drinking	0,1683 ns	0,3549*	-0,0214 ns
Betrunkenheit	0,2475*	0,3941**	0,0824 ns

* $p < .05$ ** $p < .01$ ns = nicht signifikant

Dass Jugendliche mit *höherer Problemlösefähigkeit* mit steigender Anzahl von Belastungen signifikant häufiger zur Zigarette greifen (siehe Tab.25) mag damit zu erklären sein, dass sie die unmittelbaren gesundheitlichen Risiken exzessiven Alkoholkonsums als schädlicher einschätzen als etwa die des Zigarettenkonsums. Noch plausibler wäre allerdings die Vermutung, dass sich Jugendliche mit ausgeprägten Problemlösefähigkeiten darüber bewusst sind, dass sich Alkohol nicht zur Konfliktbewältigung eignet, dabei jedoch nicht völlig auf alternative Kompensationsstrategien verzichten möchten.

Die Vermutung, dass unter den stark belasteten Jugendlichen mit einer weniger ausgeprägten Urteilsfähigkeit der *Anteil* an Konsumenten tatsächlich größer ist als bei ebenso belasteten Jugendlichen mit einer höheren Urteilsfähigkeit lässt sich ebenfalls

bestätigen. Ganz besonders deutlich wird dies beim Binge-Drinking (Kap. 4.7.1) und den Rauscherlebnissen (Kap.4.7.2). Der Anteil an Konsumenten ist bei den stark belasteten SchülerInnen mit einem niedrigen C-Wert signifikant größer als bei denen mit einem höheren C-Wert. Innerhalb der wenig belasteten Gruppe scheint die moralische Urteilsfähigkeit dagegen nicht in Beziehung zum Alkoholkonsum zu stehen. Hier sind die Anteile an Konsumenten fast identisch – unabhängig von der Höhe des C-Wertes.

Ein anderes Bild zeigt sich wieder bezüglich des Zigarettenkonsums (Kap. 4.7.3) Hier differenziert die Urteilsfähigkeit stärker zwischen den wenig belasteten Jugendlichen. 55% der Schülerinnen mit einer weniger ausgeprägten und 24% derer mit einer höheren Urteilsfähigkeit gehören hier zu den Rauchern. Bei den Jugendlichen mit vielen Belastungen zählen 55% bzw. 36% zu den Rauchern. Innerhalb der Gruppe mit einer hohen Urteilsfähigkeit nimmt der Anteil an Rauchern mit der Anzahl von Belastungen zu.

5.2 Methodendiskussion

Wie die Ergebnisse zeigen hat es sich als sinnvoll herausgestellt, zwei verschiedene Altersklassen miteinander zu vergleichen. Die Motive, die in Beziehung zu einem Probierverhalten stehen, scheinen sich von denen eines extremeren Konsums zu unterscheiden. Das Design der Untersuchung ermöglicht jedoch keine Aussagen über die Kausalität der oben diskutierten Zusammenhänge. Allerdings ist aufgrund des relativ jungen Alters der Teilnehmer kaum davon auszugehen, dass der bisherige Substanzkonsum bereits die kognitiven Fähigkeiten der Jugendlichen nachhaltig geschädigt hat. Nahe liegender ist der Verdacht, dass schwach entwickelte Kompetenzen Substanzkonsum im Sinne eines Bewältigungsverhaltens begünstigen.

Als hilfreich hat sich die zusätzliche Erhebung kritischer Lebensereignisse erwiesen. Die Adoleszenz ist für sich genommen wohl für die meisten Jugendlichen eine schwierige, von Herausforderungen und Unsicherheit geprägte Phase. Die Erfassung zusätzlicher kritischer Ereignisse zeigt jedoch deutlich, dass speziell für Jugendliche mit vielen Belastungen gute Problemlösefähigkeiten äußerst relevant sind.

Die gewählte Form der schriftlichen Befragung stellt im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sicherlich eine angemessene Untersuchungsvariante dar. Das Problem der geringen Rücklaufquote und der damit verbundene Selektionseffekt wurden dadurch umgangen, dass die Jugendlichen klassenweise befragt wurden und letztlich von wenigen Ausnahmen abgesehen alle einer Teilnahme zustimmten.

Mögliche Verzerrungen der Ergebnisse können potentiell auch durch eine Art des Antwortverhaltens bedingt sein, das sich stark an der sozialen Erwünschtheit orientiert. Einerseits ist eine Unterschätzung des tatsächlichen Konsumverhaltens nicht ausgeschlossen - vor allem dann nicht, wenn der Jugendliche, abgeschreckt durch die in der Öffentlichkeit vorherrschende Ablehnung jugendlichen Substanzkonsums, seine Angaben zum Konsum nach unten korrigiert. Andererseits könnte es zu einer Überschätzung des Konsums kommen, wenn sich der Befragte an den Erwartungen Gleichaltriger orientiert, bei denen Substanzkonsum womöglich mit „Coolness“ assoziiert wird. Über- und Unterschätzungen dieser Art sind bei den meisten Formen von Datenerhebung gängige Praxis und lassen sich kaum völlig vermeiden.

5.3 Implikationen für Theorie und Praxis

Die Studie erhebt nicht den Anspruch eine allumfassende Erklärung für die Ätiologie des Substanzkonsums zu liefern, sondern konnte lediglich einige besonders relevante Aspekte näher beleuchten. Interessant wäre es, die Fragestellung mit einer größeren Stichprobe im Rahmen einer Längsschnittstudie weiter zu verfolgen, um mögliche Kausalbeziehungen aufzudecken. Da die vorliegenden Ergebnisse nahe legen, dass die verschiedenen Substanzen verschiedene Funktionen erfüllen, wäre es zudem sinnvoll, die Fragestellung hinsichtlich seltener konsumierter Substanzen zu überprüfen, beispielsweise Cannabis, Ecstasy, usw.

Die Tatsache in Rechnung stellend, dass der Fokus vorliegender Untersuchung auf denjenigen Jugendlichen lag, die bereits mit vielen kritischen Lebensereignissen konfrontiert waren, lassen sich nur Mutmaßungen über die Motive der weniger belasteten Konsumenten ableiten. Eine Klärung dieser Frage wäre sicherlich für die zukünftige Forschung von Interesse.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die moralische Urteilsfähigkeit bei der Entstehung von Substanzkonsum in der Tat eine wichtige Rolle spielt. Besonders prägnant äußert sich dies am Beispiel des Zigarettenkonsums. Bei extremem Substanzkonsum - etwa dem Binge-Drinking - scheinen dagegen noch zusätzliche Faktoren eine Rolle zu spielen. Vor allem scheint hier von Bedeutung zu sein, ob ein Jugendlicher bereits mit vielen belastenden Lebensereignissen konfrontiert wurde.

Weiterhin konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden, dass Substanzkonsum zumindest in der von mir untersuchten Population beim Übergang von der 7. zur 9. Klassenstufe deutlich zunimmt und dass der identifizierte Zusammenhang zwischen moralischer Urteilsfähigkeit und Substanzkonsum erst am Ende dieses Prozesses sichtbar wird.

Diese Befunde widerlegen die u.a. in Teilen der US-amerikanischen Literatur auftauchende Vermutung, dass der moralischen Entwicklung hinsichtlich des Substanzkonsums nur wenig Bedeutung zukommt. Für Präventionsprogramme bzw. therapeutische Maßnahmen könnten diese Ergebnisse ein Anstoß dafür sein, verstärkt im Individuum selbst verankerte Eigenschaften zu fördern anstatt lediglich auf Abschreckungs- und Aufklärungskampagnen zu setzen.

Vor allem scheint es geraten, dass sich Schulen vermehrt darum bemühen, die moralische Urteilsfähigkeit der SchülerInnen direkt zu fördern, und zwar durch gezielte, effektive Interventionen wie etwa der Konstanzer Methode der Dilemmadiskussion (Lind, 2003).

Bezüglich des zweiten Faktors für übermäßigen Substanzkonsum - den Belastungen - kommt der Familie und dem engeren sozialen Umfeld eine besondere Bedeutung zu. Selbstverständlich lassen sich Belastungssituationen durch staatliche Maßnahmen nicht verhindern oder neutralisieren. Sie haben, speziell in der Kindheit und frühen Jugend, ihren Ursprung vorwiegend in der Familie bzw. im Freundeskreis. Dennoch könnten staatliche, über Bildungs-, Ausbildungs- und Familienpolitik induzierte Maßnahmen direkt und indirekt auf diesen Kontext versuchen einzuwirken und damit eine Praxis drogenpolitischer Strategien einleiten, von denen wir heute noch weit entfernt sind. So allgemein ein derartiges Fazit hier auch klingen mag – es ermöglicht es, auf ein gesellschaftliches Problem adäquat, das heißt gesellschaftspolitisch zu reagieren.

6 Literaturverzeichnis

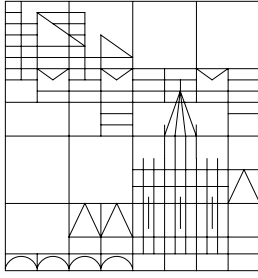
- Alterman, A. I., Druley, K.A., Connolly, R. & Bush, D. (1978). A comparison of moral reasoning in drug addicts and nonaddicts. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 790-794.
- Baer, P.E. et al. (1987). Stress, Coping, Family Conflict, and Adolescent Alcohol Use. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 10, No. 5, 449-466,
- Berkowitz, M.W., Guerra, N. & Nucci, L. (1991). Sociomoral development and drug and alcohol abuse. In W.M.Kurtines & J.L. Gewirtz (eds.), *Handbook of moral behavior and development. Volume 3: Application* (S.35-53). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Berkowitz, M.W., Zweben, A., Begun, A.L., Giese, J.K., Mulry, G., Horan, C. & Wheeler, T. (1998). Unpublished manuscript. Milwaukee : Marquette University.
- Boesch, E.E. (1984). The development of affective schemata. *Human Development*, 27, 173-183.
- Bonomo, Y.A., Bowes, G. et al. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, 99 (12), 1520-1528.
- Botvin, G.J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
- Brook, J.E. and Brook, J.S. (1988). A developmental approach examining social and personal correlates in relation to alcohol use over time. *Journal of General Psychology*, 149: 93-110.
- Bush, D. F., Alterman, A.I., Power, C. & Connolly, R. (1981). Moral reasoning in alcoholics and addicts: Structure vs. Content. *Perceptual and Motor Skills*, 52, 269-270.
- BZGA 2005. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Drogen- und Suchtbericht 2005; http://www.sonderglocke.de/suchtberichte/suchtbericht_2005.pdf
- Chassin, L.A., Presson, C.C. and Sherman, S.J. (1985). Stepping backward in order to step forward: An acquisition-oriented approach to primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 612-622.
- Colder, C.R. and Chassin, L. (1993). The stress and negative affect model of adolescent alcohol use and the moderating effects of behavioral undercontrol. *Journal of Studies on Alcohol*, 54: 326-333.
- Compas, B.E. (1987). Coping with Stress during Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, Vol. 101, No. 3, 393-403.
- Compas, B.E., Malcarne, V.L., & Fondacaro, K.M. (1988). Coping With Stressful Events in Older Children an Younger Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56/3, 405-411.
- Cooper, M.L., Russell, M., & George, W.H. (1988). Coping, expectancies and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, S. 218-230.
- DeFronzo, J., & Pawlak, R. (1993). Effects of social bonds and childhood experiences on alcohol abuse and smoking. *Journal of Social Psychology*, 133(?), 635-642.

- Durkheim, E. (1984). *Erziehung, Moral und Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp (Original 1902).
- Emler, N., Renwick, S. & Malone, B. (1983). The relationship between moral reasoning and political orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1073-80.
- Erikson, E.H. (1974). *Dimensions of a new identity*. New York: Norton.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of Coping in a middle-aged sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. et al. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology* 50, S. 571-579.
- Gerler, E. R. (1988). Dilemma discussion in drug education. *Elementary School Guidance and Counseling*, 23(2), 124-132.
- Goff Timmer, S., Veroff, J. & Colten, M.A. (1985). Life stress, helplessness, and the use of alcohol and drugs to cope; An analysis of national survey data. In Shiffman, S. & Wills, T.A. (Eds.), *Coping and substance use* (S. 171-198). Orlando: Academic Press.
- Graham, J.W., Marks, G. and Hansen, W.B. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology*, 76: 291-298.
- Haan, N., Stroud, J. & Holstein, C. (1973). Moral and ego stages in relationship to ego processes: A study of „hippies“. *Journal of Personality*, 41, 596-612.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed). New York: Davis McKay.
- Huba et al. (1983). Rahmenbedingungen für eine multifaktorielle Theorie des Drogenkonsums. In Lettieri, D.J., Welz, R. (eds.), *Drogenabhängigkeit: Ursachen und Verlaufsformen*. Weinheim (u.a.): Beltz (S. 104-109).
- Hurrelmann, K., Hesse, S. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. *Sucht*, 37, 240-252.
- Jessor, R. & Jessor, S. (1983). Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums. In Lettieri, D.J., Welz, R. (eds.), *Drogenabhängigkeit: Ursachen und Verlaufsformen*. Weinheim (u.a.): Beltz (S. 110-117).
- Johnson, V. & Pandina, R.J. (2000). Alcohol problems among a community sample: Longitudinal influences of stress, coping and gender. *Substance Use & Misuse*, 35(5), 669-686.
- Kohlberg, L. (1964). Development of moral character and moral ideology. In Hoffman, M.L. & Hoffman, L.W. (eds.), *Review of child development research, Vol. 1*. New York: Russel Sage Foundation, 381-431.
- Kohlberg, L. (1977). *Assessing Moral Stages: A manual, Part I, Introduction*. Cambridge MA: Center for Moral Education, Harvard University.
- Kohlberg, L. (1984). *The Psychology of Moral Development. Volume II, Essays on Moral Development*. San Francisco: Harper & Row.
- Kolip, P., 1997, *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen*. Opladen: Leske+Budrich

- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A. & Orth, B. (2004). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 141. München: Institut für Therapieforschung.
- Kuther, T. L., & Higgins-D'Alessandro, A.(1997). Poster presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, April, 1997. Washington, D.C.
- Kuther, T.L. & Higgins-D'Alessandro, A. (2000). Bridging the gap between moral reasoning and adolescent engagement in risky behavior. *Journal of Adolescence*, 23, 409-422.
- Labouvie, E.W., & Pandina, R.J. (1983) Jugend und Drogengebrauch. In R.K. Silbereisen, & L. Montada (Eds.), *Entwicklungspsychologie*. S.194-200. München: Urban & Schwarzenberg.
- Labouvie, E.W. (1986a). Alcohol and Marijuana Use in Relation to Adolescent Stress. *The International Journal of the Addictions*, 21(3), 333-345.
- Labouvie, E.W. (1986b). The Coping Function of Adolescent Alcohol and Drug Use. In Silbereisen, R.K., & Rudinger, G. (eds.). *Development as Action in Context*. New York: Springer-Verlag, S. 228-240.
- Labouvie, E.W. (1987). Relation of personality to adolescence alc and Drug use. *Pediatrician*, 14, 19-24.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S., Kanner, A.D., & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. In R. Plutchik & H. Kellermann (eds.). *Emotion. Theory, Research, and Experience. Vol. 1*. New York: Academic Press
- Levenson, M.R. (1990). Risk taking and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(6), 1073-1080.
- Levy-Suhl, M. (1912). Die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter und die Reformvorschläge zu § 56 des deutschen Strafgesetzbuches. *Zeitschrift für Psychotherapie*, 232-254.
- Lind, G. (1987). *Moralische Urteilsfähigkeit. Eine Auseinandersetzung mit Lawrence Kohlberg über Moral, Erziehung und Demokratie*. Weinheim: Beltz.
- Lind, G. (1993). *Moral und Bildung*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Lind, G. (2003). *Moral ist lehrbar. Handbuch zur Theorie und Praxis moralischer und demokratischer Bildung*. München: Oldenbourg.
- Mohr, P. (1987). Moral Reasoning in early Adolescence. *The School Counselor*, v35/n2, 120-127.
- Murray, D.M. & Perry, C.L. (1985). The prevention of adolescent drug abuse: Implications from etiological, developmental, and environmental models. In Battjes, R. & Williams, S. (Eds.), *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention*, National Institute on Drug Abuse, Rockville, Md.
- Norem-Hebeisen, A., Johnson, D.W., Anderson, D., & Johnson, R. (1984). Predictors and concomitants of changes in drug use patterns among teenagers. *The Journal of Social Psychology*, 124, 43-50.

- Paisley, R., Gerler, E.R., Sprinthall, N.A. (1990). The Dilemma in Drug Abuse Prevention. *The School Counselor*, v 38/n2, 113-122.
- Piaget, J. (1976). *Psychologie der Intelligenz*. München: Kindler.
- Platt, J.J., Scura, W.C., & Hannon, J.R. (1973). Problem-solving Thinking of youthful incarcerated Heroin Addicts. *Journal of Community Psychology*, 1, 278-281.
- Rest, J.R. (1979). *Development in judging moral issues*. Minneapolis, MI: University of Minnesota Press.
- Rest, J.R. (1986). Ein interdisziplinärer Ansatz zur Moralerziehung und ein Vierkomponenten-Modell der Entstehung moralischer Handlungen. In Oser, F., Althof, W. & Garz, D. (eds.), *Moralische Zugänge zum Menschen. Zugänge zum moralischen Menschen*. München: Peter Kindt Verlag (S.20-41).
- RKI, 2002 (Robert-Koch Institut): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Berlin.
- Robins, L.N. (1983). Theorie der Drogenanfälligkeit bei Jugendlichen. In Lettieri, D.J. & Welz, R. (eds.), *Drogenabhängigkeit: Ursachen und Verlaufsformen*. Weinheim (u.a.): Beltz (S. 213-234).
- Scheier, L.M., Botvin, G.J., & Baker, E. (1997). Risk and Protective Factors as Predictors of Adolescent Alcohol Involvement and Transitions in Alcohol Use: A Prospective Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 652-667.
- Shiffman, S. (1985). Coping with temptations to smoke. In Shiffman, S. & Wills, T.A. (Eds.), *Coping and substance use* (S. 223-242). Orlando: Academic Press.
- 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, 275-336.
- Turiel, E. (1983). *The development of social knowledge : Morality and convention*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- WHO 2003. Health Behavior of School Children (HBSC); Webpage: www.hbsc-germany.de/
- Wills, T.A., & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman & T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use* (S. 3-24). Orlando, FL: Academic Press.
- Wills, T.A. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationship to substance use in urban school samples. *Health Psychology*, 5: 503-529.
- Wills, T.A., Vaccaro, D. & McNamara, G. (1992). Life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 20, 349-374.
- Wills, T.A., McNamara, G. Vaccaro, D. & Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2), 166-180.
- Windle, M., & Windle, R.C. (1996). Coping Strategies, Drinking Motives, and Stressful Life Events Among Middle Adloscents: Associations With Emotional and Behavioral Problems and With Academic Functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.105, No.4, 551-560

ANHANG



Universität Konstanz
Fachbereich Psychologie
Prof. Dr. Georg Lind
Frau cand. Psych. Beke Lenz
78457 Konstanz

Georg.Lind@uni-konstanz.de
Tel. 07531 88-2895

FRAGEBOGEN FÜR SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER

Liebe Schülerin, lieber Schüler!

Frau Lenz und ich möchten Dich bitten, an unserer Studie teilzunehmen. Wir wollen herausfinden, wie Jugendliche soziale Konflikte und deren Lösungen beurteilen. Daneben sind wir auch daran interessiert, wie Jugendliche mit Alkohol, Zigaretten und anderen Substanzen umgehen und welche Einstellungen damit verbunden sind.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen uns helfen, ein besseres Bild von diesen Fragen zu bekommen, damit wir Eltern, Lehrer und auch Schüler besser beraten können. Bitte beachtet beim Ausfüllen Folgendes:

- Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und vollkommen anonym. Niemand wird erfahren, wie Du geantwortet hast. Schreibe bitte nicht Deinen Namen auf den Fragebogen.
- Damit wir uns ein möglichst genaues Bild machen können, würden wir uns freuen, wenn Du mitmachst und den Fragebogen so sorgfältig wie möglich ausfüllst und keine Fragen auslässt.
- Dieser Fragebogen ist kein Test. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten. Wir sind nur an Deiner Meinung und Deinen Erfahrungen interessiert.

Du oder Deine Eltern können mich auch gerne anrufen oder mir eine Email schreiben.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit.

Georg Lind

1.Nr.:

Erster Teil:

Konflikte und deren Lösungen

Uns interessiert hier, wie Du Konflikte und deren Lösungen bewertest. Es wird jeweils eine Konfliktsituation vorgestellt und eine Lösung dazu. Anschließend werden Gründe genannt, die für und gegen diese Lösung sprechen. Wir möchten wissen, wie Du die jeweilige Lösung und die Argumente dazu beurteilst. Das geschieht folgendermaßen:

Beispiel:

„Freunde sollten sich nicht belügen.“

Ich lehne das
völlig ab

Ich akzeptiere
das völlig

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Stimmst Du der Aussage „Freunde sollten sich nicht belügen“ völlig zu, machst Du bei der +3 ein Kreuz. Solltest Du diese Aussage völlig ablehnen, machst Du das Kreuz bei -3. Mit den Zahlen dazwischen kannst Du verschiedene Abstufungen ausdrücken. Solltest Du z.B. der Aussage nur ein bisschen zustimmen, würdest Du das Kreuz vielleicht bei der +1 machen.

Arbeiter

In einer Firma werden scheinbar ohne Grund Angestellte entlassen. Einige Arbeiter haben den Verdacht, dass die Firma ihre Beschäftigten heimlich abhört und diese Informationen gegen sie verwendet. Die Firma bestreitet diesen Vorwurf. Die Gewerkschaft möchte erst dann etwas gegen den Betrieb unternehmen, wenn es Beweise für den Verdacht der Arbeiter gibt. Daraufhin brechen zwei Arbeiter in das Büro des Direktors ein und nehmen Tonbänder mit, die ein Abhören beweisen.

2. Findest Du das Verhalten der Arbeiter eher richtig oder falsch?

Eher falsch
(-3)

Eher richtig
(+3)

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Was denkst Du über die folgenden Argumente, die für das Verhalten der Arbeiter vorgebracht werden?

Man sagt, die Arbeiter haben richtig gehandelt....

ich lehne
das völlig ab
(-4)

ich akzeptiere
das völlig
(+4)

3. weil sie der Firma keinen großen Schaden zugefügt haben

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

4. weil wegen der Missachtung des Gesetzes durch die Firma dieses Mittel erlaubt war, um wieder Recht und Ordnung herzustellen.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

5. weil die meisten Arbeiter ihrer Tat zustimmen würden und viele sich darüber freuen.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

6. weil das Vertrauen zwischen den Menschen und die Würde des Einzelnen wichtiger sind als das Hausrecht der Firmenleitung.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

7. weil sich die Firma zuerst ins Unrecht gesetzt hat und die Arbeiter deshalb berechtigt waren, dort einzubrechen.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

8. weil die Arbeiter keine rechtliche Möglichkeit sahen, den folgenreichen Vertrauensbruch der Firma aufzudecken und deshalb das in ihren Augen kleinere Übel wählten.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

Was denkst Du über die folgenden Argumente, die gegen das Verhalten der Arbeiter vorgebracht werden?

Man sagt, die Arbeiter haben falsch gehandelt....

ich lehne
das völlig ab
(-4)

ich akzeptiere
das völlig
(+4)

9. weil Recht und Ordnung im Zusammenleben der Menschen gefährdet wären, wenn jeder wie die beiden Arbeiter handeln würde.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

10. weil es falsch ist, ein so grundlegendes Recht wie das Eigentumsrecht zu verletzen. Solange es noch keine allgemeingültigen Maßstäbe dafür gibt, ihr Verhalten von Selbstjustiz zu unterscheiden.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

11. weil es unüberlegt ist, wegen Anderer den Hinausschmiss aus der Firma zu riskieren.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

12. weil sie nicht ausreichend die rechtlichen Mittel ausgeschöpft haben und dadurch mit dem Einbruch voreilig eine erhebliche Rechtsverletzung begangen haben.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

13. weil man nicht stiehlt und nicht einbricht, wenn man als anständiger und ehrlicher Mensch gelten will.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

14. weil sie von der Entlassung gar nicht betroffen waren und deshalb für sie kein Grund bestand, die Tonbänder zu stehlen.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

Arzt

Eine Frau war krebskrank, und es gab keine Rettungsmöglichkeiten für sie. Sie hatte qualvolle Schmerzen und war schon so geschwächt, dass eine größere Dosis eines Schmerzmittels wie Morphin ihr Sterben beschleunigt hätte. Während einer Phase der Besserung bat sie Ihren Arzt, ihr genügend Morphin zu geben, um sie zu töten. Sie sagte, sie könne die Schmerzen nicht mehr ertragen und würde ja doch in wenigen Wochen sterben. Der Arzt gab der Frau die Überdosis Morphin, wie sie es wollte.

15. Findest Du das Verhalten des Arztes eher richtig oder falsch?

Eher falsch
(-3)

Eher richtig
(+3)

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Was denkst Du über die folgenden Argumente, die für das Verhalten des Arztes vorgebracht werden?

Man sagt, der Arzt habe richtig gehandelt....

ich lehne
das völlig ab
(-4)

ich akzeptiere
das völlig
(+4)

16. weil er nach seinem Gewissen handeln musste. Der Zustand der Frau rechtfertigte eine Ausnahme von der moralischen Verpflichtung, Leben zu erhalten.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

17. weil der Arzt der einzige war, der den Willen der Frau erfüllen konnte. Die Achtung vor dem Willen der Frau gebot ihm, so zu handeln, wie er es tat.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

18. weil der Arzt nur getan hat wozu die Frau ihn überredete. Er braucht sich deswegen um unangenehme Konsequenzen keine Sorgen zu machen.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

19. weil die Frau ja ohnehin gestorben wäre und es für den Arzt wenig Mühe bedeutet hat, ihr eine größere Dosis des Schmerzmittels zu verabreichen.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

20. weil der Arzt eigentlich kein Gesetz verletzt hat, da die Frau nicht mehr hätte gerettet werden können und er nur ihre Schmerzen verkürzen wollte.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

21. weil vermutlich die meisten seiner Kollegen in einer ähnlichen Situation genauso gehandelt hätten.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

Was denkst Du über die folgenden Argumente, die gegen das Verhalten des Arztes vorgebracht werden?

Man sagt, der Arzt habe falsch gehandelt....

ich lehne
das völlig ab
(-4)

ich akzeptiere
das völlig
(+4)

22. weil er damit gegen die Überzeugung seiner Kollegen verstoßen hat. Wenn diese sich gegen aktive Sterbehilfe aussprechen, dann sollte ein Arzt es nicht tun.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----
23. weil man als Patient uneingeschränkt vertrauen können muss, dass der Arzt sich voll für die Erhaltung des Lebens einsetzt auch wenn man wegen großer Schmerzen am liebsten sterben möchte.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----
24. weil der Schutz des Lebens für Jedermann die höchste moralische Verpflichtung sein sollte. Solange wir keine klaren Kriterien haben wie wir aktive Sterbehilfe von Mord unterscheiden können, darf das keiner tun.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----
25. weil der Arzt sich damit eine Menge Unannehmlichkeiten zuziehen kann. Andere sind dafür schon empfindlich bestraft worden.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----
26. weil er es wesentlich leichter hätte haben können, wenn er gewartet hätte und nicht in das Sterben der Frau eingegriffen hätte.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----
27. weil der Arzt gegen das Gesetz verstoßen hat. Wenn man Zweifel bezüglich der Rechtmäßigkeit der aktiven Sterbehilfe hat, dann darf man solchen Bitten nicht nachgeben.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
----	----	----	----	---	----	----	----	----

Zweiter Teil:

Fragen zum Umgang mit Alkohol, Zigaretten und anderen Substanzen

Kreuze bei den folgenden Fragen die Antwort an, die auf Dich zutrifft. Manchmal können bei einer Frage auch mehrere Antworten angekreuzt werden. Wenn keine der Antworten für Dich zutrifft, kannst Du uns dazu auf dem Rand oder der Rückseite etwas schreiben.

Zunächst allgemeine Fragen zur Person

28.

Geschlecht	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich
------------	--

29.

Wie alt bist Du?

₁ Jahre

30.

Welches sind Deine Lieblingsfächer? (Kreuze bitte alle Fächer an, die Du gerne magst)	<input type="checkbox"/> ₁ Mathe <input type="checkbox"/> ₂ Deutsch <input type="checkbox"/> ₃ Englisch oder eine andere Sprache <input type="checkbox"/> ₄ Physik, Chemie oder Biologie <input type="checkbox"/> ₅ Sport <input type="checkbox"/> ₆ Musik <input type="checkbox"/> ₇ Kunst <input type="checkbox"/> ₈ Gemeinschaftskunde <input type="checkbox"/> ₉ Geschichte <input type="checkbox"/> ₁₀ Religion oder Ethik <input type="checkbox"/> ₁₁ ein anderes, nämlich.....
--	---

31.

Wie gefällt es Dir derzeit in der Schule?	<input type="checkbox"/> ₁ es gefällt mir sehr gut <input type="checkbox"/> ₂ es gefällt mir einigermaßen gut <input type="checkbox"/> ₃ es gefällt mir nicht so gut <input type="checkbox"/> ₄ es gefällt mir überhaupt nicht
---	---

32.

Welche Note hattest Du im letzten Zeugnis in <u>Deutsch</u> ?	<input type="checkbox"/> ₁ Sehr gut (1) <input type="checkbox"/> ₂ Gut (2) <input type="checkbox"/> ₃ Befriedigend (3) <input type="checkbox"/> ₄ Ausreichend (4) <input type="checkbox"/> ₅ Mangelhaft (5) <input type="checkbox"/> ₆ Ungenügend (6)
---	--

33.

Welche Note hattest Du im letzten Zeugnis
in Mathe?

- ₁ Sehr gut (1)
- ₂ Gut (2)
- ₃ Befriedigend (3)
- ₄ Ausreichend (4)
- ₅ Mangelhaft (5)
- ₆ Ungenügend (6)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Alkohol, Nikotin und andere Substanzen

Wann hast Du jedes der folgenden Dinge zum ersten Mal getan?

(Bitte in jeder Zeile nur ein Kästchen ankreuzen)

		Nie	Mit 11 oder jünger	Mit 12 Jahren	Mit 13 Jahren	Mit 14 Jahren	Mit 15 Jahren	Mit 16 oder später
34	Bier getrunken (mindestens 1 Glas)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
35	Wein getrunken (mindestens 1 Glas)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
36	Spirituosen (mindestens 1 Glas)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
37	Dich mit Alkohol betrunken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
38	Deine erste Zigarette geraucht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
39	Täglich Zigaretten geraucht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
40	Aufputzmittel probiert	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
41	Cannabis/Haschisch probiert	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
42	Ecstasy probiert	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
43	Andere, härtere Drogen probiert	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

Wenn Du noch nie in Deinem Leben eine Zigarette geraucht hast, mache weiter bei **A**

44.

<p>Wie viele Zigaretten hast Du <u>in Deinem Leben</u> schon geraucht?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ keine einzige</p> <p><input type="checkbox"/>₂ 1-2 Zigaretten</p> <p><input type="checkbox"/>₃ 3-5 Zigaretten</p> <p><input type="checkbox"/>₄ 6-9 Zigaretten</p> <p><input type="checkbox"/>₅ 10-19 Zigaretten</p> <p><input type="checkbox"/>₆ 20-39 Zigaretten</p> <p><input type="checkbox"/>₇ 40 oder mehr</p>
--	---

45.

<p>Wie viele Zigaretten hast Du <u>in den letzten 30 Tagen</u> geraucht?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ keine <input type="checkbox"/>₂ weniger als 1 Zigarette pro Woche <input type="checkbox"/>₃ mindestens 1 Zigarette pro Woche aber nicht täglich <input type="checkbox"/>₄ 1-5 Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/>₅ 6-10 Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/>₆ 11-20 Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/>₇ mehr als 20 Zigaretten pro Tag</p>
--	--

A

<p>Wenn Du <u>noch nie alkoholische</u> Getränke wie Bier, Wein, Sekt, Alkopops und Spirituosen, (z.B. Schnaps und Whiskey) probiert hast, mache weiter bei B</p>
--

46.

<p>Bei wie vielen Gelegenheiten hast Du <u>irgendein</u> alkoholisches Getränk <u>in Deinem Leben</u> getrunken?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ nie <input type="checkbox"/>₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/>₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/>₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/>₅ 10-19 mal <input type="checkbox"/>₆ 20-39 mal <input type="checkbox"/>₇ 40 mal oder öfter</p>
--	---

47.

<p>Bei wie vielen Gelegenheiten hast Du <u>irgendein</u> alkoholisches Getränk in den letzten <u>12 Monaten</u> getrunken?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ nie <input type="checkbox"/>₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/>₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/>₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/>₅ 10-19 mal <input type="checkbox"/>₆ 20-39 mal <input type="checkbox"/>₇ 40 mal oder öfter</p>
--	---

48.

Bei wie vielen Gelegenheiten hast Du <u>irgendein</u> alkoholisches Getränk in den <u>letzten 30 Tagen</u> getrunken?	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10-19 mal <input type="checkbox"/> ₆ 20 mal oder öfter
---	--

49.

Denke an <u>die letzten 30 Tage</u> . Wie oft hast Du 5 Gläser Alkohol oder mehr hintereinander getrunken? Ein Glas Alkohol ist entweder: 1 Glas Bier (etwa 0,5 Liter) oder 1 Glas Wein/Sekt (etwa 0,2 Liter) oder 1 Flasche Alkopop (etwa 0,3 Liter) oder 1 Glas Spirituosen (etwa 0,04 Liter)	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10 mal oder öfter
---	---

50.

Denke an die <u>letzten 30 Tage</u> . Wie viele Gläser Alkohol hast Du <u>im Durchschnitt pro Woche</u> getrunken?	<input type="checkbox"/> ₁ kein einziges Glas <input type="checkbox"/> ₂ weniger als 1 Glas pro Woche <input type="checkbox"/> ₃ 1-2 Gläser pro Woche <input type="checkbox"/> ₄ 3-5 Gläser pro Woche <input type="checkbox"/> ₅ 6-9 Gläser pro Woche <input type="checkbox"/> ₆ 10-15 Gläser pro Woche <input type="checkbox"/> ₇ mehr als 15 Gläser pro Woche
--	--

51.

Wie oft warst Du in Deinem <u>ganzen Leben</u> schon betrunken?	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10-19 mal <input type="checkbox"/> ₆ 20-39 mal <input type="checkbox"/> ₇ 40 mal oder öfter
---	---

52.

Wie oft warst Du in den <u>letzten 12 Monaten</u> betrunken?	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10-19 mal <input type="checkbox"/> ₆ 20-39 mal <input type="checkbox"/> ₇ 40 mal oder öfter
--	---

53.

Wie oft warst Du in den <u>letzten 30 Tagen</u> betrunken?	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10 mal oder öfter
--	---

Kreuze bitte in jeder Zeile an, wie sehr die Aussagen auf Dich zutreffen.

		Niemals	Sehr selten	Manchmal	oft
54	Ich trinke <u>abends</u> Alkohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
55	Ich trinke <u>tagsüber</u> Alkohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
56	Ich trinke Alkohol, wenn ich alleine bin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
57	Ich trinke mit Freunden Alkohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

B

Was sind Deiner Meinung nach die Folgen von Alkoholkonsum?

(Kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an)

		Sehr wahrscheinlich	wahrscheinlich	Weder noch	unwahr- scheinlich	Sehr unwahr- scheinlich
58	Man fühlt sich entspannt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
59	Man gefährdet seine Gesundheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
60	Man fühlt sich glücklich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
61	Man vergisst seine Probleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
62	Man fühlt sich elend	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
63	Man wird kontaktfreudiger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
64	Man tut etwas, was man später bereut	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
65	Man hat eine Menge Spaß	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit Medikamenten.

66.

Tranquilizer und Sedativa, also Schlaf- und Beruhigungsmittel wie Valium oder Rohypnol, werden manchmal von Ärzten verschrieben, um Menschen zu helfen, Schlaf zu finden oder sich zu entspannen. Apotheken dürfen diese Mittel nicht ohne ärztliche Verschreibung verkaufen.

Hast Du jemals Tranquilizer oder Sedativa, also Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen, weil Dir ein Arzt gesagt hat, Du sollst sie nehmen?

- ₁ nein, noch nie
- ₂ Ja, aber nur über einen Zeitraum von weniger als drei Wochen
- ₃ Ja, über einen Zeitraum von drei Wochen oder mehr

67.

Hast Du jemals von einem Arzt Ritalin, beziehungsweise Concerta, Equasim oder Medikinet verschrieben bekommen?	<input type="checkbox"/> ₁ Nein, noch nie <input type="checkbox"/> ₂ Ja, aber zur Zeit nehme ich keins <input type="checkbox"/> ₃ Ja, ich nehme zur Zeit Ritalin oder eines der anderen genannten Medikamente <input type="checkbox"/> ₄ weiß ich nicht
--	--

68.

Wenn Du Ritalin oder eines der anderen genannten Medikamente nimmst: Wie lange schon nimmst Du das?	Ungefähr seit _____ Monaten
---	-----------------------------

69.

Wie oft hast Du jemals Medikamente (z.B. Aufputzmittel) genommen, um „high“ oder berauscht zu werden?	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10-19 mal <input type="checkbox"/> ₆ 20-39 mal <input type="checkbox"/> ₇ 40 mal oder öfter
---	---

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Cannabis (Marihuana und Haschisch). Wenn Du noch nie Haschisch oder Marihuana probiert hast, mache weiter bei **C**

70.

Wie oft hast Du in <u>Deinem Leben</u> Cannabis, Haschisch oder Marihuana konsumiert?	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10-19 mal <input type="checkbox"/> ₆ 20-39 mal <input type="checkbox"/> ₇ 40 mal oder öfter
---	---

71.

Wie oft hast Du in <u>den letzten 12 Monaten</u> Cannabis, Haschisch oder Marihuana konsumiert?	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10-19 mal <input type="checkbox"/> ₆ 20-39 mal <input type="checkbox"/> ₇ 40 mal oder öfter
---	---

72.

Wie oft hast Du in <u>den letzten 30 Tagen</u> Cannabis, Haschisch oder Marihuana konsumiert?	<input type="checkbox"/> ₁ nie <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 mal <input type="checkbox"/> ₃ 3-5 mal <input type="checkbox"/> ₄ 6-9 mal <input type="checkbox"/> ₅ 10 mal oder öfter
---	---

C

Hattest Du jemals eines der folgenden Probleme?

(Du kannst in jeder Zeile eines oder mehrere Kästchen ankreuzen)

		Niemals	Ja, wegen meines Alkoholkonsums	Ja, wegen meines Drogenkonsums	Ja, aus anderen Gründen
73	Probleme in der Beziehung zu Deinen Eltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
74	Probleme in der Beziehung zu Deinen Freunden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
75	Probleme in der Beziehung zu Deinen Lehrern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
76	Schlechte Leistungen in der Schule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
77	Probleme mit der Polizei	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Deine Eltern. Wenn Du hauptsächlich von Pflegeeltern, Stiefeltern oder anderen Personen aufgezogen wurdest, beziehe Deine Antwort auf sie.
Zum Beispiel: Wenn Du einen Vater und einen Stiefvater hast, beziehe Deine Antwort auf denjenigen, der für Deine Erziehung wichtiger ist

78.

<p>Welches ist der höchste Schulabschluss Deines Vaters?</p> <p>(Bitte nur <u>ein</u> Kästchen ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Hauptschulabschluss oder kein Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Abschluss an einer Realschule oder Gymnasium</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Abschluss einer Fachhochschule oder Universität</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Ich weiß es nicht / Es trifft nichts davon zu</p>
---	--

79.

<p>Welches ist der höchste Schulabschluss Deiner Mutter?</p> <p>(Bitte nur <u>ein</u> Kästchen ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Hauptschulabschluss oder kein Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Abschluss an einer Realschule oder Gymnasium</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Abschluss einer Fachhochschule oder Universität</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Ich weiß es nicht / Es trifft nichts davon zu</p>
---	--

80.

<p>Wie gut kannst Du mit Deiner Mutter über Probleme sprechen, die Dich belasten?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/>₂ ziemlich gut</p> <p><input type="checkbox"/>₃ weniger gut</p> <p><input type="checkbox"/>₄ eher schlecht</p> <p><input type="checkbox"/>₅ sehr schlecht</p> <p><input type="checkbox"/>₆ es trifft nichts davon zu</p>
---	---

81.

<p>Wie gut kannst Du mit Deinem Vater über Probleme sprechen, die Dich belasten?</p>	<p><input type="checkbox"/>₁ Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/>₂ ziemlich gut</p> <p><input type="checkbox"/>₃ weniger gut</p> <p><input type="checkbox"/>₄ eher schlecht</p> <p><input type="checkbox"/>₅ sehr schlecht</p> <p><input type="checkbox"/>₆ es trifft nichts davon zu</p>
--	---

82.

Welche Sprache wird bei Dir zuhause
hauptsächlich gesprochen?

- ₁ Deutsch
₂ eine andere

Die folgenden und damit letzten Fragen beziehen sich auf Dich, Deine Mitschüler und Freunde

83.

Wie viele enge Freunde oder Freundinnen
hast Du im Moment?

- ₁ keinen / keine
₂ einen / eine
₃ zwei
₄ drei oder mehr

84.

Wie gut kannst Du mit Deinen Freunden
oder Freundinnen über wirkliche Probleme
sprechen?

- ₁ Sehr gut
₂ ziemlich gut
₃ weniger gut
₄ eher schlecht
₅ sehr schlecht
₆ ich habe keine Freunde/
Freundinnen

85.

Wie oft bist Du in den letzten Monaten von
Deinen Mitschülern oder Mitschülerinnen
geärgert oder schikaniert worden?

- ₁ nie
₂ ein- oder zweimal
₃ 2-3 mal im Monat
₄ ungefähr einmal pro Woche
₅ mehrmals pro Woche

Bitte kreuze hier an, wie gut Dich die folgenden Aussagen beschreiben.
(Kreuze bitte in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

		Trifft nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	trifft genau zu
86	Mir fällt es schwer, Freunde zu finden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
87	Die Anderen lehnen mich ab	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
88	Ich bin bei Anderen in meinem Alter beliebt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
89	Ich fühle mich von meiner Umwelt akzeptiert	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hast du jemals eine der folgenden Situationen erlebt?

Wenn Du „**nein**“ ankreuzt, lass bitte den Rest der Zeile frei.

		Nein, habe ich nicht erlebt	Ja, habe ich erlebt. Das war für mich			
			Nicht belastend	Etwas belastend	Ziemlich belastend	Sehr belastend
90	Schulische Überforderung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
91	Umzug in eine andere Stadt/Ort	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
92	Probleme mit meinen Eltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
93	Schwierigkeiten, Freund(in) zu finden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
94	Scheidung oder Trennung meiner Eltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
95	Tod einer mir nahe stehenden Person	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
96	Arbeitslosigkeit in meiner Familie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
97	Probleme, eine nette Gruppe zu finden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
98	Sitzen bleiben in der Schule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
99	Trennung von meinem/r Freund/in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
100	Schwere Krankheit bei mir oder einem Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sehr geehrte Eltern,

ich möchte sie bitten, unten auf dem Abrisszettel Ihr Einverständnis zu erklären, dass Ihr Kind an einer anonym durchgeführten Befragung teilnehmen kann, die wir durchführen. Mit dieser wissenschaftlichen Untersuchung wollen wir herausfinden, wie Kinder und Jugendliche besser gegen die Gefahr von Drogen- und Alkoholsucht geschützt werden können.

Zu diesem Zweck wollen wir ca. 120 Schülerinnen und Schüler der siebten und neunten Klasse befragen. Die Befragung erfolgt durch meine Mitarbeiterin Frau Beke Lenz mittels Fragebögen. Die Angaben Ihres Kindes werden völlig anonym, d.h. ohne Namen und Anschrift, ausgewertet. Zudem wird niemand erfahren, an welcher Schule die Befragung durchgeführt wurde. Für die Befragung haben wir die Genehmigung der Schulleitung eingeholt. Die Genehmigung des Oberschulamts steht noch aus und wird von uns noch abgewartet.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und jederzeit widerrufbar. Ihr Kind ist trotz Ihrer Zustimmung nicht verpflichtet, an der Befragung teilzunehmen. Es kann aus eigener Entscheidung die Teilnahme verweigern. Eine Nichtteilnahme wäre für Ihr Kind mit keinerlei Nachteilen verbunden.

Damit ein wirklichkeitsgetreues und unverzerrtes Bild entsteht, ist die Mitarbeit jedes Einzelnen von Bedeutung. Nur dann können entsprechende Maßnahmen für Früherkennung, Prävention und Behandlung entwickelt werden, die allen Kindern und Jugendlichen zugute kommen. Wir bitten Sie daher, uns bei dieser Arbeit zu unterstützen, indem Sie die Einverständniserklärung unterschreiben und Ihrem Kind zur Weitergabe an die Schule mitgeben.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Georg Lind

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Mit der Teilnahme unserer/meiner Tochter/ unseres/meines Sohnes an der Schülerbefragung zu Einstellung und Gebrauch von Alkohol und anderen Drogen bin ich/ sind wir einverstanden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Tabelle 26a: Raucherstatus der neunten Klassen nach Schulen

		Nie-Raucher	Exraucher	Probierer	schwacher Raucher	Starker Raucher	Gesamt
H	Anzahl	3	3	3	3	11	23
	Total%	4,05	4,05	4,05	4,05	14,86	31,08
	Spalte%	15,00	37,50	23,08	20,00	61,11	
	Zeile%	13,04	13,04	13,04	13,04	47,83	
R	Anzahl	4	4	7	8	6	29
	Total%	5,41	5,41	9,46	10,81	8,11	39,19
	Spalte%	20,00	50,00	53,85	53,33	33,33	
	Zeile%	13,79	13,79	24,14	27,59	20,69	
G	Anzahl	13	1	3	4	1	22
	Total%	17,57	1,35	4,05	5,41	1,35	29,73
	Spalte%	65,00	12,50	23,08	26,67	5,56	
	Zeile%	59,09	4,55	13,64	18,18	4,55	
Gesamt		20	8	13	15	18	74
		27,03	10,81	17,57	20,27	24,32	

H = Hauptschule R = Realschule G = Gymnasium

Tabelle 26b: Raucherstatus der siebten Klassen nach Schule

		Nie-Raucher	Exraucher	Probierer	schwache Raucher	Starke Raucher	Gesamt
H	Anzahl	7	2	11	10	7	37
	Total%	10,45	2,99	16,42	14,93	10,45	55,22
	Spalte%	25,93	100,00	52,38	100,00	100,00	
	Zeile%	18,92	5,41	29,73	27,03	18,92	
G	Anzahl	20	0	10	0	0	30
	Total%	29,85	0,00	14,93	0,00	0,00	44,78
	Spalte%	74,07	0,00	47,62	0,00	0,00	
	Zeile%	66,67	0,00	33,33	0,00	0,00	
Gesamt		27	2	21	10	7	67
		40,30	2,99	31,34	14,93	10,45	

H = Hauptschule G = Gymnasium

Tabelle 27: Lebenszeit-Prävalenz des Cannabiskonsums (Klasse by Anz. Hasch/Leben)

Anzahl Total % Spalte % Zeile %	Nie	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 und mehr	
7	61	4	0	1	0	0	1	67
	43,26	2,84	0,00	0,71	0,00	0,00	0,71	47,52
	57,01	40,00	0,00	16,67	0,00	0,00	12,50	
	91,04	5,97	0,00	1,49	0,00	0,00	1,49	
9	46	6	6	5	1	3	7	74
	32,62	4,26	4,26	3,55	0,71	2,13	4,96	52,48
	42,99	60,00	100,00	83,33	100,00	100,00	87,50	
	62,16	8,11	8,11	6,76	1,35	4,05	9,46	
	107	10	6	6	1	3	8	141
	75,89	7,09	4,26	4,26	0,71	2,13	5,67	

An das
Regierungspräsidium Freiburg
Abteilung 7
Frau Schulpräsidentin Rosemarie Stürmlinger
Abhofach
79083 Freiburg

Professor Dr. Georg Lind
Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie
Universität Konstanz
Fachbereich Psychologie
78457 Konstanz

Konstanz, den 28.05.2005

Betreff: Bitte um Genehmigung für eine empirische Erhebung in vier Schulklassen im
Landkreis Konstanz (zwei Hauptschulen und zwei Gymnasien)

Sehr geehrte Frau Schulpräsidentin,

ich führe zusammen mit Frau Beke Lenz eine Fragebogen-gestützte Untersuchung durch, in der wir herauszufinden versuchen, wie Jugendliche besser gegen die Gefahr von Drogen- und Alkoholsucht geschützt werden können. Dabei untersuchen wir einen neuen Ansatz der Prävention, der zwar schon länger bekannt ist, aber bislang noch selten eingesetzt wird. Dieser Ansatz sieht vor, dass man in Schule und Elternhaus bestimmte Fähigkeiten der Heranwachsenden stärkt, damit sie Wertekonflikte besser lösen können. Um ein Beispiel zu nennen: viele Jugendliche wissen natürlich, dass Drogen eine Gefahr für sie darstellen, aber gleichzeitig ist für sie der Wert der Freundschaft sehr wichtig. Dieser Umstand kann sie durchaus dann in einen Zwiespalt bringen, wenn etwa ein Freund ihnen Drogen anbietet. Untersuchungen haben gezeigt, dass wenn der Jugendliche die Fähigkeit besitzt, einen derartigen Zwiespalt autonom zu lösen, die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass er die Drogen zurückweisen kann, ohne den Freund zu verlieren – vorausgesetzt, er handelt sich um einen wirklichen Freund.

Zu diesem Zweck wollen wir ca. 120 Schülerinnen und Schüler im Alter zwischen 12 bis 16 Jahren befragen. Unsere Zielgruppe ist die siebte und neunte Klasse von jeweils zwei Hauptschulen und zwei Gymnasien. Die Befragung wird vollkommen anonym sein. Sie soll klassenweise durchgeführt

werden. Wir haben dafür bereits Kontakte mit Schulen im Raum Konstanz/ Bodensee aufgenommen, um sowohl Lehrer wie auch Eltern zur Mitarbeit zu gewinnen.

Der Fragebogen liegt als Anlage bei. Er enthält neben allgemeinen Fragen zur Person (Alter etc.), zu Eltern, Mitschülern und Peergruppen auch Fragen zum Konsum von Drogen oder Ähnlichem (Alkohol, Zigaretten, Cannabis, härtere Drogen), wobei auch Angebote und erste Versuche mit Drogen erfragt werden. Darüber hinaus enthält er einen weiteren Teil, in dem die Fähigkeit der Schüler zum Lösen moralischer Dilemmata untersucht wird.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung, mit denen im Herbst dieses Jahres gerechnet werden kann, stellen wir Ihnen gern zur Verfügung. Wir werden auf dieser Grundlage auch Empfehlungen für eine wirksame und praktikable Suchtprävention formulieren, die von Schulen umgesetzt werden kann. Dazu gehört auch ein Fortbildungsangebot für Lehrerinnen und Lehrer aller Fachrichtungen, das ich zusammen mit dem Oberschulamt Tübingen anbiete, und das auch für LehrerInnen dieser Region offen steht.

Für eine wohlwollende Behandlung und Genehmigung unserer Initiative wären wir Ihnen außerordentlich dankbar. Für Rückfragen und Präzisierungen stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Georg Lind